



Descentralización y diseño organizativo de
los hospitales catalanes de la “Xarxa
Hospitalària d’Utilització Pública”.
Propuesta de un índice de medición de
descentralización global.

M^a del Pilar Aparicio Chueca

Tesis doctoral para optar al título de Doctor,
dirigida por el Dr. Xavier M^a Triadó Ivern
Departament d’Economia i Organització d’Empreses
Universitat de Barcelona
Barcelona, septiembre 2002

Agradecimientos

Quiero agradecer y, dejar constancia de mi sincera gratitud, a todas las personas que han creído en esta tesis y que siempre me han dado su apoyo, consejo, sugerencia y, sobretodo, cariño en aquellos momentos críticos que toda tesis conlleva, y que sin ellos estoy segura que no la habría acabado.

A mi director de tesis, Dr. Xavier M Triadó, por creer en mi, por su paciencia, dedicación, amistad y apoyo a lo largo de todo el proceso de elaboración de la investigación.

A mis compañeros del Departamento de Economía y Organización de Empresas, por los buenos consejos y el apoyo en los malos momentos.

A todas aquellas personas *anónimas* que a lo largo de estos años me han sugerido, explicado o comentado algún aspecto y que ahora sería imposible citarlas a todas.

Y fundamentalmente a mi familia, a Álex, a mi hermano David, a mi abuela, Cándida, y especialmente a mi madre, Ángela, por que han sabido soportarme en los años de elaboración de esta tesis siempre con una sonrisa en la cara.

1.000.000 de gracias.

Notas sobre la presentación

- El índice y el listado de las tablas, gráficos y figuras se sitúan al principio del trabajo.
- La bibliografía utilizada para la elaboración de esta tesis se encuentra localizada al final de cada capítulo, y al final de la tesis se ha localizado una compilación de todos los capítulos y bibliografía más general. La forma de citación elegida es la que utiliza como referente la Universidad de Barcelona, que sigue la norma ISO 690:1987 (UNE 50-104-94). (<http://www.bib.ub.es/www3/3ccitar.htm>)
- Las tablas, gráficos y figuras aparecen incorporadas dentro del propio texto del estudio.
- Los anexos se encuentran ubicados al final del capítulo al que corresponden.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

PARTE I: LA CIENCIA DE
LA ADMINISTRACIÓN:
TEORÍAS Y CONCEPTOS
APLICABLES A LA
GESTIÓN SANITARIA

CAPÍTULO 1: REVISIÓN Y
ESTADO ACTUAL DE LAS
TEORÍAS DEL MANAGEMENT

CAPÍTULO 2: CONCEPTO Y
ALCANCE DEL TÉRMINO
ORGANIZACIÓN

CAPÍTULO 3: DISEÑO Y
ESTRUCTURA
ORGANIZATIVA

PARTE II: ANÁLISIS DEL
SECTOR DE ESTUDIO, EL
HOSPITAL Y SU
ORGANIZACIÓN

CAPÍTULO 4: ESTRUCTURA
SANITARIA CATALANA Y SUS
PRINCIPALES
INSTITUCIONES

CAPÍTULO 5: CONCEPTO Y
ANÁLISIS DEL TÉRMINO
HOSPITAL

PARTE III: NUEVAS
OPORTUNIDADES
ORGANIZATIVAS PARA LA
EFICIENCIA DE RECURSOS

CAPÍTULO 6:
OPORTUNIDADES DEL
CAMBIO ORGANIZATIVO
MEDIANTE LA
DESCENTRALIZACIÓN

CAPÍTULO 7:
IDENTIFICACIÓN DE
VARIABLES DE MEDIDA

PARTE IV:
TRABAJO EMPÍRICO,
RELACIÓN ENTRE
DESCENTRALIZACIÓN Y
EFICIENCIA

CAPÍTULO 8:
METODOLOGÍA UTILIZADA
EN EL TRABAJO EMPÍRICO

CAPÍTULO 9: ANÁLISIS DE
DATOS. ESTUDIOS
DESCRIPTIVO

CAPÍTULO 10: MODELO DE
MEDIDA DE
DESCENTRALIZACIÓN.
RESULTADOS

PARTE V: CONCLUSIONES

CAPÍTULO 11:
CONCLUSIONES DE LA
INVESTIGACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE

Introducción	Pág. I
Parte I: La Ciencia de la Administración: Teorías y conceptos aplicables a la gestión sanitaria	Pág. 1
Capítulo 1: Revisión y estado actual de las teorías del Management	Pág. 4
Capítulo 2: Concepto y alcance del término organización ...	Pág. 29
Capítulo 3: Diseño y estructura organizativa	Pág. 40
Parte II: Análisis del sector de estudio: El hospital y su organización	Pág. 92
Capítulo 4: Estructura sanitaria catalana y las principales instituciones del modelo catalán.....	Pág. 95
Capítulo 5: Concepto y alcance del término hospital.....	Pág. 130
Parte III: Nuevas oportunidades organizativas para la eficiencia de recursos	Pág. 152
Capítulo 6: Oportunidades del cambio organizativo mediante la descentralización.....	Pág. 153
Capítulo 7: Identificación de variables de medida	Pág. 232
Parte IV: Trabajo empírico: relación entre descentralización y eficiencia	Pág. 264
Capítulo 8: Metodología utilizada en el trabajo empírico.....	Pág. 266
Capítulo 9: Análisis de datos: estudio descriptivo	Pág. 310
Capítulo 10: Modelo de medida de descentralización. Resultados	Pág. 333
Capítulo 11: Conclusiones de la investigación	Pág. 401
Bibliografía	Pág. a

ÍNDICE GENERAL

Índice.....	Pág. i
Introducción.....	Pág. I
Parte I: La Ciencia de la Administración: Teorías y conceptos aplicables a la gestión sanitaria	Pág. 1
<i>Capítulo 1: Revisión y estado actual de las teorías del Management</i>	Pág. 4
1.1. Introducción.....	Pág. 4
1.2. La Teoría de la Organización.....	Pág. 11
1.3. Enfoque contingente o situacional.....	Pág. 16
1.4. Modelos contingentes de estructura organizativa.....	Pág. 20
Bibliografía del capítulo 1.....	Pág. 25
<i>Capítulo 2: Concepto y alcance del término organización</i>	Pág. 29
2.1. Introducción: definición.....	Pág. 29
2.2. Acepciones del término organización.....	Pág. 31
2.3. Clasificaciones de las organización.....	Pág. 32
2.4. ¿Por qué estudiamos las organizaciones?.....	Pág. 32
2.5. ¿Cómo estudiamos las organizaciones?.....	Pág. 34
Bibliografía del capítulo 2.....	Pág. 37
<i>Capítulo 3: Diseño y estructura organizativa</i>	Pág. 40
3.1. Introducción.....	Pág. 40
3.2. Diseño organizativo.....	Pág. 41
3.2.1. Conceptualización del Diseño organizativo.....	Pág. 41
3.2.2. Etapas del proceso del Diseño organizativo.....	Pág. 50

3.2.3. Enfoques en la decisiones del Diseño organizativo	Pág. 51
3.3. Estructura organizativa	Pág. 52
3.3.1. Concepto	Pág. 52
3.3.2. Eficacia organizativa	Pág. 56
3.3.3. Concepto de ajuste	Pág. 58
3.3.4. Factores de contingencia	Pág. 60
3.3.5. Parámetros de Diseño	Pág. 61
3.3.5.1. Esquema de Parámetros de diseño de Mintzberg	Pág. 62
3.3.5.2. Esquema de Galbraith-Kazajian	Pág. 64
3.3.5.3. Esquema de De la Fuente et al.	Pág. 64
3.3.5.4. Parámetros de Diseño Organizativo de esta investigación	Pág. 65
3.3.5.4.1. La complejidad o diferenciación .	Pág. 66
3.3.5.4.2. La formalización	Pág. 67
3.3.5.4.3. La centralización	Pág. 67
3.4. Tipos de estructura	Pág. 69
3.4.1. Estructura simple	Pág. 69
3.4.2. Estructura funcional	Pág. 71
3.4.3. Estructura divisional	Pág. 75
3.4.4. Estructura matricial	Pág. 80
3.5. Estructura organizativa en los hospitales	Pág. 81
Bibliografía del capítulo 3.....	Pág. 86

Parte II: Análisis del sector de estudio: El hospital y su organización.....	Pág. 92
<i>Capítulo 4: Estructura sanitaria catalana y sus principales instituciones.....</i>	<i>Pág. 95</i>
4.1. Evolución y etapas de aceleración de las estructura sanitaria catalana	Pág. 95
4.2. Principales instituciones del modelo sanitario catalán ..	Pág. 108
4.2.1. El Servei Català de la Salut	Pág. 108
4.2.1.1. Introducción	Pág. 108
4.2.1.2. Estructura organizativa del SCS.....	Pág. 110
4.2.2. Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública	Pág. 114
4.2.3. Institut Català de la Salut	Pág. 117
4.2.4. Central de Balances.....	Pág. 119
4.3. Conclusiones.....	Pág. 120
Bibliografía del capítulo 4	Pág. 121
Anexos	Pág. 125
<i>Capítulo 5: Concepto y alcance del término hospital.....</i>	<i>Pág. 130</i>
5.1. ¿Qué es un hospital?	Pág. 130
5.2. Hospital como empresa de servicios.....	Pág. 134
5.3. Actividad de un hospital	Pág. 136
5.4. Hospital como multiproducto	Pág. 139
5.5. Medidas de la actividad hospitalaria	Pág. 141
5.5.1. UBA.....	Pág. 142
5.5.2. UME	Pág. 143
5.6. La gestión económica de un centro hospitalario	Pág. 145
Bibliografía capítulo 5	Pág. 149

Parte III: Nuevas oportunidades organizativas para la eficiencia de recursos	Pág. 152
<i>Capítulo 6: Oportunidades del cambio organizativo mediante la descentralización</i>	Pág. 153
6.1. Introducción	Pág. 153
6.2. Nuevas formas organizativas: evolución, tendencia y nuevas formas de organización	Pág. 159
6.2.1. Evolución y tendencia	Pág. 159
6.2.2. Nuevas formas organizativas	Pág. 162
6.2.2.1. Estructura en Grupos Homogéneos.....	Pág. 163
6.2.2.2. Organización femenina	Pág. 164
6.2.2.3. Learning organization	Pág. 164
6.2.2.4. Organización federal	Pág. 165
6.2.2.5. Estructura en red o virtual.....	Pág. 168
6.2.2.6. Estructura en trébol	Pág. 173
6.2.2.7. Organización basada en equipos	Pág. 174
6.2.2.8. Organización sin fronteras.....	Pág. 174
6.2.2.9. Estructura horizontal	Pág. 175
6.3. Descentralización	Pág. 176
6.3.1. Introducción	Pág. 176
6.3.2. Tipos de descentralización	Pág. 176
6.3.3. Ventajas e inconvenientes	Pág. 178
6.3.4. Formas de descentralización en nuestro ámbito de estudio	Pág. 179
6.3.5. Modelo de medición de la descentralización	Pág. 181
6.4. La gestión clínica: un “análisis médico” de la descentralización	Pág. 192

6.5. Ejemplo de hospitales que han llevado a cabo procesos de descentralización o procesos de gestión clínica	Pág. 195
6.5.1. Hospital Clínic de Barcelona. Proyecto Prisma .	Pág. 196
6.5.2. Hospital Santiago de Compostela	Pág. 198
6.5.3. Servicio Vasco de Salud	Pág. 198
6.5.4. Fundación Jiménez Díaz	Pág. 198
6.5.5. Complejo Hospitalario Juan Canalejo	Pág. 199
6.5.6. Hospital Virgen de las Nieves, Granadas.....	Pág. 200
6.5.7. Hospital de Manresa	Pág. 201
6.6. Estructura de responsabilidad limitada	Pág. 201
Bibliografía capítulo 6	Pág. 213
Anexo	Pág. 227
<u>Capítulo 7: Identificación de variables de medida</u>	Pág. 232
7.1. Introducción	Pág. 232
7.2. La metodología de análisis de la variable de estudio: el grado de descentralización	Pág. 234
7.2.1. Introducción	Pág. 234
7.2.2. Metodología para medir el nivel de descentralización de decisiones generales.....	Pág. 236
7.2.3. Metodología utilizada para medir la descentralización en los servicios	Pág. 237
7.3. La variable eficiencia	Pág. 240
7.4. Metodología utilizada para medir las variables contingentes	Pág. 248
7.4.1. El tamaño: físico y organizacional	Pág. 248
7.4.2. La edad de la organización	Pág. 250
7.4.3. La propiedad del centro	Pág. 251

7.4.4. La estrategia.....	Pág. 251
7.4.5. El entorno	Pág. 253
7.4.6. La coordinación y sistemas de información	Pág. 254
7.4.7. La complejidad	Pág. 255
Bibliografía del capítulo 7	Pág. 257
Parte IV: Trabajo empírico: relación entre descentralización y eficiencia	Pág. 264
<i>Capítulo 8: Metodología utilizada en el trabajo empírico.....</i>	<i>Pág. 266</i>
8.1. Introducción	Pág. 266
8.2. Formulación del problema a analizar	Pág. 267
8.2.1. Definición del universo objeto de estudio	Pág. 267
8.2.2. Objetivos e hipótesis	Pág. 271
8.3. Diseño de la investigación.....	Pág. 276
8.3.1. Fuentes de información	Pág. 276
8.3.2. Elaboración del cuestionario	Pág. 278
8.4. Tipo de investigación utilizada	Pág. 283
8.5. Diseño muestral o tamaño de la muestra.....	Pág. 285
8.6. Obtención de información	Pág. 286
8.6.1. Proceso de obtención de información	Pág. 286
Bibliografía	Pág. 288
Anexos	Pág. 290
<i>Capítulo 9: Análisis descriptivo: estudio descriptivo.....</i>	<i>Pág. 310</i>
9.1. Introducción	Pág. 310
9.2. Estudio descriptivo de las variables contingentes	Pág. 311

9.2.1. Año de inauguración del hospital y último cambio de la forma jurídica.....	Pág. 311
9.2.2. Antigüedad del director en el cargo	Pág. 314
9.2.3. Tipología de hospitales	Pág. 315
9.2.4. Propiedad de los centros	Pág. 316
9.2.5. Tipo de centro	Pág. 317
9.2.6. La estrategia: el perfil de los clientes	Pág. 319
9.2.7. El entorno	Pág. 320
9.2.8. Los sistemas de información	Pág. 322
9.2.9. Tamaño de hospitales y tamaño organizacional ..	Pág. 323
9.3. Organización hospitalaria: el poder asistencial y económico dentro de un hospital.....	Pág. 324
Bibliografía	Pág. 332

Capítulo 10: Modelo de medida de descentralización. Resultados Pág. 333

10.1. Introducción	Pág. 333
10.2. Índice de descentralización de decisiones: Índice de Aston	Pág. 335
10.2.1. Grado de descentralización según el tipo de decisión. Estudio de la descentralización de las decisiones según la jerarquía	Pág. 336
10.2.2. Grado de descentralización por hospitales. Perfiles de hospitales	Pág. 340
10.2.2.1. Según el tipo de hospital	Pág. 342
10.2.2.2. Según la propiedad del centro	Pág. 343
10.2.2.3. Según la tipología del centro	Pág. 344

10.2.2.4. Según las estrategias de tipos de clientes que tengan	Pág. 344
10.2.2.5. Según la percepción del gerente del entorno	Pág. 345
10.2.2.6. Efectos del grado de utilización de los sistemas de información	Pág. 347
10.3. Nivel de descentralización de actividades externas ..	Pág. 349
10.4. Descentralización a nivel de servicio	Pág. 355
10.4.1. Estudio sobre la descentralización económica a nivel de servicios	Pág. 356
10.4.2. Estudio sobre la descentralización de planificación y control a nivel de servicios	Pág. 362
10.4.3. Estudio sobre la descentralización de recursos humanos a nivel de servicios.....	Pág. 368
10.4.4. Estudio sobre la descentralización de la organización a nivel de servicios	Pág. 372
10.4.5. Resumen de los índices utilizados.....	Pág. 374
10.5. Análisis de grupos de hospitales según el nivel de descentralización global	Pág. 376
10.6. Contraste de las hipótesis de la investigación	Pág. 383
<i>Capítulo 11: Conclusiones de la investigación</i>	<i>Pág. 401</i>
Bibliografía	Pág. a

ÍNDICE de TABLAS

Tabla 1.1. Clasificación propuesta por Koontz de los diferentes enfoques del análisis administrativo.	Pág. 6
Tabla 1.2. Clasificación de los diferentes enfoques y escuelas en la ciencia de la administración	Pág. 9
Tabla 1.3. Análisis y estudio de cada una de las diferentes escuelas de la Teoría de la Organización.....	Pág. 13
Tabla 1.4. Modelos contingentes de estructura organizativa	Pág. 21
Tabla 3.1. Criterios de eficacia organizacional dependiendo de la óptica de estudio	Pág. 57
Tabla 3.2. Resumen de los diferentes conceptos de ajuste organizacional.....	Pág. 59
Tabla 3.3. Breve revisión de estudios sobre factores contingentes.	Pág. 61
Tabla 3.4. Resumen de la estructura organizativa mediante los elementos de diseño.....	Pág. 73
Tabla 3.5. Resumen de la estructura organizativa mediante los elementos de diseño	Pág. 79
Tabla 5.1. Definición de la producción del hospital	Pág. 137
Tabla 5.2. Cuadrícula de Maister	Pág. 139
Tabla 5.3. Metodología para obtener las UME.....	Pág. 143
Tabla 5.4.: Factores de conversión.....	Pág. 144
Tabla 6.1. Ítems utilizados para medir la descentralización según el Grupo de Aston	Pág. 183
Tabla 6.2. Ítems utilizados para medir los niveles jerárquicos	Pág. 185
Tabla 6.3. Nueve ideas esenciales de la gestión clínica.....	Pág. 193
Tabla 6.4. Ventajas de la utilización de la gestión clínica	Pág. 195
Tabla 7.1. Tipos de variables resultado del trabajo de campo de esta investigación.....	Pág. 233
Tabla 7.2. Resumen de magnitudes y las variables de medida utilizadas.....	Pág. 233
Tabla 7.3. Evolución de la Norma de Hospitales	Pág. 245

Tabla 8.1. Hospitales de la XHUP por provincias	Pág. 268
Tabla 8.2. Hospitales de la XHUP por Regiones Sanitarias	Pág. 268
Tabla 8.3. Hospitales que forman el Universo Objeto de estudio	Pág. 270
Tabla 9.1. Hospitales que han cambiado su forma jurídica	Pág. 312
Tabla 9.2. Antigüedad media del director en su cargo según la propiedad del centro	Pág. 314
Tabla 9.3. Tipología de hospitales	Pág. 315
Tabla 9.4. Propiedad del centro	Pág. 316
Tabla 9.5. Tipos de centro	Pág. 317
Tabla 9.6. Pruebas de chi-cuadrado	Pág. 318
Tabla 9.7. Perfil de los usuarios atendidos del pasado año	Pág. 319
Tabla 9.8. Perfil de los usuarios potenciales	Pág. 320
Tabla 9.9. Análisis descriptivo de la percepción del gerente del entorno específico	Pág. 321
Tabla 9.10. Dispone el centro de intranet	Pág. 322
Tabla 9.11. Descripción del tamaño y dimensión de los hospitales .	Pág. 323
Tabla 9.12. Correlación entre tamaño y personal	Pág. 323
Tabla 9.13. Elementos organizativos de un hospital	Pág. 324
Tabla 9.14. Correlaciones entre tamaño de los hospitales y número de unidades organizativas	Pág. 326
Tabla 9.15. Correlaciones entre las variables contingentes excepto el tamaño	Pág. 327
Tabla 9.16. Porcentaje de órganos que tienen poder asistencial y económico	Pág. 330
Tabla 10.1. Índice de Aston de descentralización organizativa según el tipo de decisión.....	Pág. 337
Tabla 10.2. Perfil estándar del grado de descentralización por tipo de decisiones	Pág. 338
Tabla 10.3. En qué nivel jerárquico se toman las decisiones	Pág. 339
Tabla 10.4. Estudio de los grupo mediante tablas contingentes, según el tipo de hospitales	Pág. 342

Tabla 10.5. Estudio de tipos de hospitales según su nivel de descentralización	Pág. 342
Tabla 10.6. Tipología de cada grupo de hospitales según la propiedad del centro	Pág. 343
Tabla 10.7. Tipología de cada hospital según el grupo al que pertenece	Pág. 344
Tabla 10.8. Estudio de los grupos de hospitales según la tipología de hospitales	Pág. 344
Tabla 10.9. Tipología de cada grupo de hospitales según la estrategia del año anterior de usuarios.....	Pág. 345
Tabla 10.10. Tipología de cada grupo de hospitales según la estrategia de usuarios potenciales	Pág. 345
Tabla 10.11. Descripción de cada uno de los grupo de hospitales y las variables elegidas para estudiar el entorno	Pág. 345
Tabla 10.12. Anova	Pág. 346
Tabla 10.13. Efectos de la existencia o no de intranet en la organización respecto al nivel de descentralización	Pág. 347
Tabla 10.14. Efectos de la existencia o no de correo personal en la organización respecto al nivel de descentralización	Pág. 347
Tabla 10.15. Correlaciones entre el nivel de descentralización de decisiones y el resto de variables contingentes	Pág. 348
Tabla 10.16. Estudio por frecuencias de la subcontratación de servicios en los hospitales catalanes	Pág. 350
Tabla 10.17. Cantidad de servicios subcontratados	Pág. 352
Tabla 10.18. Perfil característicos de los grupos según el número de servicios subcontratados	Pág. 353
Tabla 10.19. Porcentaje de independencia de algún servicio en los hospitales catalanes	Pág. 354
Tabla 10.20. ¿Consideran los gerentes que los servicios tienen autonomía económica?.....	Pág. 357
Tabla 10.21. ¿Tienen que justificar los gastos los servicios?	Pág. 359
Tabla 10.22. Análisis descriptivo del índice de descentralización económico de los servicios	Pág. 362
Tabla 10.23. Datos sobre los objetivos de los servicios	Pág. 365

Tabla 10.24. Datos sobre la evaluación de los servicios	Pág. 366
Tabla 10.25. Análisis descriptivo del índice de descentralización de planificación y control de los servicios	Pág. 368
Tabla 10.26. Resumen de las respuestas relacionadas con la descentralización de recursos humanos	Pág. 370
Tabla 10.27. Análisis descriptivo del índice de descentralización de los recursos humanos de los servicios	Pág. 370
Tabla 10.28. Resumen de las respuestas relacionadas con la descentralización organizativa de los servicios	Pág. 373
Tabla 10.29. Análisis descriptivo del índice de descentralización organizativa de lo servicios	Pág. 373
Tabla 10.30. Resumen de los índices obtenidos para cada hospital.	Pág. 374
Tabla 10.31. Aspectos característicos de cada grupo	Pág. 376
Tabla 10.32. Estadísticos de los diferentes grupos.....	Pág. 377
Tabla 10.33. Matriz de correlaciones y estadístico F	Pág. 378
Tabla 10.34. Autovalores de las dos funciones discriminantes	Pág. 379
Tabla 10.35. Valor de la Lambda de Wilks	Pág. 379
Tabla 10.36. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas	Pág. 380
Tabla 10.37. Matriz de estructura	Pág. 380
Tabla 10.38. Funciones en los centroides de los grupos	Pág. 381
Tabla 10.39. Correlaciones entre tamaño y los índices de descentralización	Pág. 384
Tabla 10.40. Correlaciones entre tamaño organizativo y los índices de descentralización	Pág. 385
Tabla 10.41. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de Junta Facultativa	Pág. 387
Tabla 10.42. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de Junta Clínica	Pág. 387
Tabla 10.43. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de secciones	Pág. 388
Tabla 10.44. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la propiedad	Pág. 389

Tabla 10.45. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la antigüedad del gerente en su cargo.....	Pág. 390
Tabla 10.46. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de intranet	Pág. 391
Tabla 10.47. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la disposición por parte de los trabajadores de dirección de correo electrónica	Pág. 392
Tabla 10.48. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y el tipo de cliente que han tenido este año	Pág. 393
Tabla 10.49. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y el tipo de clientes potencial de un hospital	Pág. 393
Tabla 10.50. Análisis de correlaciones entre la percepción del entorno y cada uno de los índices de descentralización	Pág. 394
Tabla 10.51. Análisis de correlación entre los índices de descentralización	Pág. 395
Tabla 10.52. Análisis de correlaciones entre las diferentes medidas de descentralización entorno y la estancia media	Pág. 398
Tabla 10.53. Estancia media para cada grupo de hospitales según el índice de descentralización de decisiones	Pág. 399
Tabla 10.54. Estancia media para cada grupo de hospitales según el índice de descentralización de actividades externalizadas	Pág. 399
Tabla 10.55. Estancia media para cada grupo de hospitales según el índice de descentralización de sus servicios	Pág. 400

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Relación entre Comportamiento Organizativo y la Teoría de la organización.....	Pág. 11
Figura 1.2. Contraposición del enfoque clásico y el contingente.....	Pág. 19
Figura 3.1. Figura 3.1. Representación del Diseño Organizativo.....	Pág. 49
Figura 3.2. Etapas en el análisis de problemas organizativos	Pág. 50
Figura 3.3. Esquema de la estructura organizativa	Pág. 53
Figura 3.4. Los factores de contingencia dentro del paradigma contingente.....	Pág. 60
Figura 3.5. Parámetros de diseño de Mintzberg.....	Pág. 62
Figura 4.1. Distribución de funciones de la sanidad pública en Catalunya.....	Pág. 106
Figura 4.2. Estructura organizativa del SCS	Pág. 112
Figura 4.3. Centros sanitarios de la XHUP	Pág. 115
Figura 5.1. Organigrama básico estándar determinado por Ley.....	Pág. 147
Figura 5.2. Niveles organizativos de un hospital.....	Pág. 148
Figura 6.1. Cinco líneas de políticas	Pág. 158
Figura 6.2. Modelo de crecimiento de Greiner.....	Pág. 161
Figura 6.3. Resumen de las nuevas estructuras organizativas.....	Pág. 163
Figura 6.4. Obstáculos más frecuentes y posibles soluciones a la realización de medidas de descentralización	Pág. 178
Figura 6.5. Esquema sobre el estudio de la descentralización	Pág. 186
Figura 6.6. Nomenclatura utilizada en el modelo	Pág. 187
Figura 6.7. Materialización organizativa de la gestión clínica: modelos diversos de agrupación de servicios	Pág. 194
Figura 6.8. Equilibrio de Leavitt	Pág. 209
Figura 7.1. Diferentes niveles de estudio de la descentralización ...	Pág. 235
Figura 7.2. Tipos de autonomía de un servicio.....	Pág. 237
Figura 7.3. Cómo afecta el entorno según Mintzberg	Pág. 253

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1. Estructura funcional	Pág. 74
Gráfico 9.1. Año de inauguración de los hospitales objeto de estudio	Pág. 312
Gráfico 9.2.: Año de la última modificación de la forma jurídica de la población	Pág. 313
Gráfico 9.3. Tipología de hospitales	Pág. 316
Gráfico 10.1. Motivos por lo que los hospitales subcontratan actividades	Pág. 351
Gráfico 10.2. Porcentaje de independencia de algún servicio en los hospitales catalanes	Pág. 354
Gráfico 10.3. Porcentaje de servicios que disponen de un presupuesto económico propio	Pág. 358
Gráfico 10.4. Qué nivel jerárquico realiza el presupuesto	Pág. 358
Gráfico 10.5. Quién aprueba el presupuesto de los servicios	Pág. 359
Gráfico 10.6. Qué nivel jerárquico decide las tareas a realizar por cada trabajador	Pág. 364

Figura 7.4. Rejilla entre autonomía y coordinación.....	Pág. 255
Figura 8.1. Esquema del capítulo número ocho de esta investigación.....	Pág. 267
Figura 8.2. Objetivos de la investigación	Pág. 272
Figura 8.3. Los cuatro objetivos de la investigación	Pág. 272
Figura 8.4. Tipos de fuentes de información utilizadas en la investigación	Pág. 274
Figura 8.5. Esquema-resumen de la distribución del cuestionario....	Pág. 279
Figura 8.6. Número de preguntas de cada bloque de la encuesta del trabajo de campo.....	Pág. 281
Figura 9.1. Distribución del poder asistencial y económico de los diferentes niveles jerárquicos del hospital	Pág. 331
Figura 10.1. Los cuatro objetivos de la investigación.....	Pág. 334
Figura 10.2. Estudio del índice de descentralización de decisiones	Pág. 336
Figura 10.3. Dendograma de la variable índice de Aston.....	Pág. 341
Figura 10.4. Esquema de construcción del índice de descentra- lización económico de los servicios hospitalarios	Pág. 361
Figura 10.5. Esquema de construcción del índice de descentra- lización de planificación y control de los servicios hospitalarios	Pág. 367
Figura 10.6. Esquema de construcción del índice de descentra- lización de recursos humanos de los servicios hospitalarios	Pág. 371
Figura 10.7. Esquema de construcción del índice de descentra- lización organizativo de los servicios hospitalarios	Pág. 374
Figura 10.8. Posicionamiento de los grupos en cada función discriminante	Pág. 381
Figura 10.9. Objetivo principal de la investigación	Pág. 383
Figura 10.10.: Resultado de la primera sub-hipótesis	Pág. 385
Figura 10.11.: Resultado de la segunda sub-hipótesis.....	Pág. 386
Figura 10.12.: Resultado de la tercera sub-hipótesis	Pág. 389
Figura 10.13.: Resultado de la cuarta sub-hipótesis	Pág. 390

Introducción

Introducción

El mundo de la Economía actual en el que vivimos está caracterizado por un constante cambio del entorno, un alto grado de complejidad, una elevada desregularización y globalización de la economía, entrada de nuevos competidores, el incremento de las exigencias de los consumidores y los cambios radicales en la tecnología,..., que evidentemente están provocando cambios profundos en las directrices básicas de la empresa y en las estructuras organizativas existentes hasta ahora y consideradas como indiscutibles. Están apareciendo nuevas formas organizativas que permitan una mayor flexibilidad frente a esa turbulencia del ambiente, o bien que solucionen situaciones nuevas que van surgiendo en el mundo empresarial.

En el sector hospitalario a todas estas características del entorno genérico hay que añadir factores de crisis específicos del sector: crecimiento del gasto sanitario que ha llevado a una congelación de los presupuestos; búsqueda de nuevas formas de gestión para subsanar el déficit estructural lo que conlleva a una gran preocupación por incrementar el rendimiento y

mejorar la gestión de dichas organizaciones; impacto de las nuevas tecnologías; cambios demográficos que implican cambios en la demanda de su servicio; rigidez organizativa... (Belenes, 1994; del Llano y Millán, 1998).

Todos los factores, tanto genéricos como específicos, se combina para crear unas condiciones que, sin lugar a dudas, retan los pilares fundamentales sobre las que se asientan los diseños organizativos tradicionales y por supuesto también los utilizados en organizaciones hospitalarias (Claver et al. 1996).

A nivel macro, igual que en el resto de las organizaciones, el modelo sanitario está sufriendo una evolución: de un modelo de Seguridad Social de fuerte carácter Bismarkiano estamos evolucionando hacia un Sistema de Salud de una inspiración más parecida al modelo Beveridge. Y es en este marco de grandes transformaciones dónde también se ha de dar un cambio en las formas de gestión y por tanto en las estructuras organizativas sanitarias.

Ser grande tiene una serie de ventajas y a lo largo de la historia observamos que las grandes empresas han dominado los mercados globales. Sin embargo, las ventajas de las empresas de tamaño grande, pueden convertirse en negativas e irrelevantes, si el gran tamaño significa lentitud, pesadez, burocracia, personal insatisfecho y poco motivado¹. La cuestión es ¿puede una organización diseñarse para tener las ventajas de una gran y pequeña empresa?. Para dar solución a esta pregunta se están creando nuevas formas organizativas que fundamentalmente utilizan el concepto de descentralización.

El marco de la gestión hospitalaria de los últimos años, es decir las premisas de partida con que nos encontramos a la hora de iniciar esta investigación han evolucionado hacia una conciencia de seguimiento de una línea descentralizativa, que fue el motor que inició esta investigación. A continuación se presentan tres ejemplos de acontecimientos sobre estos hechos:

- El INSALUD en 1998, en el libro "Plan Estratégico. El libro azul" presenta un informe con los puntos fuerte y débiles del sistema sanitario, y presenta las pautas a mejorar del sistema sanitario español, es decir hacia dónde tiene que ir la tendencia de las políticas de gestión sanitarias. El punto sobre la organización presenta como punto fuerte la

¹ E.E. Lawler III "Rethinking Organization Size". 1997. American Management Association. ORGANIZATIONAL DYNAMICS. Vol.26, Number 2, Autum 1997. ISSN 0090-2616.

introducción de normativa que permita la mayor flexibilidad en las formas de gestión y a la vez como punto débil el marco organizativo y económico que dificulta el desarrollo de una mayor autonomía de gestión. En el punto de atención especializada (dónde se englobaría la atención hospitalaria), uno de los puntos débiles es una estructura organizativa inadecuada y una escasa capacidad de gestión y autonomía. Junto a ellos nos encontramos con debilidades que en el apartado de RRHH como un sistema de selección rígido y centralizado y un bajo desarrollo de políticas de incentivos, y en los sistemas de información, un elevado grado de obsolescencia y un desarrollo fragmentario y no homogéneo que hay que cambiar.

- El Real Decreto 29/2000 de Nuevas Formas de Gestión del Insalud ha avivado el debate sobre las formas de gestión sanitarias. Actualmente en España existen un total de 22 estructuras jurídicas de organización sanitarias, desde el conocido organismo autónomo, pasando por los entes público (de Andalucía y Cataluña) acabando por las novedosas fundaciones sanitarias². Si echamos un rápido vistazo de la evolución que se da en las diferentes estructuras jurídicas de la organización sanitaria, se observa que la evolución está centrada en delegar responsabilidades y transferir riesgos a los profesionales, dotar una mayor autonomía a los directores, buscar una mayor flexibilidad, permitiendo regímenes laborales no funcionariales, y una mayor descentralización y así evitar la rigidez de estas grandes organizaciones. En líneas generales, todos los cambios van encaminados a mejorar los marcos de regulación profesional (estableciendo plantillas ajustadas a las necesidades y mucho más flexibles), una flexibilización presupuestaria y administrativa, con el ideal de “establecer los costes en relación a la producción”, creando estructuras más horizontales y flexibles cuyo fin último es desarrollar nuevas estructuras que persiguen aumentar eficiencia y la calidad.
- En el mismo sentido han sido hechas las declaraciones de Manuel Sánchez García³ en las que anuncia el inicio de un estudio para analizar nuevas formas de organización del trabajo en los hospitales. La intención de esta organización “es establecer nuevas formas de trabajo en los hospitales, buscar una organización distinta. Se trata de un proyecto a medio plazo, en el que principalmente estudiaremos las

² José Luis Gómez de Hita “Formas jurídicas de la organización sanitaria. Derecho público y derecho privado en la provisión pública de servicios sanitarios”. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). 2000.

³ Vocal Nacional de Médicas de Hospital.

relaciones de los médicos entre sí, con otros estamentos y además se propondrán nuevas fórmulas de organización del trabajo de acuerdo con lo que debe ser la estructura de un hospital moderno". Diario Médico, 2002.

Durante la última década se ha analizado de la descentralización como un nuevo elemento o herramienta de la gestión que permite conseguir de manera más eficiente los objetivos en las organizaciones. Existe un consenso dentro del mundo de la gestión hospitalaria que es la línea a seguir en el futuro aunque, como en otros sector, ya no existe tanto acuerdo en cómo conseguirla. Es evidente, al respecto que nadie delega lo no definido y por ello es preciso definir lo delegable. Pero no sólo es preciso modificar la cultura del riesgo en la gestión, establecer un nuevo paradigma y orientar a toda la organización también, y fundamentalmente, la estructura directiva ha de creer en esa nueva cultura.

En la realidad hospitalaria existen ejemplos de esta línea de acontecimientos:

- ✦ El Servicio Navarro de Salud, anunció⁴ la puesta en marcha de un nuevo modelo de gestión de hospitales basado en la creación de áreas clínicas. Cada área clínica se diseña como una unidad de negocio interna y constituye un conjunto de recursos humanos y materiales que se autoorganizan para prestar un servicio integral al ciudadano. El objetivo último es reducir la burocracia y asegurar una mayor agilidad en la atención al paciente. Cada área tendrá su propio presupuesto y dirección, formará parte de un hospital y compartirán servicios y plantillas con el centro principal.
- ✦ El presidente ejecutivo del Insalud, Alberto Núñez Feijóo, anunció en la clausura de las I Jornadas de Áreas Clínicas Funcionales en Toledo, que la existencia de estas áreas clínicas funcionales permitirá superar los problemas de organización existente en los hospitales, ya que cada área tendrá capacidad para tomar sus propias decisiones sobre empleo, presupuestos o proveedores, sin depender de otros organismo, lo que hará posible la gestión propia. Permitirá la descentralización de los presupuestos y una gestión más adecuada a las necesidades de las prácticas asistenciales de los profesionales. Esta gestión supondrá distribuir los fondos y partidas para cada actividad, de forma que se asuman los objetivos propios y se logre un desarrollo con capacidad de decisión. Tomás Tenza, director general de Organización y Planificación

⁴ Publicado el 12 mayo del 2000 en el Diario Médico.

Sanitaria del Insalud, explicó de "no es una barrita mágica, sino que permiten un avance en las nuevas fórmulas de relación y una mejor coordinación entre los profesionales independientemente de su condición, así como una fórmula de trabajo en equipo centrado en el paciente y no en los componentes anatómicos o de servicio".

- ↪ José Luis Sancho, gerente del Hospital Clínico de Granada, asegura que en la Escuela Andaluza de Sanidad Pública (EASP) se viene trabajando en modelos de gestión que apuestan por descentralizar y delegar competencias de los gerentes en unidades clínicas y fundaciones. Para conseguir esta reestructuración (dentro del Plan Estratégico del SAS) tienen previsto realizar en tres fases: La primera fase de acreditación y consistiría en organizar la unidad; la segunda fase consistiría en la delegación y las transferencias reales de poder. Y el último paso sería el de autonomía plena, con lo que cada jefe de unidad podrá organizar a todo su personal (incluido el de enfermería) administrar el presupuesto que debe justificar, y contratar y hacer frente a gastos menores de material.
- ↪ En una mesa redonda dónde estaban sentados representantes de las administraciones sanitarias de Andalucía, País Vasco, Catalunya y el Insalud. Y las posturas son las siguientes: SAS apuesta por unidades clínicas, mientras que SCS y Insalud apuesta por un sistema de fundaciones que aglutina toda la especialidad, es decir, que una misma unidad y con una misma jefatura se integran todos los servicios que tienen algo que decir con todas las patologías que puedan afectar a cada campo concreto. Este último procedimiento parece más complicado ya que agrupa a varios servicios con sus jefes y a partir de ese momento han de ponerse de acuerdo para elegir a un máximo responsable único. Se puede decir que es un paso más adelantado de lo que representan las unidades clínicas, por lo que el SAS considera que es más práctico, prudente y realista el expuesto por ellos.
- ↪ El ex-ministro Romay de Becaría, indicó, la creación de áreas clínicas o institutos, que se trata de una modalidad de organización interna, dirigida a reestructurar las unidades asistenciales, agrupando la toma de decisiones en torno al mismo proceso para optimizar los recursos. En enero del 2000, funcionaban seis áreas o institutos clínicos, que han supuesto un incremento de la producción con un descenso de la estancia media de los pacientes y una mayor satisfacción de los profesionales y los ciudadanos.

- ↪ Existen autores que abogan por desarrollar una reingeniería del hospital para trabajar centrados en el paciente y ensayar modelos de gestión por procesos, donde se obtienen las mismas ventajas en calidad y costes a través de la estandarización, por ejemplo, en guías, protocolos y vías clínicas.

La incorporación de todas estas novedades, junto con fórmulas de gestión que permitan regímenes laborales no funcionariales, provocan cambios más o menos importantes, dependiendo del grado y el volumen de incorporaciones, de la estructura organizativa y por tanto podemos hablar de que estos cambios provocaran cambios en la estructura organizativa.

La presente investigación tiene como principal objetivo conocer el grado de descentralización que existe en los hospitales catalanes pertenecientes a la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP) y conocer si la descentralización provoca una mayor eficiencia en la actividad hospitalaria. Lo que se pretende es, por un lado, analizar la evolución de las diferentes formas organizativas de las organizaciones empresariales, centrándonos en los beneficios que aportan las estructuras más descentralizadas y buscando una metodología para medir este aspecto, tan estudiado por los autores; por otro lado, presentar el sector hospitalario (sus características, evolución, estructuras,...) y por último casar los dos análisis anteriores, medir la descentralización de los hospitales mediante la metodología anteriormente presentada.

Este objetivo viene justificado fundamentalmente por varios motivos. Primero y fundamental, por la importancia histórica del sector sanitario y el peso que tiene los centros hospitalarios en la sanidad en su conjunto. El gasto sanitario en el presupuesto de Gastos de la Generalitat de Catalunya, año 1999, representa el 10,1% del total del gasto (es decir, 678.179 millones de pesetas), siendo la cuarta partida más importante, igual que el gasto hospitalario para el conjunto del sector sanitario, ya que la atención especializada representa el 49,34% del presupuesto total del Servei Català de la Salut⁵.

Segundo por las escasez de estudios que profundicen a cerca de metodologías para medir aspectos sobre los que sí que existe una gran literatura (descentralización, delegación, sector sanitario,...). Existen multitud de artículos e investigaciones a favor o en contra de la

⁵ Datos extraídos del "El pressupost sanitari. 1999" Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

descentralización, de las ventajas e inconvenientes de aplicar nuevas estructuras organizativas, del éxito o fracaso en sus aplicaciones,

Tercero por las características particulares que tiene el sector sanitario en Cataluña y por el creciente protagonismo de la Economía de la Salud como disciplina científica y su aproximación a la realidad práctica de la gestión diaria de los hospitales.

Y por todo ello esta investigación pretende cubrir el vacío existente, sin pretender en ningún momento, que sean conclusiones extrapolables, ni a otros sectores ni a otras Comunidades Autónomas.

Para responder a todas estas inquietudes, se ha planteado una investigación que conllevan todas las dificultades propias de la investigación social: principalmente falta de datos ya elaborados, nula existencia de estudios semejantes en el sector ni fuera de él, ...

Por último esta investigación se estructura en cuatro partes y su recorrido podría ser el siguiente:

En la primera, se realiza un revisión del estado de la cuestión de la literatura las teorías del Management. En este sentido se exponen las teorías clásicas y los conceptos básicos de estructura y diseño organizativo. En esta primer parte también se puede encontrar la justificación del paradigma elegido para la investigación.

En la segunda parte, se presenta una panorámica general del sector sanitario catalán. En él se pueden encontrar un primer capítulo dónde se estudian los principales participantes del sector y cómo sus relaciones determinan el comportamiento del sector. El segundo capítulo muestra las características de hospital como organización y cómo empresa de servicios y una revisión de los rasgos del futuro hospital.

En la tercera parte es otra revisión de la literatura de las nuevas formas organizativas ya teniendo en cuenta el sector de estudio: sus posibilidades, limitaciones o aspectos característicos, además de aspectos teóricos que caracterizan a las organizaciones actuales: la descentralización. Siguiendo este hilo, se presenta y se justifica el modelo teórico de medición de este factor.

En la cuarta, se presenta la investigación empírica. Esta sección, como las anteriores, se encuentra dividida en capítulos y en ellos se puede encontrar los objetivos e hipótesis del estudio, la metodología teórica del trabajo de

campo, la definición de la muestra y la recogida de datos, los análisis realizados ofreciendo finalmente los resultados obtenidos.

En ella también se describen las principales conclusiones y se describe el grado de descentralización organizativa de los hospitales catalanes analizando su relación con el nivel de eficiencia de cada uno de ellos y estudiando la relación que existe entre estas dos magnitudes.

PARTE I

LA CIENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN: TEORIAS Y CONCEPTOS APLICABLES A LA GESTIÓN SANITARIA

Capítulo 1: Revisión y estado actual de las
Teorías del Management

Capítulo 2: Concepto y alcance del término
organización

Capítulo 3: Diseño y estructura organizativa

PARTE I: LA CIENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN: TEORIA Y CONCEPTOS APLICABLES A LA GESTIÓN SANITARIA

Con intención de situar al lector en los parámetros y entorno de la investigación, a continuación, se presenta la primera parte en la que está dividido el estudio. Se trata de una puesta en escena del proceso que se ha utilizado para centrar el marco de estudio.

Esta investigación une dos ámbitos ampliamente estudiados por si solos, y, sin embargo, superficialmente analizados de forma conjunta: por un lado hablamos del management, organización y diseño organizativo y por otro del sector sanitario y en concreto de uno de sus principales instituciones, el hospital.

Esta primera parte hace una breve revisión bibliográfica sobre todo el ámbito organizativo. Esta dividido en tres capítulos, que empieza desde una perspectiva más amplia hasta concretar en nuestro análisis.

En el primer capítulo se presentar un breve repaso bibliográfico a la Ciencia de la Administración y las diferentes teorías del management¹.

En el segundo punto hacemos un breve paseo bibliográfico por el término organización (su contenido, el porqué de su importancia, acepciones,...) con el objetivo de darnos cuenta que podemos considerar al hospital como una organización sin ningún tipo de problema y por tanto observar si la tendencia estructural que está ocurriendo en otras organizaciones es aplicable a nuestro objeto de investigación.

Una vez presentado el enfoque, en el segundo capítulo se concretiza el marco teórico y los conceptos sobre la organización. No debemos olvidar que el objeto de estudio, el hospital, se trata de una organización y por tanto observar si la tendencia estructural que está ocurriendo en otras organizaciones es aplicable a nuestro objeto de investigación.

¹ Quizás se considera excesivo haber empezado el análisis en un grado tan elevado, pero considerando la cantidad de teorías y escuelas (ha sido denominado por Koontz como "La jungla de las teorías del management") he creído conveniente presentarlo y a la vez, presentar el enfoque elegido para abordar el estudio.

Por último y, habiendo centrado al lector en las ideas globales y conceptuales con las que la autora empezó dicho estudio, nos queda presentar la revisión bibliográfica del Diseño Organizativo, y las principales formas de estructuras organizativas básicas.

Capítulo

1

Revisión y estado actual de las Teorías del Management

1.1. Introducción

El objetivo de estudio de la Ciencia de la Administración ha sido, y es, la organización (Chiavenato, 1995); sin embargo, la conceptualización que se ha utilizado a lo largo de la historia ha hecho que el contenido de su estudio haya variado enormemente a lo largo del tiempo, ampliándose e integrándose gran cantidad de variables de otras disciplinas (Aguirre, Castillo y Tous, 1999)².

² Según Hernández Rodríguez (1994) se puede afirmar que la Administración mantiene relaciones con disciplinas como las siguientes:

1. Disciplinas financieras y contables: Contabilidad General, Finanzas, Costes, Análisis Financiero, Bolsa, etc
2. Ciencias formales y matemáticas: Matemáticas, Estadísticas, Investigación Operativa, Teoría de Sistemas, Cibernética, etc.
3. Ciencias sociales: Economía, Derecho, Política, Sociología, Psicología, Pedagogía, Antropología, Historia, etc
4. Ciencias experimentales: Medicina, Ecología, etc
5. Disciplinas técnicas: Ingeniería, Informáticas, etc
6. Ciencias filosóficas: Éticas, Epistemología y Metodología, Lógica, etc.

Sabido es que no existe acuerdo en la sistematización de sus escuelas y corrientes de pensamiento, lo que ha dado lugar a multitud de propuestas que conforman lo que ha sido llamado como “la jungla de las teorías del management” (Koontz, 1961,1980) o “el matorral” llamado por Pfeffer (1993). A modo meramente enumerativo podemos mencionar diferentes clasificaciones de escuelas y enfoques de la teoría de la Administración: Koontz (1961), George (1974), Kliksberg (1975), Lussato (1976), Hicks (1977), Hampton (1983), Koontz (1980), Scott (1981), Chiavenato (1981, 1995), Hampton (1989), Koontz y Wehrich (1994). Entre los autores españoles e hispanohablantes, podemos citar, sin ánimo de exhaustividad, a Soldevilla (1977), García Madaria (1985), Renau Piqueras (1985), Hernández y Rodríguez (1994) y Bueno Campos (1996b).

Ante tal cúmulo de propuestas, hemos optado por presentar dos ordenaciones: la de Koontz por ser una de las primeras clasificaciones que se llevaron a cabo y por su transcendencia antes el resto de enfoques y la otra una evolución de las diferentes escuelas mucho más pedagógica (Aguirre, Castillo y Tous, 1999).

Tomemos como ejemplo el cuadro propuesto por Koontz pues nos sirve como ejemplo clarificador y sistemático para presentar las características y limitaciones de cada uno de los enfoques y, presentar que esta investigación se encuentra influenciada, fundamentalmente por el enfoque contingente y el enfoque de sistemas (como veremos posteriormente).

Tabla 1.1: Clasificación propuesta por Koontz de los diferentes enfoques del análisis administrativo		
	CARACTERÍSTICAS	LIMITACIONES
<i>Enfoque EMPÍRICO o de CASOS</i>	Estudia experiencias mediante casos. Identifica éxitos y fracasos e intentan extraer los elementos comunes a ellos para aprender de la experiencia, si es aplicable.	Cada situación es distinta. No se hace ningún intento por identificar principios. Valor limitado para el desarrollo de teoría administrativa.
<i>Enfoque de los PAPELES ADMINISTRATIVOS</i>	El estudio original consistió en observaciones de cinco directores generales. Con base en este estudio se identificaron 10 papeles administrativos, los cuales se agruparon en interpersonales, de información y de decisión.	La muestra original fue muy reducida. Algunas actividades no son administrativas. Las actividades dan evidencia de planeación, organización, integración de personal, dirección y control. En cambio, se dejaron fuera algunas actividades administrativas importantes (como la evaluación de administradores).
<i>Enfoque de CONTINGENCIAS o SITUACIONAL</i>	La práctica administrativa depende de las circunstancias (es decir, de una contingencia o situación). La teoría de las contingencias reconoce la influencia de determinadas soluciones en los patrones de comportamiento organizacional.	Los administradores saben desde hace mucho tiempo que no existe la "mejor" manera de actuar. Dificultad para la determinación de todos los factores de contingencia pertinentes y la exhibición de sus relaciones. Puede ser muy complejo.
<i>Enfoque MATEMÁTICO o de la "CIENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN"</i>	La administración se concibe como procesos, conceptos, símbolos y modelos matemáticos. Se le entiende como un proceso puramente lógico, expresado en símbolos y relaciones matemáticos.	Preocupación por los modelos matemáticos. Muchos aspectos de la administración no son susceptibles de conformar modelos. Las matemáticas son un instrumento útil, pero difícilmente una escuela o enfoque de administración.
<i>Enfoque de la TEORÍA de las DECISIONES</i>	Interés en la toma de decisiones, las personas o grupos que toman decisiones y el proceso de toma de decisiones. Algunos teóricos se sirven de la toma de decisiones como punto de partida para el estudio de todas las actividades empresariales. Las delimitaciones del estudio ya no están claramente definidas.	La administración no se reduce a la toma de decisiones. El interés de este enfoque es al mismo tiempo demasiado estrecho y demasiado amplio.

<i>Enfoque de la REINGENIERÍA</i>	Replanteamiento fundamental. Análisis de procesos. Rediseño radical. Resultados drásticos.	Desdén por el ambiente externo. Posiblemente se ignoran las necesidades de los clientes. Desdén por las necesidades humanas. Se ignoran el sistema administrativo total, como en el enfoque del proceso administrativo, u operacional.
<i>Enfoque de SISTEMAS</i>	La aplicabilidad de los conceptos de sistemas es muy amplia. Los sistemas tienen delimitaciones, pero interactúan asimismo con el entorno externo; es decir, las organizaciones son sistemas abiertos. Este enfoque reconoce la importancia de estudiar las interrelaciones de la planeación, la organización y el control en una organización, así como los subsistemas.	Análisis de las interrelaciones de los sistemas y subsistemas, así como de las interacciones de las organizaciones con su entorno externo. Difícilmente se le puede considerar como un enfoque nuevo de la administración.
<i>Enfoque de SISTEMAS SOCIOTÉCNICOS</i>	El sistema técnico ejerce importantes efectos en el sistema social (actitudes personales, comportamiento grupal). Interés en la producción, las operaciones de oficina y otras áreas de estrecha relación entre el sistema técnico y las personas.	Énfasis únicamente en el trabajo de oficina administrativo y de nivel inferior. Se ignora a gran parte de otros conocimientos administrativos.
<i>Enfoque de SISTEMAS SOCIALES COOPERATIVOS</i>	Interés en los aspectos conductuales interpersonales y grupales que producen un sistema de cooperación. El concepto amplio incluye a todos los grupos cooperativos con un propósito claro.	Campo demasiado amplio para el estudio de la administración. Al mismo tiempo, pasa por alto muchos conceptos, principios y técnicas administrativas.
<i>Enfoque del COMPORTAMIENTO GRUPAL</i>	Énfasis en el comportamiento de los individuos en grupos. Se basa en la sociología y la psicología social. Se estudian principalmente los patrones de comportamiento grupal. El estudio de grandes grupos se denomina "comportamiento organizacional".	Por lo general no integra conceptos, principios, teorías y técnicas administrativas. Necesidad de una integración más estrecha con el diseño de la estructura organizacional, la integración de personal, la planeación y el control.

<p><i>Enfoque del COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL</i></p>	<p>Interés en el comportamiento interpersonal, las relaciones humanas, el liderazgo y la motivación. Se basa en la psicología individual.</p>	<p>Se ignoran la planeación, la organización y el control. La capacitación psicológica no es suficiente para la formación de administradores eficaces.</p>
<p><i>Marco de 7-S de MCKINSEY</i></p>	<p>Las siete S son: estrategia, estructura, sistemas, estilo, personal, valores compartidos y habilidades</p>	<p>Aunque esta experimentada usa ahora un marco similar a aquel cuya utilidad comprobaron Koontz y colaboradores desde 1955 y cuyo sentido práctico ha confirmado, los términos empleados carecen de precisión y los temas se tratan superficialmente.</p>
<p><i>Enfoque de la ADMINISTRACIÓN DE CALIDAD TOTAL</i></p>	<p>Productos y servicios satisfactorios y confiables (Deming). Productos o servicios adecuados para su uso (Juran). Cumplimiento de requerimientos de calidad (Crosby). Conceptos generales: mejora continua, atención a los detalles, trabajo en equipo, educación en calidad.</p>	<p>Aún no existe un acuerdo acerca de lo que es al administración de calidad total.</p>
<p><i>Enfoque del PROCESO ADMINISTRATIVO U OPERACIONAL</i></p>	<p>Reúne conceptos, principios, y conocimientos de otros campos y enfoques administrativos. La intención es desarrollar recursos científicos y teóricos de aplicación práctica. Distingue entre conocimientos administrativos y no administrativos. Desarrolla un sistema de clasificación basado en las funciones administrativas de planeación, organización, integración de personas, dirección y control.</p>	<p>No distingue, como lo hacen algunos autores, entre "representación" y "coordinación" como funciones diferentes. La coordinación, por ejemplo, es la esencia y propósito de la administración.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de H. Koontz y H. Wehrich, 1998

La segunda y, última, ordenación que presentamos es una clasificación que se puede observar más frecuentemente en los manuales de Administración que se hacen servir como base teórica para las asignaturas en carreras de Administración y Dirección de Empresas (Aguirre, Castillo y Tous, 1999).

Tabla 1.2. Clasificación de los diferentes enfoques y escuelas en la ciencia de la administración			
Escuela o enfoque	Autores pioneros	Fechas	Contenidos básicos
<i>PRIMERAS APORTACIONES A LA TEORÍA CLÁSICA DE LA ADMINISTRACIÓN</i>			
Escuela de la Administración Científica	F. Taylor, H. Gantt, F y G. Gilbreth	1919	Uso del método científico para definir la "única y mejor manera de realizar un trabajo y definición general de las funciones que integran la administración.
Teoría Clásica de la Administración	H. Fayol, M. P. Follet, Ch. Barnard	1916	
Escuela de las Relaciones Humanas	E. Mayo, W. Dickson, Münsterberg,	1933	Énfasis en el comportamiento humano y social de las personas, como miembros de un grupo.
Teoría de la Burocracia	M. Weber	1922	Definición de la organización ideal (burocracia) como sistema basado en relaciones de autoridad y en la racionalidad.
<i>ENFOQUE DE TRANSICIÓN</i>			
Teoría estructuralista o de sistemas sociales	Barnard, H.A. Simon	1938-1947	Formalización de la organización como un sistema de fuerzas sociales coordinadas con arreglo a un cierto orden (estructura) para lograr un fin determinado.
Enfoque neoclásico o empírico	P. Drucker, Odiorne, Koontz et al.	1954	Revisión del enfoque de procesos de Taylor, basada en el estudio de la experiencia o del análisis de casos; para identificar los factores que pueden llevar al éxito o fracaso organizativo.
<i>TEORÍA CUANTITATIVA O DECISIONAL</i>			
Teoría de comportamiento administrativo	J. March y H. Simon, A. Maslow, D. McGregor, C. Argyris	1958	Análisis del proceso real de toma de decisiones en la organización a partir del conocimiento del principio de la "racionalidad limitada" del decisor, individuo o grupo y bajo una filosofía de satisfacción.
Enfoque matemático	Von Neumann y Morgensten,	1960	Concepción de la organización y de sus procesos a través de la

	McLoskey, Trefethen, Simon, Miller, Starr		aplicación de modelos matemáticos y de algoritmos operativos de solución de los problemas empresariales planteados, por lo que las decisiones se establecen bajo una filosofía de optimización.
<i>ENFOQUES ACTUALES</i>			
Teoría de sistemas	Boulding, Mélése, Kast y Rosenzweig, Katz y Kahn, Trist..	1960-1970	Concepción de la organización basada en la Teoría General de Sistemas, aplicando su filosofía interdisciplinar y sus principios al estudio de la estructura y los procesos.
Teoría contingente	Woodward, Perrow, Chandler, Burns y Stalker, Lawrence y Lorsch, Mintzberg	1967-1977	Énfasis en el estudio de las influencias de las circunstancias (contingencias o situaciones) sobre la estructura organizativa y el comportamiento administrativo.
Estilos directivos	H. Mintzberg	1973	Análisis de las características del trabajo de los directores y de los papeles administrativos que los mismos pueden desempeñar.
Enfoque estratégico (Teoría de Recursos y Capacidades,...)			
7's de McKinsey	T.J. Peters, R.H. Waterman	1982	Revisión del enfoque neoclásico integrando otros enfoques a través de los 7 conceptos que avalan la excelencia empresarial (estrategia, estructura, sistemas, estilo, staff, valores compartidos y habilidades).
Operacional	H. Koontz; C. O'Donnell, H. Wehrich	1988	Revisión de conceptos, principios, técnicas y conocimientos interdisciplinarios para desarrollar una teoría administrativa de aplicación práctica, basada en el estudio de los procesos

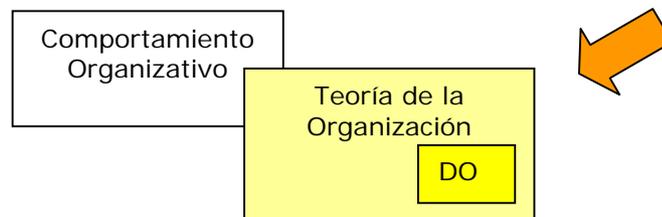
Fuente: Elaboración propia a partir de: Aguirre, Castillo y Tous; Z. Fernández, 1999; Bueno Campos, 1996; y ampliados con apuntes de Administración Empresarial (asignatura impartida por Dr. Triadó, en la UB)

Se considera al hospital como un sistema abierto, pues refleja una combinación determinada de recursos internos y externos, pero clarificando que no existe una única combinación posible sino que existen diferentes soluciones dependiendo de la situación de cada centro hospitalario.

1.2. La Teoría de la Organización

Dentro de la Ciencia de la Administración, y después de haber visto la multitud de enfoques diferentes, el estudio de las organizaciones se puede distinguir dos grandes aproximaciones de estudio: los estudios sobre Comportamiento Organizativo que analizan la conducta de los individuos y de los grupos dentro de las organizaciones, enfoque microorganizativo³ (Chinchilla, 1991) y la Teoría de la Organización que analiza el diseño de las estructuras. La gran primera aproximación toma como unidad de análisis las personas, sus roles, status, liderazgo, poder, comunicación y conflicto son sus principales temas de investigación. La unidad de análisis de la segunda aproximación son las organizaciones o partes de sus organizaciones; son elementos de análisis la estructura organizativa, el poder, la autoridad, la estrategia, el entorno (Donalson, 1985). Por tanto es evidente que nuestro punto de partida para la revisión bibliográfica se disgrega, ya que nos vamos a centrar en el Diseño Organizativo que está ubicado dentro la Teoría de Organización (TO) (figura 1.1). Adelantándonos al capítulo siguiente el DO destaca el aspecto directivo o normativo de la TO, es decir, se centra en orientar y dirigir el funcionamiento de las organizaciones.

Figura 1.1. Relación entre Comportamiento Organizativo y la Teoría de la Organización



Fuente: Elaboración propia

La Teoría de la Organización es un conocimiento científico social que se integra en la Economía de la Empresa en cuanto que su objetivo material es la empresa y, por extensión, sus proposiciones teóricas son generalizadas en su aplicación a otras organizaciones (Bueno Campos, 1996). La TO carece de un modelo teórico general que sea aplicable al estudio de sus diferentes fenómenos.

Los diferentes enfoques que estudian el Diseño Organizativo, es decir, el estudio de las estructuras y procesos organizativos se pueden clasificar

según varios criterios (Fernández, 1999): según su carácter, existe un primer grupo de enfoques que estudian el Diseño desde un carácter más normativo (el ejemplo más paradigmático sería el enfoque contingente) y otro grupo de enfoques que utilizan un carácter más explicativo o positivo (la teoría institucionalista, ecológica,...).

Según otro criterio también podemos observar como, hasta hace unas décadas, el estudio del Diseño organizativo ha estado dominado por enfoques de un "tarannà"⁴ más sociológicos (enfoques contingentes, teoría de la dependencia de recursos, teoría institucional, teoría ecológica,...) y en cambio en los últimos años ha aparecido la llamada Economía de las Organizaciones (EO), que engloba la Economía de los Costes de Transacción y la Teoría de la Agencia (teorías que asumen la existencia de racionalidad limitada, asimetría de información y comportamiento oportunista).

No creo que sea el momento ni es objeto de la investigación estudiar por separado las principales escuelas del Diseño Organizativo, pero sí considero oportuno para sentar las bases de mi elección, mostrar en un cuadro comparativo los principales aspectos de cada una de ellas.

³ Expresión utilizada en de la Fuente et al. 1997

⁴ Expresión catalana que indica carácter.

Tabla 1.3. Análisis y estudios de cada una de las diferentes escuelas de la Teoría de la Organización						
	Diferentes escuelas de la Teoría de la Organización					
	ECOLOGÍA	DEPENDENCIA DE RECURSOS	TEORIA INSTITUCIONAL	CONTINGENCIA	ECONOMIA DE LAS ORGANIZACIONES	
					ECT	Teoría de la Agencia
UNIDAD DE ANÁLISIS	Población o comunidad de poblaciones	Organización	Organización	Organización	Transacción	Relación principal – agente
CONCEPTO DE ORGANIZACIÓN	Forma organizativa	Coaliciones que emplean recursos	Sistema social	Sistema técnico	Estructura de gobierno que minimiza los costes de transacción	Nexo de contratos.
OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION	Sobrevivir	Maximizar (minimizar) el poder (la dependencia) respecto del entorno.	Obtener legitimidad	Maximizar la eficiencia (Congruencia entre contingencia y organización)	Maximizar la eficiencia	
ASUNCIONES BÁSICAS	1.- Pueden identificarse poblaciones. 2.- Cada población tiene mecanismos de selección. Se enfatiza el proceso de selección frente al de adaptación.	1.- Distribución asimétrica de recursos en el entorno. 2.- Las organizaciones tratan de aumentar su poder / reducir su dependencia de otras	1.- Las organizaciones adoptan formas organizativas parecidas. 2.- El proceso de homogeneización puede lograrse por tres vías: normas, coerción o mimetismo.	1.- No existen formas organizativas óptimas. 2.- Cada organización debe adaptar su estructura a las contingencias que afronta: tamaño, edad, tecnología, entorno, estrategia.	1.- Caracterización de las transacciones 2.- Determinación de la estructura de gobierno que minimice los costes de transacción	1.- Identificación del problema de la agencia. 2.- Análisis de las formas de resolución: sistemas de control, y aseguramiento 3.- Diseño más adecuada

		controlando los recursos clave				
SUPUESTOS sobre el COMPORTAMIENTO HUMANO	1.- Racionalidad limitada 2.- Información incompleta		1.- Búsqueda de aceptación social. 2.- Aceptación de valores y normas comúnmente aceptados, aun cuando vayan contra sus intereses.	Racionalidad	1.- Racionalidad limitada 2.- Comportamiento oportunista	
DISCIPLINA DE PARTIDA	Biología	Sociología y Ciencias Políticas	Sociología	Economía	Economía	Economía
SUB- ESCUELAS	Ecología de la Comunidad (Graham Astley,85; Graham Astley y Van de Ven,83) Ecología de la Población (Aldrich,79; Hannan y Freeman, 77)		Enfoque cultural (concibe la organización como un todo y estudian los aspectos informales de ésta)- Smircich (83), H. M. Tristi y J.M. Beyer (93), J. Martin (92)			
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	Hannan y Freeman (1977,1989) McKelvey (1982) Aldrick (1979)	Pfeffer y Salancik (1978)	Meyer y Rowan (1977) Power y Di Maggio (1991)	Woodward (1971) Lawrence y Lorch (1967) Pugh et al. (1968) Chandler, 1962	Williamson, (1975, 1985) Ouchi (1980)	Jensen y Meckling (1976) Eisenhardt (1988, 1989) E. Fama (1980)

Fuente: Fernández,1999 ampliado con Hodge, Anthony y Gales (1998) y con diferentes artículos

Esta investigación, teniendo en cuenta la clasificación anterior, se sitúa dentro de un enfoque contingente del Diseño organizativo, es decir, no se considera que exista un único diseño óptimo de las estructuras, sino que pueden utilizarse diferentes soluciones para el mismo problema teniendo en cuenta los recursos y las capacidades (Barney, 1996) de cada una de ellas. De esta manera la Teoría basada en los recursos y capacidades, dentro de la dirección estratégica, defiende la heterogeneidad empresarial⁵. Por tanto en estas condiciones se nos hace difícil pensar que todas las organizaciones deban adoptar el mismo diseño organizativo para tener éxito.

No se ha adoptado un enfoque de la Economía de la Organización, ya que el objeto de estudio no es el comportamiento de los individuos que forman la organización, ni la información que poseen, ni el minimizar los costes de transacción, sino que esta investigación pretende estudiar las estructuras organizativas hospitalarias y sus procesos organizativos y para ellos es mucho mejor un enfoque contingente (Fernández, 1999). Sin embargo podemos encontrar autores, como Longas (1996) que concluyan sus investigaciones mostrando que la teoría de los costes de transacción es un instrumento eficaz para explicar las distintas formas de organizar la actividad económica, aunque la mayoría de sus estudios y demostraciones se hacen en el sector industrial y menos en sectores de servicios como nuestro caso.

Dicho enfoque defiende que no existe una forma óptima de organizar, sino que ha de existir en toda organización una congruencia entre sus diferentes niveles: el psico-social, la estructura y procesos internos; el contexto y el entorno⁶. Sus principales autores y las principales aportaciones son:

- ✓ Medio ambiente o entorno: Burns y Stalker, 1961; Emery y Trist, 1965; Lawrence y Lorsch, 1973; Khandwalla, 1972
- ✓ Estrategia: Chandler, 1962; La Cueva, 1986; Veciana, 1985; Grima y Tena, 1984; Sánchez, 1993 :352; Donaldson, 1996
- ✓ Actividad, tecnología y tamaño: Benavides, 1998; Hampton, 1989; Woodward (1971)

⁵ Cada empresa es y debe ser más diferente, como resultado de la dotación de recursos y capacidades que haya ido acumulando gracias a las decisiones pasadas. Y estas decisiones históricas hacen difícil imaginar que todas las de un tipo de organización hayan sido del mismo estilo.

⁶ El nivel psico-social está formado por los individuos y grupos en interacción; el contexto por el tamaño, la tecnología y la estrategia, fundamentalmente.

- ✓ Sociología, antropología e historia: Valle, 1986; Mintzberg, 1988; De la Fuente et al, 1997

Y después existen multitud de estudio con diferentes combinaciones de cada uno de los casos. Por dar unos ejemplos: White y Hamermechs (1981) que relacionan entorno, estrategia, estructura y rendimiento. Hull y Hage (1982) que relacionan estructura y tecnología. Armandi y Mills (1985), relacionan estructura y eficiencia económica. Kapp y Barnett (1983) lo hacen con autonomía, integración, incertidumbre ambiental, eficiencia. Randolph y Dess (1984) estudian las relaciones entre entorno, tecnología, estructura y rendimiento. Bobbit y Ford (1980) estudian estructura, estrategia y contexto. Nadler y Tushman (1988) se centran en la relación entre estrategia, contexto, organización formal e informal, eficacia. Para acabar con estos ejemplos, que no pretenden ser una enumeración exhaustiva de todos los autores que han estudiado la relación de la estructura con algún constructo, sino simplemente un ejemplo para ver la amplia lista de autores.

1.3. Enfoque contingente o situacional.

Como enfoque elegido, en este enfoque no existen planes, ni estructuras organizacionales, ni estilos de liderazgo ni controles que sean idóneos para todas las situaciones. La teoría de la contingencia enfatiza que hay "nada de absoluto" en las organizaciones o en la teoría administrativa. Todo es relativo. Todo depende.

Renau, citando a Galbraith -autor expresamente encuadrado en el enfoque contingente-, sostiene que éste enfoque está basado en dos conclusiones que se obtienen de un amplio conjunto de estudio que recogen la relatividad y condicionamiento del proceso de management y son las siguientes:

- ↳ *No hay una mejor forma de organizar.*
- ↳ *Ninguna forma de organizar es igualmente efectiva*

Y Scott añade una tercera:

- ↳ *La mejor forma de organizar depende de la naturaleza del entorno con el que una organización interactúa.*

Este enfoque no es atribuible a ninguna persona o grupo de personas. Ya Fayol y Mary Parkert Follet en 1920, nos decían que los directivos debían de tener una cierta flexibilidad delante de sus trabajadores y ver que la

situación está cambiando en todo momento. La influencia del entorno en el comportamiento y en la estructura de las organizaciones es el factor clave que da origen a la que, según muchos autores, es la más ampliamente aceptada en la actualidad.

La teoría de la contingencia nació a partir de una serie de investigaciones hechas para verificar cuáles son los modelos de estructuras organizacionales más eficaces en determinados tipos de industrias. Los investigadores buscaron confirmar si las organizaciones eficaces de determinados tipos de industria seguían los supuestos de la teoría clásica, como la división del trabajo, la amplitud del control, la jerarquía de la autoridad, etc. Los resultados, sorprendentemente, condujeron a una nueva concepción de organización: la estructura de una organización y su funcionamiento son dependientes de la interfase con el entorno. En otros términos, no hay una única y mejor forma (*"the best way"*) de organizar.

Si bien la denominación de "teoría contingente de la organización" debe ser atribuida a Lawrence y Lorsch (1976), existen multitud de trabajos que han ido creando, gestando y evolucionando este enfoque. Ejemplo de autores⁷ (aunque algunos de ellos han sido situados en otras escuelas) son Burns y Stalker, Chandler, March y Simon, Thompson, Woodward,...

El enfoque contingente aplicado al estudio de las organizaciones es una concreción de la teoría general de sistemas que aspira a fijar y comprender cómo funciona una organización bajo diversas condiciones o contingencias, para a partir de ahí, establecer los diseños estructurales y las acciones directivas más adecuadas a cada caso (Fernández, 1986). El enfoque contingente acepta las premisas básicas de la teoría de sistemas con respecto a la interdependencia y a la naturaleza orgánica de la organización, como también el carácter abierto y adaptativo de las organizaciones y la necesidad de preservar su flexibilidad frente a los cambios de entorno. Sin embargo, así como la teoría de sistemas es muy abstracta y de difícil aplicación a situaciones gerenciales prácticas, el enfoque contingente permite proporcionar medios para mezclar la teoría con la práctica dentro de una integración sistemática.

El enfoque de contingencia es eminentemente ecléctico e integrador, manifestando una tendencia a absorber los conceptos de las diversas teorías administrativas, en el sentido de ampliar los horizontes y mostrar que nada

⁷ Tesis doctoral de Manuel Ruiz González (despacho de Tarragó)

es absoluto. La tesis central del enfoque de contingencia es la no existencia un método o técnica generalmente válido, óptimo ni ideal para todas las situaciones: lo que existe es una variedad de alternativas de métodos o técnicas proporcionados por las diversas teorías administrativas, uno de los cuáles podrá ser el más apropiado para una situación determinada.

La aproximación contingente se inició con los trabajos de Woodward quien estudió las relaciones entre estructuras y tecnología, y presentó en su libro "Industrial Organization" los resultado de 10 años de investigaciones en "management organization in British industry". Descubrió que grupos de empresas con tecnologías parecidas mostraban patrones característicos. Se concluyó que según el tipo de tecnología empleada, así debía ser la estructura organizativa. Esta es la hipótesis llamada del "imperativo tecnológico" (posteriores investigaciones matizaron reiteradamente el papel de la tecnología como factor determinante de la estructura "óptima" para una empresa o unidad).

Posteriormente el tamaño fue considerado como un factor muy importante, y aunque no anuló por entero el papel de la tecnología, éste se redujo mucho. Esta postura se identifica con la hipótesis de la "incidencia tecnológica". Según ella la tecnología modal de una unidad condiciona la estructura organizativa más adecuada de la unidad, pero la estructura organizativa del conjunto de la organización ha de explicarse con ayuda de otras variables, como por ejemplo el tamaño⁸.

Otras variables que afectaban a la estructura organizativa fue el entorno. Chiavenato indica que la relación empresa-entorno puede ser interpretada como una relación funcional del tipo "si-entonces" entre dos conjuntos de variables. El "si" serían las variables independientes que no son otras que las componentes del entorno (variables económicas, políticas, sociales y legales), mientras que las variables "entonces" o dependientes corresponden a las variables internas de la empresa. Tom Burns y G.M. Stalker de sus investigaciones del efecto del entorno en empresas industriales inglesas, clasificaron a las empresas en mecanicistas y orgánicas, las primeras un tipo de empresas que opera en condiciones de entorno relativamente estable mientras que las segundas trabajaban en condiciones del un entorno cambiante e innovador. Por lo tanto, observaron

⁸ Este enfoque se debe a un grupo de investigaciones identificados con lo que se ha dado en llamar "Programa de Aston" y al que pertenecieron en su momento: Child, Pugh, Hickson, Hinings,...

que era el entorno el que determina la estructura y el funcionamiento de las organizaciones (Tarragó, 1995).

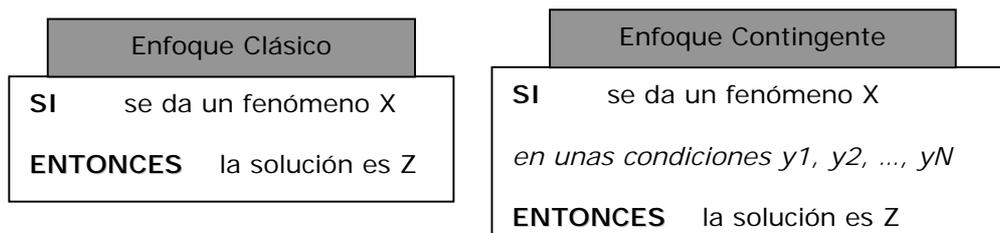
En 1962, Chandler realizó una de las más serias investigaciones históricas sobre los cambios estructurales de las grandes organizaciones relacionándolos con la estrategia de negocios. La principal tesis de Chandler es que " (...) la estructura (definida como el diseño organizativo a través del cual se administra la empresa), sigue a la estrategia y que los tipos de estructuras más complejas resultan de la concatenación de algunas estrategias básicas.

En resumen, diferentes entornos y contextos llevan a las empresas a adoptar nuevas estrategias y las nuevas estrategias exigen diferentes estructuras organizaciones para poder ser implementadas con eficiencia y eficacia (Rico, 1999).

Más recientemente Mintzberg investigó las principales configuraciones estructurales desde un punto de vista contingente. Mintzberg concluyó de que tanto los parámetros de diseño como los factores de situación (dimensión, antigüedad, tipo de entorno, sistemas técnicas que utiliza,...) deben agruparse para ccrear lo que llamó configuraciones.

Por tanto, este enfoque se opone a la visión clásica (Figura 1.2):

Figura 1.2. Contraposición del enfoque clásico y el contingente



Fuente: Bueno Campos, 1996

Esta investigación no estudia una solución concreto sino que conociendo que existen diferencias entre hospitales, se busca dar una idea que se pueda aplicar a cualquier estructura organizativa hospitalaria, siempre teniendo en cuenta las características propias de cada centro.

1.4. Modelos Contingentes de Estructura Organizativa

En función del principio elegido para la explicación del proceso de estructuración organizacional, se pueden distinguir tres grandes grupos de trabajos (Hernangómez, Azofra, de la Fuente y Gutiérrez, 1992; Desremaux, 1986; Miller y Freisen, 1980)⁹:

1.- Aquellos basados en el principio del "determinismo contextual", en lo que se supone la existencia de regularidades impersonales que vinculan el diseño estructural a un conjunto de factores externos o contextuales¹⁰.

2.- Los contruidos sobre el principio de la "discrecionalidad gerencial"¹¹, según los cuales la formación y desarrollo de la estructura es el resultado de las decisiones del equipo directivo de las organizaciones estudiadas¹².

3.- Corriente de síntesis, cuyo objetivo es la elaboración de clasificaciones concierto poder predictivo, capaces de asignar una organización a grupos o categorías de entidades definidas por sus características estructurales y contextuales conjuntamente consideradas. Los principios del determinismo y de la discrecionalidad gerencial son abordados de manera simultánea a través de la elaboración de modelo multivariantes, en los que la interacción y mutua adaptación de los factores externos e interno a la estructura organizativa, condiciona el funcionamiento eficiente de la misma.

El diseño estructural se entenderá como la actividad gerencial dirigida a la adecuación de dichos factores para el aprovechamiento de los recursos disponibles por la organización, en orden a la obtención de determinados resultados¹³.

⁹ Un desarrollo completo de estos trabajos, su comparación y análisis crítico, debe verse EN J.M. DE LA FUENTE SABATÉ, J. GARCÍA-TENORIO RONDA, L.A. GUERRAS MARTÍN, J. HERNANGÓMEZ BARAHONA (1997): *Diseño organizativo de la empresa*. Ed. Civitas

¹⁰ Aquí debe incluirse, básicamente, el denominado "Programa de Aston", dirigido por Dereck S. Pugh, y en el que ha participado autores como Child, Payne, Hickson, Hinings y Turner. Isabel de Val (1989) "Estructura de organización de la empresa pública y privada". *Papeles de Economía Española*, n°39, pp 116-131, ha utilizado la metodología del programa Aston.

¹¹ Decisiones relativas al diseño estructural, que se le llama "discrecional gerencial" como traducción de Strategic Choice y tiene más relación con el contenido de la propuesta que con la traducción literal. Sin embargo, pueden utilizarse otras traducciones, la más usual es la de "opción estratégica" (Pfeffer, 1987)

¹² Los autores que pueden ser incorporados a este enfoque, entre otros son, Chandler, Child, Anderson y Paine, Miles y snow, Montari, etc... que conciben a los decisores como los elementos clave del diseño estructural.

¹³ Entre los autores que han realizado trabajos siguiendo esta postura, podemos citar a Mealiea y Lee, Kalika y Fuente Sabate.

A continuación se presentan diferentes modelos de estructuras organizativas que siguen todos el mismo enfoque contingente (tabla 1,4). El objetivo no es el de resumir los diferentes enfoques de estructura organizativas contingente que existen, sino dar una mínima muestra de los más importantes, estudiar de que variables se componen cada uno, la metodología utilizada y los resultados más importantes.

Es importante conocerlos ya que han servido de base para elaborar las hipótesis de esta investigación, igual que las medidas, variables,... y los resultados que estos autores habían contrastado han sido el trampolín para comprobar si estas relaciones también se cumplen en las organizaciones sanitarias.

Tabla 1.4. Modelos contingentes de estructura organizativa					
ENFOQUES	VARIABLES CONTEXTO	VARIABLES ESTRUCTURALES	VARIABLES DE COMPORTAMIENTO	MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA	RESULTADOS
Determinismo contextual (PUGH)	Origen e Historia, Prop. y control Tamaño Producción Tecnología Depend. Org. Ext.	Especialización Estandarización Formalización Centralización Configuración	Poder e influencia Interacción en conflictos Tensión individual	Productividad Rentabilidad Moral de Trabajo	+ Tamaño y + complejidad → + especializa. Concentr. Propiedad → centralización
(CHILD)	Identidad Varia. Entorno Dimensión	Especialización Estandarización Formalización Centralización Configuración		Crecimientos de ventas	Organización con direcc. Joven y – estructuras son + eficientes
(PUGH Y PAYNE)	Tecnología Tamaño Concent. Prop. y Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ▣ Estruct. Activ.: ▣ Especialización ▣ Estandarización ▣ Formalización ▣ Centralización ▣ Configuración ▣ Nivel de autoridad percibida. 	Conflicto Comportamientos presvist. e imprevis. Resisten. Cambio Contestación de la autoridad	Variaciones en el comport. indiv. y grupal. Resultado empresarial	+ estruct. → + conflicto y + resistencia al cambio estruct. ↔ formalización
(DEL VAL)	Origen e Historia Prop. y control Tamaño Objetivos Tecnología Interdependencia	Especialización Estandarización Formalización Centralización Configuración tradicional			Comparación Emp. Pub. y privada en función de su dimensión

Discrecional gerencial (CHILD)	Dimensión Tecnología Nº Establec. Relac. con otras organizaciones Relac. con grupo propietario Tamaño grupo propietario	<ul style="list-style-type: none"> ■ Complejidad.: <ul style="list-style-type: none"> Especialización Estandarización Formalización Nivel cualif. personal ■ Estr. Control: <ul style="list-style-type: none"> Descentralización 			Tamaño → Complejidad Difícil hablar del papel de los gerentes
(MONTANARI)	Tamaño Entorno Tecnología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Caract. Burocráticas: <ul style="list-style-type: none"> Ambito de control Especialización Estandarización Formalización Centralización Diferenciación, Integración Estruct. Activ. Ratio Admvo. ■ Decis. gerenciales: <ul style="list-style-type: none"> Autonomía, Centralización, Profesionalizac. 	Elección Estrategia de la gerencia Poder percibido	Resultados de la organización	Tecnología factor moderador entre var. context y gerenciales Duda sobre el papel de los gerentes
(BURGELMAN)	Contexto estructural Contexto estratégico		Comportamiento estrat. autónomo Comportamiento estrat. inducido	Estrategia comparativa	Estrategia sigue a estructura Estructura sigue a estrategia

Modelo de síntesis (MEALIEA Y LEE)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entorno: <ul style="list-style-type: none"> Depen. Externa Variabilidad Complejidad ■ Tamaño: <ul style="list-style-type: none"> Nº Empleados Cifra de ventas Disper. Geograg. ■ Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> Variabilidad, Integración, Impor. Investigad. Estim. Trabajad. 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciación Integración Centralización Dependencia Niv. Jerarquicos y alcance control Intensidad admva. 	Comportamientos relevantes en la relación trabajador / grupo de trabajo	Supervivencia	<ul style="list-style-type: none"> Adecuación Comportam. Individual/Obj. organización Adecuación Estructura / Entorno
(KALIKA)	<ul style="list-style-type: none"> Identidad Entorno Tencología 	<ul style="list-style-type: none"> Forma estructural Formalización Estandarización Centralización 		<ul style="list-style-type: none"> Económica Social Organizativa 	<ul style="list-style-type: none"> No hay normas sobre relación estruc/efic. Estruc. es un factor más que influye en la eficiencia
(FUENTE SABATE)	<ul style="list-style-type: none"> Ambiente Tamaño Tecnología Identidad 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Var. anatómicas: <ul style="list-style-type: none"> Especialización Estandarización Formalización Centralización, Configuración ■ Var. individuo: <ul style="list-style-type: none"> Selecc. y Formación Sist. Recompen. 		<ul style="list-style-type: none"> Económica Social Organizativa 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño estructural como combinación de factores especialmente anatómicos Entorno y estructura → eficiencia

Fuente: Extraído del Trabajo de Investigación "La estructura organizativa de las cajas de ahorro: un análisis de la relación estrategia-estructura – resultados". J. Hernangómez Barahona, J.M. de la Fuente Sabaté, J. Gutiérrez Cillán. Valladolid, 1992.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE, A.A.; CASTILLO A.M. y TOUS,D.; 1999, *Administración de organizaciones. Fundamentos y aplicaciones*. Pirámide. Madrid.

BARNEY, J.B., 1996, *Gaining and sustaining competitive advantage*, Addison-Wesley, Massachusetts,

BENAVIDES, C.A., 1998, *Tecnología, innovación y empresa*. Pirámide, Madrid.

BUENO CAMPOS, E. 1996, *Organización de empresas. Estructura procesos y modelos*, Ed. Pirámide.

BURNS, L.R. y WHOLEY, D.R., 1993, Adoption and abandonment of matrix management programs: effects of organizational characteristics and interorganizational networks, *Academy of Management Journal*, vol. 36, nº 1, pp. 106-138.

BURNS, T. y STALKER, G.M., 1961, *The Management of Innovation*. 1ªEd. Londres. Tavistock.

BURNS, T. Y STALKER, G.M., 1966, *The Management of Innovation*. 2ªEd. Londres. Tavistock.

CHANDLER, JR., 1962, *Strategy and Structure*. M.I.T. Press. Cambridge Mass.Pp 14-51

CHIAVENATO I., 1987, 1995, *Introducción a la Teoría General de la Administración*. 3ª edición y 3ª edición revisada. McGraw Hill Latioamérica. Bogotá.

CHINCHILLA, M.N., 1991, *Teoría de la organización. Contenido del Campo General: Status questions*, Documento de Trabajo o Working Papers, División Investigación IESE, Barcelona.

DE LA FUENTE SABATE, J.M., 1994, Estructura organizativa y eficiencia empresarial. Propuesta de un modelo contingente de análisis, *Ekonomiaz. Revista de economía vasca*, nº30, pp.178-197.

DE LA FUENTE SABATÉ, J.M.; GARCÍA-TENORIO RONDA, J.; GUERRAS MARTÍN, L.A.; HERNANGÓMEZ BARAHONA, J.;1997, *Diseño organizativo de la empresa*, Editorial Civitas. Madrid.

DONALDSON, D., 1990, The ethereal hand: Organizational economics and management theory, *Academy of Management Review*, nº 15, pp.369 -381.

DRAZIN, R. Y VAN DE VEN, A.H., 1985, Alternative forms of fit in contingency theory, *Administrative Science Quarterly*, vol. 30, nº4, pp. 514-539.

EMERY, F, y TRIST, E., 1965, The causal texture of organizational environments, *Human Relations*, vol. 18, núm 1, pp:21-32.

FAYOL H., 1985, *Principios Generales de Administración*. Tomado del libro: *General and Industrial Management*. Cap. IV. Traducido en el libro de Merrill, H.F. "Clásicos en Administración". Limusa. México.

FERNÁNDEZ Z., 1999, El estudio de las organizaciones (La jungla dominada), *Papeles de Economía*, nº 78-79, pp. 56-77

FERNÁNDEZ, Z., 1993, La organización interna como ventaja competitiva para la empresa, *Papeles de Economía*, núm. 56

FOLLET M.P., 1985, *Los elementos esenciales del mando*. Tomado del libro: *Freedom and Coordinatio*". Cap IV. Traducido en el libro de Merrill, H.F. "Clásicos en Administración". Limusa. México.

GARCÍA MADARIA, J.M., 1985, *Teoría de la Organización y sociedad contemporánea*. Ariel, Barcelona.

GEORGE, C.S., 1974, *Historia del pensamiento administrativo*. Prentice Hall. Mexico

GRIMA, T.V y TENA, J., 1984, *Análisis y formulación de la estrategia empresarial*. Hispano Europea. Barcelona.

HAMPTON, D. R., 1983, *Administración contemporánea*, McGraw-Hill, México

HAMPTON, D.R., 1989, *Administración*, 2ª ed. McGraw-Hill, México.

HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, S., 1994, *Introducción a la administración. Un enfoque teórico-práctico*. McGraw-Hill, Mexico.

HERNANGÓMEZ BARAHONA J., 1988, La empresa como organización: un intento de delimitación de su concepto. *Anales de Estudios Económicos y Empresariales*, nº 3.

HERNANGÓMEZ, J.; AZOFRA, V.; DE LA FUENTE, J.M.; GUTIÉRREZ, J., 1992, La estructura organizativa de las cajas de ahorro. Un análisis de la relación estrategia-estructura-resultados. Fundación FIES. Madrid.

HICKS, H.G., 1977, *Administración de organizaciones. Desde un punto de vista de sistemas y recursos humanos*. CECSA, Mexico.

HODGE, B. J.; ANTHONY, W.P. Y GALES, L.M., 1998, *Teoría de la Organización. Un enfoque estratégico*. 5ª edición. Prentice-Hall. Madrid.

KHANDWALLA, P.N., 1972, *Environment and its Impact on the Organizations. International Studies of Managment and Organization*, otoño.

KLIKSBERG, B., 1975, *El pensamiento organizativo: del taylorismo a la teoría de la organización*, Paidós, Buenos Aires.

KLIKSBERG, B., 1990, *El pensamiento organizativo: De los docmas a un nuevo paradigma gerencial*, Tesis, Buenos Aires.

KOONTZ H. , 1961, *The management theory jungle. Journal of Academy of Management Review*. Vol. 4, nº3, pp. 174-188

KOONTZ H., 1980, *The management theory jungle revisited. Journal of Academy of Management Review*. Vol. 6, nº2, abril.

KOONTZ, H. Y WEIHRICH, H., 1998, *Administración, Una perspectiva global*. 10ª edición. McGraw-Hill, Mexico.

KOONTZ, H., 1990, *La jungla de teorías sobre "El Management" revisada, ESIC Market*, PP: 6-29

KOONTZ, H.; WEIHRICH, H., 1994. *Administración*, 10ª edición. McGraw-Hill, México.

LA CUEVA. F., 1986, "El diseño de las estructuras". En: *Enciclopedia de Dirección y Administración de la Empresa* (tomo V). Orbis. Barcelona.

LAWRENCE P.R. y LORSCH, J.W., 1976, *Organization and Environment. Managing differentiation an Integration*. Edición en castellano: *Organización y Ambiente*. Ed. Labor. Barcelona.

LAWRENCE, O. y LORSCH, J.W., 1973, *Organización y ambiente*. Labor, Sevilla.

LONGÁS GARCÍA, J.C., 1996, *Reflexiones sobre las formas organizativas y su evolución, Economía industrial*, Vol. 311, PP: 27-36

LONGO, F., 1994, *Diseño Postburocrático de organizaciones públicas: la perspectiva divisional*, Documento de Trabajo o Working Papers, ESADE, Barcelona.

LUSSATO, B., 1976, *Introducción crítica a los sistemas de organización*, Tecnibán, Madrid.

MENGUZZATO M. Y RENAU J.J., 1991, *La dirección estratégica de la empresa. Un enfoque innovador del Management*. Ariel, Barcelona.

MILLER, D. Y FREISEN, P., 1980, Archetypes of organizational transitions, *Administrative Science Quarterly*, vol.25, pp. 268-299.

MINTZBERG, H., 1989, *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo. Buenos Aires.

NADLER, D.; TUSHMAN, M., 1988, *Strategic Organization Design*, Library of Congress.

PFEFFER, J., 1993, Barriers to the advance of organizational science: Paradigm development as a dependent variable. *Academy of Management Review*, vol. 18, nº4, pp599-620

RENAU PIQUERAS, J.J., 1985, *Administración de empresas. Una visión actual*. Pirámide, Madrid

RICO GARCÍA, M.G., 1999, *Factores determinantes del diseño organizativo de empresas internacionales*, Ponencia presentada en ACEDE, Asociación Científica de Economía y Dirección de Empresas. Sep 1999,

SÁNCHEZ, J.C., 1993, Un modelo integrador para evaluar la efectividad organizacional y su aplicación en la evaluación de la cultura, *Alta dirección*, Vol.30 (176), pp. 15-23.

SCOTT, W. RICHARD, 1981, *Organizational effectiveness*, Capítulo del libro del mismo autor *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*, Prentice-Hall, New Jersey.

SOLDEVILLA, E. (1977), *Teoría y técnica de la organización empresarial*. Hispano Europea. Barcelona

VALLE CABRERA, R., 1986, *El diseño de las organizaciones. Una aproximación contingente*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla

VECIANA VERGES, J.M, 1985, "La estructura de las organizaciones". En *Enciclopedia de Dirección y Administración de Empresas*, toma V. Orbis.

WOODWARD J., 1980, *Industrial organization. Theory and Practice*. 2º Ed. Oxford Uni. Press. New York. (1ª Ed. de 1965)

Capítulo 2

Concepto y alcance del término organización

2.1. Introducción: definición.

Intentar realizar una síntesis de las diferentes definiciones que se han dado a lo largo de los tiempos de la palabra organización sería tan amplio que podría ser el objeto central de una tesis doctoral (Hall, 1996) y además no considero que sea el fin de nuestro tema; ni que el objetivo de esta investigación, sea dar una nueva definición de organización aunque si me gustaría dar dos o tres pinceladas sobre el término para comprender que el hospital es una organización más dentro de la sociedad, sin embargo altamente compleja, como estudiaremos en la parte II de ese trabajo de investigación.

Primero, y fundamental, es evidente que vivimos en un mundo de organizaciones, como señala Aldrich (1979), "la biografía de cualquier persona puede escribirse como un conjunto de encuentros con organizaciones", las cuales nos rodean, condicionan e, incluso, nos dominan. La organización, hoy en día, se ha convertido en una manera de canalizar esfuerzos.

Segundo, es complicado dar una única definición de este término¹, pero la mayoría de los autores no dejan de caer en la tentación de hacerlo, de una manera más o menos genérica, pero intentan buscar los límites al término organización, buscan las fronteras organizacionales (Scott, 1961,1991). Es interesante, por ejemplo, recoger el conjunto de 10 formas diferentes de definir el concepto organización que recoge Robbins (1990) quién señala que sólo son "algunas" de las definiciones más frecuentemente utilizadas.

Básicamente una organización es una "entidad social coordinada de forma consciente o un conjunto de personas coordinadas, con un límite relativamente identificable, que funciona sobre unas bases y unos medios relativamente continuos para lograr un objetivo común o un conjunto de objetivos que puede ser tanto lucrativa como no lucrativa " (Robbins, 1990, Bueno Campos, 1996, Tarragó Sabaté, 1995) o "como organización entendemos a dos o más personas que de forma estructurada buscan obtener un objetivo, fin o meta común" (Triadó, 2002).

El hospital es un conjunto de personas (médicos, enfermeras, usuarios, administrativos,...) con una entidad social (un marco legal), formada conscientemente, que funciona sobre unas bases, normas, reglamentos,... conocidos por todos sus componentes y que tienen un objetivo común el restablecimiento de la salud de las personas que acuden a ellos por tanto, un hospital es una organización.

Existen una lista de ocho características o elementos, extraídas de las diferentes definiciones del término organización, que caracterizan internamente a dicho término² (Hampton, 1980; Zerilli, 1992):

- ⊗ Un grupo de personas: si lo trasladamos a un hospital hablaremos de médicos, enfermeros, psicólogos, usuarios, personal no sanitario,... (Parson, 1963)
- ⊗ Relativa permanencia o existencia interrumpida; los hospitales se trata de organizaciones que existen como organización desde la época feudal.
- ⊗ Orientación a un fin o meta comunes o limitados (Etzioni, 1964), en nuestro caso, garantizar la salud de una población.

¹ Si acudimos a March y Simon (1961) estos autores indican que "es más fácil y seguramente más útil dar ejemplos de organizaciones formales que definir este término[...]. Estamos tratando con fenómenos empíricos y el mundo tiene una manera incómoda de ser, de no dejarse encajar en una clasificaciones claramente determinadas".

² Sólo aparecen siete características porque una de ellas que es "Una característica común de la sociedad moderna" al no ser de carácter interno, no la menciono.

- ⊗ Actividades y responsabilidades diferenciadas (Schein, 1965): que exista una especialidad dentro de cada organización (no cabe duda que en los centros hospitalarios solamente con ver el color de la bata, el usuario conoce que tipo de función tiene esa persona en la organización).
- ⊗ Jerarquías de autoridad: los organigramas de cada centro hospitalario nos muestra su propia jerarquía.
- ⊗ Coordinaciones racionales deseadas (Barnard, 1973)
- ⊗ Interacción con el ambiente (Lawrence y Lorsch, 1969). De la misma manera que los hospitales son organizaciones que reponen la salud de las personas, también son centros docentes y de investigación que están totalmente relacionados con su contexto externo.

Como hemos visto al aplicar cada una de las características al hospital, rápidamente nos damos cuenta que se trata de una institución que las cumple todas y por tanto nos encontramos delante de una organización.

2.2.- Acepciones del término organización

El término organización puede llevar a equívocos ya que tiene diferentes acepciones, o es un término con una triple dimensión (Lussato, 1976; Eduardo Bueno Campos³ 1996; Claver, Llopis et al, 1996; Simon, 1980):

1. Organización puede significar el sujeto o la entidad de la que se hace referencia Conjunto de elementos ordenados para conseguir un objetivo común, en este caso entendemos a la organización como un conjunto de personas que intentan unir sus esfuerzos con el objetivo de alcanzar metas que particularmente sería casi imposible de alcanzar.
2. Proceso, técnica y función de organizar, en este caso organización se refiere a la investigación científica de la estructura básica de la empresa, la que se encarga de diseñar la estructura organizativa y de lograr que se desarrolle una actividad (acción) de forma eficiente y eficaz respecto a los objetivos pretendidos.

³ Este autor utiliza el concepto de silogismo de la organización para explicar esta dificultad. "Silogismo de la organización" es un término contenido en la Memoria de Oposición para la plaza de profesor agregado, que obtuvo, de Economía de la Empresa en la Universidad Autónoma de Madrid y que le sirvió de base principal de los contenidos de la obra publicada en 1976, *Economía de la Empresa. Análisis de las decisiones empresariales*, Pirámide, Madrid (hoy en 16ª ed., 1995), junto a I.Cruz y J.J.Durán.

3. Organización puede hacer referencia a la teoría o al conocimiento científico que estudia y explica los dos significados precedentes.

En este capítulo vamos a hacer referencia a la primera y tercera dimensión del término organización. Primero, nuestra intención es ver al hospital como una organización que sea un conjunto de personas con mismo objetivo, es decir la dimensión número uno. Posteriormente estudiaremos, brevemente, la evolución del pensamiento organizativo y estaremos dentro de la tercera dimensión. En capítulos posteriores, cuando nos introduzcamos en el diseño organizativo, hablaremos de estructura organizativa, que hará referencia a la segunda dimensión del término.

2.3.- Clasificaciones de las organización⁴

Al definir un objeto lo que estamos haciendo es distinguirlo de otras colectividades, es decir, buscar un conjunto de características comunes para buscar grupo de organizaciones y conseguir hacer tipologías de las mismas, por tanto son las características organizacionales las que sirven como base de clasificación de las organizaciones⁵.

Existe un conjunto de variables que parecen ser los criterios de agrupación de las diferentes clasificaciones. Las principales variables diferenciadoras serían el tamaño, los sectores de actividad (Parsons, 1960), la propiedad o quién se beneficia de los resultados (Blau y Scott, 1962), lucrativas versus no lucrativas (Warriner, 1980), grado de poder en el mercado o dominio del ambiente (Mintzberg, 1979), características estructurales (Pugh, Hickson y Hinings, 1969)... O combinaciones de cada una de ellas, por ejemplo Kotler las clasifica teniendo en cuenta el criterio de propiedad y el ánimo de lucro (Kotler, 1982), Hernangómez (1988) lo hace mediante la variable sector y si los objetivos son o no económicos.

2.4.- ¿Por qué estudiamos las organizaciones?

Las razones de porqué es importante el estudio de la organizaciones pueden ser diversas y desde luego con puntos de vista diferentes.

El primer punto de vista sería el más inmediato y sin necesidad de grandes postulaciones teóricas, la importancia que tienen las organizaciones en el ser humano y no sólo eso sino también porque las organizaciones han

⁴ Para fines de este análisis, utilizaremos los términos clasificación, tipología y taxonomía de manera intercambiable, aunque en un sentido estricto cada término tiene un significado distinto (Burns, 1967, p:119; McKelvey, 1982)

⁵ R.H. Hall "Organizaciones. Estructuras, procesos y resultado". Prentice Hall. 6ª edición. 1996.México.

evolucionado para convertirse "en un componente dominante de la sociedad contemporánea" (Hall, 1996). Desde que nacemos hasta que nos morimos estamos relacionados con organizaciones de todos los estilos y no sólo eso sino que además formamos parte de muchas. De la Fuente, García-Tenorio, Guerras y Hernangómez (1997) lo definen como la omnipresencia de las organizaciones en la vida de las personas. Por ejemplo, trabajamos en organizaciones, comemos gracias a organizaciones, nos trasladamos gracias a ellas, una organización nos guarda, nos presta el dinero para ir viviendo, una organización nos cura cuando tenemos problemas de salud... Se trata de unos cuantos ejemplos, que sin duda se podrían aumentar rápidamente. Es evidente que vivimos en un mundo de organización (nivel de experiencia inmediata), las cuales nos rodean, condicionan e, inclusive, nos dominan. Robins (1990) lo argumenta de la siguiente forma, él afirma que "las organizaciones constituyen la forma dominante de nuestra sociedad e impregnan todos los aspectos de la vida contemporánea".

El segundo punto de vista es mucho más teórico y racional. Morales (1997) justifica la necesidad de estudiar las organizaciones a partir de tres argumentos:

1. necesidad de tener una visión global del funcionamiento de las organizaciones y no sólo de una o varias partes de sus componentes.
2. la siguiente idea nos dice que si tenemos una mayor comprensión de los aspectos organizativos, se podrá mejorar el funcionamiento de la organización.
3. la tercera y última razón afirma que las innovaciones organizativas permiten a la organización adaptarse mejor a su entorno y así conseguir ventajas competitivas.

Además el estudio de las organizaciones tiene fundamentos de eficiencia y de motivación, ya que al conocer la organización permite explicar qué ha pasado -conociendo el por qué- y anticipar qué podrá pasar y cómo reaccionar en el futuro.

2.5.- ¿Cómo estudiamos las organizaciones?

Una vez definidas las organizaciones y razonado porqué es importante su estudio, vamos a pasar a ver los diferentes enfoques que pueden tener los estudios sobre organizaciones. Al ser entes con objetivos, procedimientos, personal, estructura,... tan heterogéneos y a la vez estar la sociedades basadas en organizaciones, a la hora de estudiar las organizaciones, lo podemos analizar desde dos vertientes completamente diferentes, tanto en su técnica como en su análisis. Podemos encontrar un enfoque más intraorganizativo, que busca soluciones en el sí de cada organización, y un enfoque más interorganizativo, que pretende mejorar la eficiencia mediante la creación de relaciones con otras entidades de su sistema económico. Es en este último dónde nos encontraremos con alianzas estratégicas y nuevas relaciones entre cliente y proveedor.

Para Bueno Campos⁶ (1996), cabe diferenciar dos perspectivas y/o dimensiones diferentes a la hora de estudiar la organización, que él denomina enfoque macroorganizativo y el microorganizativo. Cada uno de estos enfoques se pueden identificar un conjunto de "variables causales" y otras "variables resultantes". Las primeras explican las relaciones y las redes de flujos en cada uno de los niveles de estudio: el macro y el microorganizativo, es decir, desde una visión global o corporativa y desde una visión parcial o individualizada. Las segundas son las consecuencias de las variables causales.

Respecto al enfoque **macroorganizativo** se puede identificar dos tipos de variables, las causales o de contexto (o también conocidas como variables externas o contingencias) y las de diseño organizativo.

Respecto a las variables de contexto hemos de indicar que la bibliografía especializada⁷ (Lawrence y Lorsch 1967, Kast y Rosenzweig 1987, De la Fuente Sabaté, García-Tenorio Ronda et al.1997; Zerilli, 1992; López Moreno, 1995; Menguzzato y Renau, 1991) señala como factores de contingencia los siguientes: el entorno, el sector, la tecnología, el tamaño, la antigüedad, la estrategia, la conducta de los individuos ...

⁶ Este enfoque de dividir el estudio de las organizaciones en macroorganizativo y microorganizativo, es el más utilizado por los estudios que del tema se han realizado.

⁷ Se han incluido referencia de una mínima representación de autores que estudiaron este tema, no debemos olvidar a Chandler (1962), Child (1975 y 1989), Thompson (1967),...

En cuanto a las variables de diseño, hay que mencionar dos tipos: primero las que definen las formas estructurales que puede adoptar la organización (lineal, funcional, matricial,...); y segundo las que afectan a los sistemas de flujos que se producen en toda estructura organizativas y según los "aspectos" considerados, variables que definen los procesos o los conjuntos de actividades estructuradas con sus fases y procedimientos que llevan a cabo las operaciones de la organización y que tienen un comienzo y un final, unas entradas y salidas claramente identificadas para obtener unos resultados específicos.

Según este enfoque las variables resultantes, sirven para medir el grado de eficiencia lograda por la organización, teniendo en cuenta tres aspectos: la eficiencia productiva, la satisfacción y el desarrollo organizativo.

Respecto al enfoque **microorganizativo** también vamos a identificar dos tipos de variables causales: las personales (como podrían ser la actitud, la aptitud, la habilidad, la expectativa y los valores) y las de naturaleza organizativa, como por ejemplo la cultura organizativa, el clima laboral, el estilo de dirección, el diseño de puestos y tareas y los sistemas de retribución y recompensa.

Sus variables resultantes, sirven para evaluar el comportamiento logrado por las personas, medido a través de tres tipos de indicadores: nivel de satisfacción del personal, nivel de rendimiento y capacidad desarrollada por los mismos y el grado de vinculación con la organización y de compromiso con sus funciones.

Este enfoque, que podría pensarse que es único y personal, debemos decir que es el más utilizado y que las restantes formas de estudio de las organizaciones, siempre se pueden resumir en el anterior. Por ejemplo los autores De la Fuente, García-Tenorio, Guerras y Hernangómez (1997) distinguen, en una primera aproximación, diferentes niveles de análisis que pueden adoptarse en el estudio de las organizaciones. Dichos niveles de análisis harían referencia a los problemas específicos que constituyen el centro de atención de los investigadores. Distinguen cuatro niveles básicos: estudio de los individuos, estudio del funcionamiento como grupo, funcionamiento de la organización y el estudio de las relaciones entre organizaciones.

Este análisis de las organizaciones, que podría parecer a primera vista diferente del anterior, pero rápidamente nos podemos dar cuenta de que es el anterior pero camuflado. De este modo tendríamos que:

36

- ◆ A y B son estudio equiparables a los microorganizativos. De éste área se ocupa preferentemente el Comportamiento Organizativo. Sus variables son: productividad del empleado, el absentismo o la satisfacción en el trabajo.
- ◆ C y D que son más macroorganizativos, es trabajada por la Teoría de la organización y Diseño Organizativo. Sus variables dependientes fundamentales son la eficacia y eficiencia.

El enfoque que se va a utilizar en la realización de esta investigación, se centra en el punto de vista más macrororganizativo, pues el objetivo es estudiar la estructura organizativa de los hospitales, viendo las que existen hasta ahora, cuál ha sido su evolución y el futuro que se prevé para ellos. Dentro del estudio macroorganizativo, nos centraremos en las variables de diseño tanto las que definen las formas estructurales como las que afectan a los diferentes procesos y operaciones de la organización. Para obtener las variables resultantes tendremos en cuenta aspectos como el desarrollo organizativo, la eficiencia, la eficacia, los resultados en la producción, niveles de calidad, costes, satisfacción,...

BIBLIOGRAFÍA

ALDRICH, H.E. 1979, *Organizations and Environments*, Ed. Prentice-Hall. Englewood Cliffs.

BARNARD, CH., 1937, *Functions of the executive*. Harvard University Press. Cambridge Mass.

BLAU, P. M. Y SCOTT, W.R., 1962, *Formal organizations*, Chandler, San Francisco.

BUENO CAMPOS, E. 1996, *Organización de empresas. Estructura procesos y modelos*, Ed. Pirámide.

CLAVER, E.; LLOPIS, J.; LLORET, M. Y MOLINA, H.; 1996, *Manual de Administración de Empresas*, Ed. Civitas, Madrid.

DE LA FUENTE SABATÉ, J.M.; GARCÍA-TENORIO RONDA, J.; GUERRAS MARTÍN, L.A.; HERNANGÓMEZ BARAHONA, J.; 1997, *Diseño organizativo de la empresa*, Editorial Civitas. Madrid.

ETZIONI, A.; 1964, *Organizaciones modernas*, Ed. Uteha, México.

GISPERT, C.; 1999; Las actividades de influencia y la estructura organizativa de la empresa, *Alta Dirección*, pp.49-58

HALL, R.H.; 1996, *Organizaciones. Estructuras, procesos y resultado*. Prentice Hall. 6ª edición. México

HAMPTON, D.R.; 1989, *Administración*, Ed. McGraw Hill, USA.

HERARI, O.; 1997; ¿Por qué murió la reingeniería?, *Harvard Deusto Business Review*, pp. 6-30

HERNANGÓMEZ BARAHONA, J.; 1988, La empresa como organización: un intento de delimitación de su concepto, *Anales de Estudios Económicos y Empresariales*, pp. 225-237.

KAST, K.E.; ROSENZWEIG, J.E., 1987, *Administración en las organizaciones. Un enfoque de sistemas y de contingencias*, Ed. McGraw-Hill, México.

KOTLER, P., 1982, *Marketing for nonprofit organizations*, Prentice-Hall, 2ª edición, Englewood Cliffs.

LAWRENCE, P. L.; LORSCH, J.W.; 1969, *Developing organizations: diagnosis and action*, Ed. Addison-Wesley Publishing Co.

LÓPEZ MORENO, M.J.; 1995, *Organización y dirección de Empresas*, COPYCOM, Madrid.

LUSSATO, B.; 1976, *Introducción crítica a los sistemas de organización*, Tecnibán, Madrid.

MARCH, J.G.; Y SIMON, H. A.; 1961, *Teoría de la organización*, Ariel, Barcelona.

MENGUZZATO, M.; RENAU, J.J.; 1991, *La Dirección estratégica de la empresa*, Ariel Economía, Barcelona.

MEYER, A.D.; TSUI, A.S.; HININGS, C.R.; 1993; Configurational approaches to organizational analysis, *Academy of Management Journal*, pp.1175-1195.

MINTZBERG, H.; 1979, *The structuring of organizations*, Ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs,

MORALES GUTIÉRREZ, A.C.;1997, *Análisis de las organizaciones. Fundamentos, diseño y aplicaciones*, ETEA, Córdoba, pp.25

PARSONS, TALCOTT, 1963, *Structure and Process in modern society*, Free Press, Nueva York, pp.16

PUGH, D. S.; HICKSON, D. J.; HININGS, C.R.; 1969, An Empirical Taxonomy of work organizations, *Administrative Science Quarterly*, nº 14, pp.115-126.

ROBBINS, S.P.; 1990, *Organizations theory: Structure, design and applications*, Ed. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, pp. 5-8

SALAS FUMAT, V.; 1993; La empresa en el análisis económico, *Papeles de Economía Española*, nº57, pp.126-148

SCOTT W.G., 1961, Organization Theory: an overview and an appraisal. *Journal of Academy of Management*, v.4, nº1, abril, pp. 7-26.

SCHEIN E., 1965, *Organizational psychology*, Prentice-Hall, Englewood (Nueva Jersey).

SIMON, H.A., 1980, *El comportamiento administrativo. Estudio de los procesos decisivos en la organización administrativa*. Aguilar, Madrid.

TARRAGÓ SABATÉ, F.; 1995, *Fundamentos de Economía de la Empresa*, Barcelona

WARRINER, C. K.; 1980, *Organizational Types: Notes on the "Organizational Species" Concept*, Department of Sociology. University of Kansas, Kansas.

ZERILLI, A.; 1992, *Fundamentos de organización y dirección general*, Ediciones Deusto, S.A., Bilbao.

Capítulo

3

Diseño y estructura organizativa

3.1.- Introducción

Se ha escrito mucho sobre el entorno cambiante al que hacen frente las organizaciones de hoy. En general, los autores coinciden en destacar que el desarrollo de nuevas tecnologías, la creciente globalización de los mercados, la aparición de nuevas formas de organización y de nuevos patrones de competencia intensa e impredecible han creado niveles de cambio e incertidumbre ambientales sin precedentes, para todo tipo de organizaciones (Sanchez, 1997). Estos rápidos cambios en el entorno han originado que la literatura en el campo de la organización de empresas llegue a tratar la flexibilidad de las organizaciones casi como un valor en sí mismo. Sin embargo, si bien es cierto que la flexibilidad es una capacidad necesaria para la supervivencia de las organizaciones, no hay que olvidar, como señala el profesor Porret (1998), que la flexibilidad "tan sólo es una herramienta para conseguir un objetivo, la satisfacción de los clientes y ser

más competitivo en el mercado o, cuanto menos, poder adaptarse a las exigencias de éste".

Hoy en día en del mundo de la gestión hospitalaria, esta flexibilidad también es deseada dentro de la organización (Padula, 1996; Rivera Latas Osende, 1998; de Pablos de Vaca, 1998) y por tanto se trata de intentar establecer una estructura que favorezca esta flexibilidad, analizando sus puntos fuertes y sus puntos débiles. Para empezar debemos estudiar el Diseño Organizativo porque es el proceso que nos define el tipo de estructura organizativa que existirá en nuestra institución. El objetivo final de esta definición es aumentar la eficacia o eficiencia de la organización, por tanto deberemos analizar las diferentes estructuras, teniendo en cuenta que no existe una única estructura que optimice estos aspectos sino que se deberán buscar perfiles de instituciones a las que se les pueda aplicar una misma estructura que los maximice. El problema que surge a continuación es, primero como medir la eficacia y eficiencia, y posteriormente como saber qué estructura maximiza estos factores.

41

3.2.- Diseño organizativo

3.2.1.- Conceptualización del Diseño organizativo

No cabe decir qué de definiciones de diseño organizativo a lo largo de la Economía Moderna podemos encontrar tantas como autores hayan hablado sobre el tema. Se trata de un concepto que ha sido ampliamente utilizado y enfocado de diversas maneras. A continuación presentamos una serie de definiciones, que no pretenden ser ni un resumen de todas las existentes, ni un resumen de las más famosas, ni las más novedosas sino simplemente intenta ser una muestra del amplio abanico con el que nos podemos encontrar para intentar acabar con mi aportación personal de diseño organizativo.

De acuerdo con Robbins (1990) el Diseño organizativo "se refiere a la construcción y el cambio de una estructura organizativa para conseguir los objetivos organizativos". Para Stoner, Freeman y Gilbert (1995) diseño organizativo es *"the decision-making process by which managers choose an organizational structure appropriate to the strategy for the organization and the environment in which members of the organization carry out that*

strategy"...es la determinación de la estructura orgánica que es más apropiada para la estrategia, el personal, la tecnología, y las tareas de la organización.

De estas dos definiciones, asumo la idea de que el Diseño organizativo es un proceso que tiene intención de estructurar la forma de coordinación, es decir pretende crear la estructura organizativa, y que para llevarlo a cabo existen una serie de aspectos (que posteriormente explicaré) que se han de estudiar o de tener en cuenta antes de diseñar cualquier tipo de estructura.

El diseño estructural no es necesariamente un problema de índole técnica, sino que depende de los procesos decisorios y políticos que invariablemente lo acompañan; procesos que se llevan a cabo en una estructura preexistente que influye en la distribución de información y poder dentro de la organización. La estructura establece el soporte del sistema de comunicaciones formal de la entidad, por lo que influye en la selección de los problemas a considerar, en las decisiones a tomar y en los individuos que participarán en ellas, junto con las relaciones que mantendrán entre sí y la información de que dispondrán (Zerilli, 1992; Kast, y Rosenzweig, 1987; de la Fuente Sabaté, García-Tenorio Ronda, Guerras Martín, Hernangómez Barahona, 1997)

En estos términos, la estructura no sería tan sólo el resultado de la asignación de tareas dentro de la organización, sino que la autoridad, el control sobre los recursos y la toma de decisiones también serán repartidos y adjudicados a determinados puestos y roles (Pfeffer, 1981). El diseño organizativo merced a la disposición jerárquica, proporciona una base primordial del poder, por lo menos de posición; permite, por otra parte, a determinados individuos situarse en puntos de absorción de incertidumbre o administrar "contingencias estratégicas".

La estructura organizativa influye en la distribución interna de poder y en la composición de la coalición dominante; ésta por su parte, será previsiblemente reacia a toda modificación que atente contra su posición preeminente, que tratará, a su vez, de consolidar o incrementar (Fernández, 1987).

Diseño Organizativo para los autores De la Fuente, García-Tenorio, Guerras y Hernangómez (1997) se define de la siguiente manera: "proceso por el cual los directivos construyen, evalúan y modifican la organización formal con el propósito de facilitar la realización de las tareas o actividades necesarias para la consecución de los objetivos establecidos de una manera eficaz y eficiente". De la definición anterior vamos a recoger las cinco ideas básicas contenidas en el concepto de Diseño organizativo:

43

- ◆ El Diseño organizativo es un proceso directivo, por tanto podemos afirmar que el diseño organizativo es la parte directiva o normativa de la Teoría de la Organización (Robbins, 1990). Esta primera idea básica supone aceptar que la dirección de una organización tiene libertad de actuación y capacidad para adoptar decisiones sobre determinados aspectos que alteren el funcionamiento de la organización (Mintzberg, 1984; De la Fuente, 1990).
- ◆ El contenido del Diseño Organizativo es actuar sobre la organización formal: ¿Por qué sobre la estructura formal? Porque es en ella sobre la que los directivos tienen mecanismos o variables para poder modificarla y por tanto influir sobre el funcionamiento de la organización. Estos mecanismo se denominan variables o parámetros de diseño (Mintzberg, 1984). En este sentido, se podría discutir tanto sobre el número y alcance de las variables, pudiendo distinguir entre una visión estrecha (diseño de la estructura organizativa formal) o amplia (diseño de la estructura en su conjunto). Ahora tengo que decantarme por una o por otra. Personalmente y así está en el estudio he seguido una visión estrecha, es decir estudiar las variables que afectan a la estructura formal, como por ejemplo: división del trabajo, coordinación, sistemas de planificación y control, sistema de incentivos, procesos de decisiones... pero siempre manteniendo un equilibrio entre la organización formal y el resto de los elementos básicos de la organización.
- ◆ El Diseño Organizativo se desarrolla en un contexto determinado. Esta idea nos aporta el matiz, de que las decisiones sobre el diseño organizativo no son totalmente autónomas ya que están

condicionadas por el contexto (existen factores de contexto externos, como el entorno, y internos, como la tecnología, el tamaño de la organización o las características de los miembros de la misma) existente y guiadas necesariamente por los objetivos y estrategia de la organización.

- ◆ El propósito del Diseño Organizativo es la eficacia¹ y eficiencia² organizativa. El criterio para determinar si un diseño organizativo es correcto o no, es por su contribución a la consecución de los objetivos de la organización tanto en términos de eficacia (conseguir los objetivos) como de eficiencia (conseguirlos con la menor utilización posible de recursos).
- ◆ El Diseño Organizativo es un proceso dinámico tanto porque no acaba con la creación de una estructura (ya que a lo largo del tiempo la estructura formal necesita una evaluación y una modificación), como al ser la estructura formal una plataforma para conseguir los objetivos y estos ir variando, también tendrá que variar (Galbraith, 1977), y por último al estar inmersos en un mundo dinámico, las modificaciones en el entorno o en la estrategia obligan a modificar las soluciones organizativas adoptadas en el pasado (Narayanan y Nath, 1993; Ricart y Rosanas, 1996).

De éstos últimos autores me gustaría destacar la idea de que al establecer una estructura organizativa, se están colocando las bases o condicionando una serie de aspectos organizativos: como son el control sobre los recursos, la asignación de roles y las relaciones entre el personal, el sistema de

¹ Existe un problema acerca de la definición de la eficacia y por tanto de su medición. Sin embargo, se ha podido establecer aproximaciones intuitivas al concepto mediante la presentación de un hecho cuya aceptación es universal: una organización se crea con la finalidad de conseguir determinados objetivos. Por tanto, eficacia será si la organización consigue los objetivos que se propone. De esta forma podemos decir que eficacia y éxito organizativo vienen a ser la misma cosa y "eficacia es el grado con el que la organización alcanza sus objetivos" (Etzioni, 1965).

² La eficiencia pretende medir el comportamiento interno de la empresa en términos de recursos consumidos y procesos utilizados para lograr los objetivos preestablecidos. La eficiencia dicta la elección de la alternativa que produce un mayor resultado para una aplicación de recursos dada. Por tanto, la eficiencia permite hacer una valoración económica de los resultados al introducir la relación entre fines y medios (Mintzberg, 1991).

comunicación, estamos poniendo las bases del poder dentro de la organización...

Con todos los precedentes doctrinales podemos llegar a definir nuestro propio concepto de diseño organizativo. Por este concepto entendemos "un proceso dinámico que, mediante el estudio de unas variables iniciales tanto externas como internas, intenta establecer una estructura, que siguiendo unos criterios de eficiencia y eficacia, busca la delimitación de una serie de aspectos organizativos como son la división del trabajo, el control sobre los recursos, la asignación de roles y relaciones entre el personal, el sistema de comunicación y la base, el flujo y la conservación del poder".

45

Vamos a detenernos en cada una de las ideas de la anterior definición:

- 1.- se trata de un *proceso dinámico*: esto significa que el Diseño organizativo no es únicamente una acción sino que se trata de una serie de acciones concatenadas unas tras otras y que además siempre se han de ir adaptando o ajustando (*fit*) a la variabilidad de los aspectos que la delimiten.
- 2.- existen una serie de aspectos que se deben de analizar antes de establecer la estructura porque dependerá de ellos que se elija una u otra. Estos elementos, que Mintzberg llamaba "variables de diseño", podemos distinguir de dos grupos diferentes: *internos* y *externos*.
 - a.- Como variables externas que afectan a la hora de establecer la estructura organizativa, nos encontramos delante del entorno. Hoy en día sabemos que la Economía en general, se encuentra delante del un entorno globalizador y turbulento, y teniendo en cuenta este aspecto para los hospitales debemos estudiar su entorno específico, el que realmente les afecta a este sector, como por ejemplo la presión de los consumidores, la de los sindicatos médicos, la legislación actual,... Como constructos para evaluar el entorno, podemos estudiar el dinamismo del entorno,

la complejidad, la hostilidad y el grado de dependencia de otras organizaciones³.

b.- Como variables internas nos encontramos con la estrategia, las características del personal, la tecnología, tamaño, la edad de la organización y el tipo de actividad realizada⁴.

- Como estrategia voy a entender el sentido amplio, es decir los objetivos que tiene la organización, no serán los mismos objetivos que tenga un hospital que sea de referencia, o un hospital universitario, o un hospital privado,...
- El carácter del personal va ligado a la tecnología que tengan, dependerá del tipo de personal que puedan delegar más, descentralizar ciertas decisiones,...
- El tamaño y la edad de la organización también se consideran como aspectos que influyen en la decisión de la estructura orgánica del hospital.
- La tecnología del hospital también afectará a la hora de establecer la estrategia porque si es un hospital con poca tecnología, ciertas pruebas de ciertas enfermedades tendrán que hacerlas en otros sitios y su relaciones cambiarán; además no su personal no será muy puntero, y a respecto a sus tratamientos pueden que no sean los más actualizados.
- Y por último la actividad que se desarrolle: depende si se trata de un hospital más especializado en alguna enfermedad o es de referencia (que también sería forma de analizarlo por el tamaño del mismo).

3.- La estructura final que será aquella que mejor contribuya a conseguir los objetivos que nos hayamos propuesto, será la optimalidad o no, dependiendo de los criterios de eficiencia y eficacia (ya veremos después dónde y cómo se pueden medir estos conceptos tan abstractos).

³R. Escudero Vallés, F. Pérís Bonet, et al. "Entorno, estructura y eficacia organizativa. Análisis mediante un sistema de ecuaciones estructurales". Ponencia presentada en ACEDE. 1999

⁴ Íbidem.

4.- Una vez decidida la estructura, ya hemos decidido muchos aspectos que forman parte de ella. Podríamos llamarlo las consecuencias de la elección de una forma determinada de estructura organizativa. Estas consecuencias, son fijas, es decir que habiendo elegido la estructura tenemos determinada en la organización: la base del poder, la división del trabajo, el control sobre los recursos, la asignación de roles y relaciones entre el personal,...

Una vez centradas las ideas básicas del concepto Diseño Organizativo, tenemos que plantearnos sobre su utilidad y sus limitaciones. Si intentamos buscar la utilidad de este concepto, podemos señalar que el Diseño Organizativo constituye un mecanismo de influencia que permite a la dirección de una organización cambiar los modelos de comportamiento de ésta (Nadler y Tushman, 1988), es decir que la dirección no puede cambiar directamente algunos de los elementos de la organización (como por ejemplo comportamiento de los individuos, la cultura organizativa o el espíritu de trabajo) pero sí puede actuar indirectamente en dichos elementos a través de decisiones de diseño, son lo que Mintzberg denomina (Mintzberg, 1984:95) las variables de diseño (este autor las define como "botones a disposición de la dirección que al pulsarlos modifican el funcionamiento de la organización").

Otro aspecto que proporciona utilidad a éste concepto, sería el que introduce la racionalidad en la organización, de este modo se considera que una organización diseñada tiende a ser más eficiente que una que se rija solamente por las fuerzas de sus componentes informales (Galbraith, 1977). Esta mayor eficiencia de las organizaciones diseñadas tiene su origen en las siguientes razones (Hodge y Anthony, 1988):

- las líneas de autoridad y responsabilidad quedan claramente identificadas y por tanto las personas conocen ante quién y por qué son ellos responsables y conocen claramente quién es responsable ante ellos y por qué.
- la organización diferencia sus actividades, existe división del trabajo, de tal forma que cada trabajador se especializa en su trabajo y por tanto las tareas se ejecutan con mayor eficacia y eficiencia.

- la organización es capaz de coordinar o integrar los diferentes tipos de actividad para conseguir los objetivos.
- el proceso de comunicación es construido eficientemente, de modo que la información que es necesitada por los decisores es proporcionada con precisión, eficiencia y rapidez.
- la estructura permite una adecuada descentralización y complejidad para que la organización pueda responder a las contingencias del entorno
- las estructuras eficaces ayudan a reducir o eliminar los desfases y solapamientos organizativos.

Otra razón que nos muestra la utilidad de este concepto es que un adecuado Diseño Organizativo puede ser uno de los factores clave del éxito de la organización a largo plazo al proporcionar a ésta una ventaja competitiva que puede ser difícil de imitar por parte de los competidores (Narayanan y Nath, 1993; Jones, 1995). El conocido esquema de la 7's de McKinsey⁵ así lo refleja al identificar como factores del éxito de las empresas su estrategia, la estructura organizativa, los sistemas de dirección, los estilos de dirección, el personal, las capacidades organizativas y la cultura (Waterman, Peters y Phillips, 1980; Waterman, 1982). Igualmente la moderna Teoría de Recursos y Capacidades destaca la importancia de las capacidades organizativas en la consecución de ventajas competitivas para la empresa a través de la generación y perfeccionamiento de rutinas organizativas (Grant, 1996; Navas y Guerras 1996; Ventura, 1994).

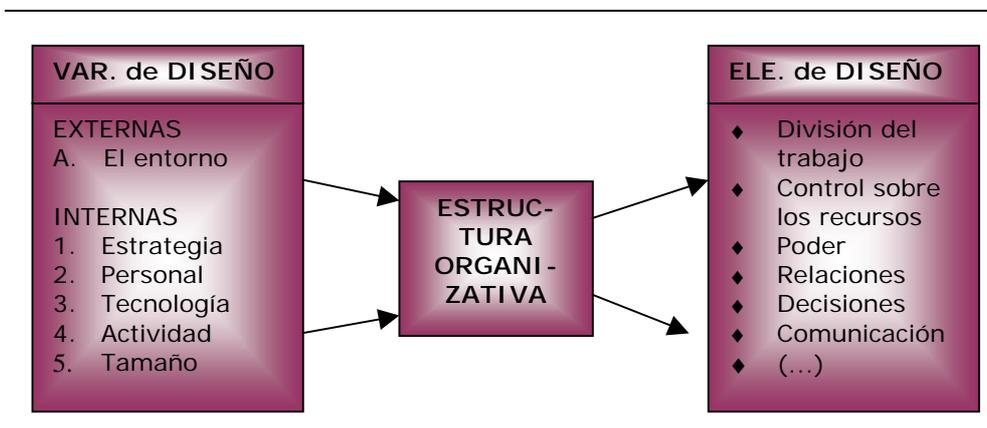
Pero no sólo existen ventajas en el Diseño Organizativo, también aparecen algunas limitaciones al utilizarlo como herramienta directiva. Como hemos señalado anteriormente el Diseño introduce la racionalidad en la organización, es decir, se asume un planteamiento básicamente racional de la misma, y esto nos puede llevar al extremo de olvidar el lado informal de la organización, lo que pondría en peligro la utilidad del esfuerzo de diseño (De la Fuente, García- Tenorio, Guerras, Hernangómez, 1997), ya que si existe una disonancia o falta de ajuste entre el aspecto formal y el informal de una organización, es posible que un cambio en el Diseño Organizativo no

sea efectivo como herramienta directiva. Por este motivo, el Diseño Organizativo puede ser útil en una organización y muy poco relevante en otra (Nadler y Tushman, 1988) y también hemos de tener en cuenta que el éxito de una nuevo Diseño Organizativo no sólo depende de sí mismo sino de la capacidad para implantarlo acertadamente en una organización (Narayanan y Nath, 1993).

49

Si entendemos Diseño Organizativo tal y como lo estamos definiendo (ver Figura 3.1) se abren dos vías de estudio, dos áreas de análisis o dos caminos hacia dónde proseguir con nuestro objetivo de establecer una diseño organizativo para los hospitales catalanes.

Figura 3.1. Representación del diseño Organizativo



Fuente: Elaboración propia.

La primera vía de estudio se centraría en estudiar el primer cuadrado de la figura, es decir, estudiar las variables de diseño para observar qué estructura es la más óptima dependiendo de la definición de estas variables. La segunda vía se trata de estudiar las diferentes estructuras organizativas que conocemos para ver cuál se adapta mejor a al análisis anterior de las variables. Esta segunda vía, se puede afrontar desde dos enfoques diferentes: el primer enfoque sería hacer una lista de todas las estructuras conocidas e ir estudiando todos sus elementos en cada una de ellas. el segundo enfoque que tenemos sería ir elemento por elemento, definiéndolo y viendo sus diferentes comportamientos.

⁵ Enfoque brevemente explicado en el capítulo 1 de la presente investigación.

3.2.2.- Etapas en el proceso de diseño organizativo

Como ya hemos señalado con anterioridad el diseño organizativo se ocupa de la creación, modificación y mantenimiento de la estructura organizativa formal. Para realizar dicho trabajo y, siguiendo el esquema de Nadler y Tushman (1988:31-34), presentamos un proceso genérico de análisis de problemas organizativos que se resumen en⁶:

Figura 3.2: Etapas en el análisis de problemas organizativos

<i>Etapa</i>	<i>Contenido</i>
Identificar síntomas	Buscar una lista de datos que indiquen la posible existencia de problemas.
Especificar el contexto	Esta etapa constaría de tres aspectos fundamentales: primero identificar el problema, segundo determinar la naturaleza del entorno, los recursos y la historia y por último, identificar los aspectos clave de la estrategia.
Identificar el objeto	Identificar la información que define la naturaleza del resultado a varios niveles (individual, de grupo/unidad, de organización). Se debería incluir el resultado deseado de la estrategia y el que realmente se está consiguiendo.
Identificar los problemas	Identificar las áreas en las que existen diferencias significativas entre el resultado deseado y el real. En la medida de lo posible, identificar los costes específicos (reales y de oportunidad) asociados con cada problema.
Describir los componentes de la organización	Describir la naturaleza básica de cada uno de los cuatro componentes poniendo énfasis en sus aspectos claves.
Definir la congruencia, es decir el ajuste o "fit"	Analizar la congruencia relativa entre los componentes (Recurriendo a modelos más específicos en la medida en que se necesiten).
Generar hipótesis	Analizar el ajuste asociado con los problemas específicos.
Identificar las acciones	Indicar que posibles acciones deberían abordar las causas de los problemas.
Introducción de los cambios organizativos	implantar las decisiones de diseño adoptadas (cambio organizativo), predecir sus consecuencias evaluando su impacto en los distintos elementos de la organización.

⁶ Aspectos organizativos que posteriormente se tendrán en cuenta en los próximos capítulos de diseño organizativo de los hospitales.

necesarios

Fuente: De la Fuente et al. 1997 (adaptado de Nadler y Tushman, 1988)

3.2.3.- Enfoques en la decisiones de diseño organizativo

Respecto a las decisiones de Diseño Organizativo nos podemos encontrar con dos tipos fundamentales de decisiones. Las primeras son aquellas que podemos llamar incrementales, ya que introducen pequeños cambios en el día a día de las organizaciones, un cambio de una norma de funcionamiento, cuando se crea un grupo de trabajo, etc . En otras ocasiones, estas decisiones se enfrentan a un cambio más drástico, motivado por una falta de congruencia o ajuste general (entorno, estrategia, tecnología,...).

Estos grandes cambios pueden ser abordados a partir de dos enfoques diferentes: el estratégico y el operativo.

El estratégico empieza a construir la estructura básica por la cúspide, y desde aquí, a partir de procesos de diferenciación de actividades (o división de trabajo) se van creando unidades organizativas. Es, un proceso de diseño que va "de arriba a abajo". Este tipo de enfoque centra su atención en los niveles superiores de la organización y su preocupación principal gira en torno a la creación de las unidades organizativas básicas y las relaciones fundamentales de autoridad. El entorno y la estrategia son los condicionantes más importantes en el proceso de diseño.

Un problema que puede derivarse de la adopción de este enfoque consiste en la falta de preocupación por los problemas de diseño más vinculados con los niveles inferiores de la organización. Y por otro lado los cambios organizativos que afectan a la cúspide pueden hacerse de manera superficial pero afectan de manera limitada al funcionamiento real de la organización.

El otro enfoque posible a la hora de abordar el proceso de diseño organizativo es empezar por el trabajo de base o las actividades concretas que deben realizarse e ir agregando posteriormente las mismas, formándose unidades organizativas mediante decisiones de agrupación ascendiendo de esta manera por la escala jerárquica. Este enfoque es el denominado operativa o de "abajo a arriba". Esta forma de diseño está especialmente condicionada por aspectos operativos concretos tales como la tecnología utilizada.

El problema de este enfoque está en lograr dar coherencia al conjunto del diseño, ya que se pueden producir fácilmente desajustes cuando se llega a los niveles superiores de la organización. Otro aspecto a considerar es que este planteamiento puede tener una inclinación demasiado técnica, ya que no está orientado por la estrategia, de modo que se hagan muy eficazmente las tareas pero sean inadecuadas. (Nadler y Tushman, 1988).

Esta investigación sigue los dos enfoques, ya que ambos parecen ser complementarios y simultáneos, siendo necesario un ajuste entre los aspectos estratégicos y los operativos del diseño organizativo y dándole un enfoque global.

3.3.- Estructura organizativa

3.3.1.- Concepto

Después de estudiar el Diseño Organizativo como la disciplina que se ocupa de la creación y cambio de la estructura de una organización, la lógica nos lleva a buscar una definición de estructura organizativa. Se trata de un concepto muy utilizado por la bibliografía sobre el tema y que vamos a tener que revisar.

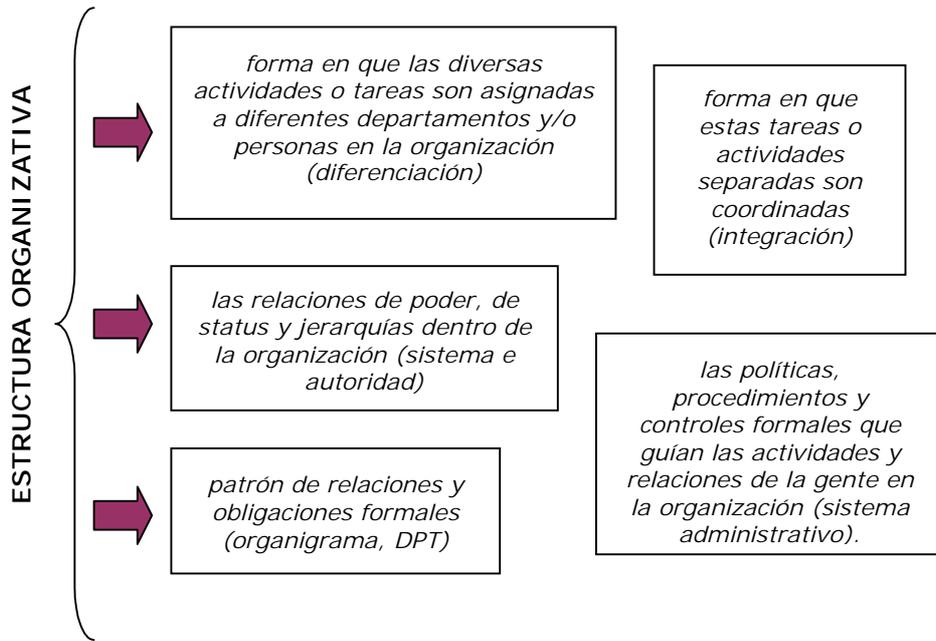
Uno de los primeros autores en los que podemos encontrar la definición de estructura organizativa es con A. Zerilli. Este autor define este concepto como un : "Esquema formal de relaciones, comunicaciones, procesos de decisión, procedimientos y sistemas dentro de un conjunto de personas, unidades, factores materiales y funciones con vistas a la consecución de los objetivos". (Zerilli, 1992).

Para Stoner J.A.F. Freeman R.E. y Gilbert Jr.D.R. (1995) estructura organizativa es la manera o la forma por la cual las actividades de la organización están divididas, organizadas y coordinadas.

Por otro lado, una de las definiciones más conocidas de estructura organizativa se debe a Kast y Rosenzweig (1987) para ellos se define de la siguiente forma: "el patrón de relaciones y obligaciones formales (organigrama, descripción de puestos de trabajo); la forma en que las diversas actividades o tareas son asignadas a diferentes departamentos y/o personas de la organización, la forma en que estas actividades separadas son coordinadas, las relaciones de poder, de status y jerarquía dentro de la

organización, y las políticas, procedimientos y controles formales, que guían las actividades y relaciones de las personas en la organización" (ver figura 3.3).

Figura 3.3. Esquema de la estructura organizativa



Fuente: Elaboración propia a partir de la definición de Kast y Rosenzweig, 1987.

La estructura de la organización es la plasmación formal del colectivo, así como de las responsabilidades de cada elemento del mismo. Como norma general se debe diseñar una estructura organizativa coherente con la misión de la institución. En los hospitales se tiende a organizar su estructura en función de la titulación de los empleados. En consecuencia, al tener los médicos, enfermeras y personal de soporte su propia jerarquía independiente, se crean conflictos de interés entre las diferentes personas que al final se tienen que resolver al más alto nivel del centro, y a la vez se pierde el sentimiento de equipo que trabaja hacia el mismo objetivo común (Valor y Ribera, 1990).

Ruiz Sabater (1998) considera que la estructura organizativa es la forma en que en una organización se produce la división del trabajo y la especialización, con la consiguiente y necesaria coordinación, la cual se obtiene tanto con el establecimiento de normas, políticas, procedimientos y

controles formales como con el sistema de distribución de la autoridad a través de la jerarquía, todo ello bajo la óptica de los objetivos que se pretende alcanzar.

Las anteriores definiciones recogen de una manera amplia el concepto de estructura organizativa. Sin embargo, es oportuno introducir una distinción que suele ser frecuente cuando se habla de estructura organizativa: el doble carácter formal e informal⁷ de la misma. La **estructura organizacional formal**: supone "la estructura planeada y representa un intento deliberado por establecer relaciones esquematizadas entre los componentes encargadas de cumplir los objetivos eficientemente. La estructura formal es tradicionalmente el resultado de tomas de decisiones explícitas y tiene una naturaleza prescriptiva, una "guía" de la manera en que las actividades deben estar relacionadas" (Kast, K.E. y Rosenzweig, J.E., 1987). Para De la Fuente (1990) se puede definir "como el conjunto de técnicas que se aplican conforme a la voluntad explícita o implícita de la dirección, para facilitar la división de las tareas y su posterior coordinación, con vistas al logro eficiente de objetivos predeterminados y vinculando de manera relativamente estable los comportamientos de los individuos y grupos pertenecientes a la organización". A partir de las anteriores definiciones, se puede obtener diferentes ideas entorno al concepto de estructura organizativa formal (López Moreno, 1995):

- supone un patrón de relaciones -de autoridad, de comunicación y de trabajo- entre los miembros de la organización.
- se define de forma deliberada por parte de la dirección mediante decisiones, normas, reglas, procedimientos, etc.
- su forma de definición busca la consecución de los objetivos empresariales de una forma eficiente mediante la división del trabajo y su posterior coordinación.

⁷ Ch. Barnard, 1938, en su libro "las funciones del ejecutivo" se establece por primera vez la organización informal.

- cumple el papel de ser un vínculo estable entre los diferentes elementos de la organización y, de forma especial, entre los elementos humanos de la misma.

Como hemos comentado anteriormente, cuando hablamos de estructura organizativa hemos de tener presente que no solamente nos encontramos delante de una estructura formal sino que en toda organización existen relaciones entre las personas que no han sido previamente y conscientemente definidas y que responden básicamente a las necesidades de relación entre los individuos que entran en contacto en su trabajo (J.M. de la Fuente Sabaté, J. García-Tenorio Ronda et al., 1997). Esto es lo que se suele llamar estructura informal de la organización. Como después veremos, el Diseño Organizativo actúa de manera preferente sobre la estructura formal ya que es esta parte de la estructura la que se define de antemano de manera consciente y es en este ámbito donde los directivos de las organizaciones tienen capacidad para adoptar decisiones. De esta forma, los directivos pueden crear departamentos, modificar la línea de autoridad, definir procedimientos específicos para la solución de problemas, etc. Por el contrario, su capacidad de actuación sobre la organización informal es mucho más limitada aunque ello no quiere decir que haya de prescindir de las relaciones informales y de su influencia sobre la organización formal.

Ambos tipos de estructura organizativa forman parte de una misma realidad indivisible y complementaria. Por tanto la estructura real de la organización resulta de la combinación de los aspectos formales e informales, siendo imposible en la práctica la separación de los mismos, salvo con propósitos analíticos. Y son estos propósitos analíticos los que vamos a utilizar en el trabajo de investigación, ya que se va a basar en la estructura formal de los hospitales ya que es en aquel aspecto donde los directivos tienen "una mayor capacidad de cambio".

Adam Smith en su libro "*Wealth of Nations*" (1776) nos propone una división o especialización del trabajo, unido a una coordinación de estos trabajos, fue la primera publicación en la que se habló de este tema. Posteriormente se han realizado diversas aportaciones a la división de las tareas en una organización siendo uno de los más aceptados el esquema propuesto por Mintzberg (1984), quién identifica cinco elementos básicos en cada

organización: núcleo de operaciones, ápice estratégico, línea media, tecnoestructura y el staff de apoyo.

3.3.2. Eficacia organizativa⁸

Antes de entrar a hablar sobre la eficacia organizativa, me gustaría aclarar que quizás resulta chocante, utilizar el término eficacia y no eficiencia, pero únicamente es por una cuestión puramente objetiva. La eficiencia es un término que se puede intentar objetivar porque o bien consigue los objetivos o no los consigue. Pero al utilizar el término eficiencia, hemos de objetivar si además de conseguir los objetivos lo está haciendo con el mínimo de recursos posibles.

A la hora de intentar buscar la máxima eficiencia organizativa lo que estamos queriendo demostrar es que determinadas estructuras son mejores que otras para ciertos casos particulares (Cameron y Whetten, 1991 : 2). En la práctica no existe una seguridad sobre qué conceptos deben ser incluidos en el constructo de eficacia organizativa y cuál es la relación entre ellos (Quinn y Rohrbaugh, 1983). Las razones son muy variadas (Goodman, Atkin y Schoorman, 1983): incapacidad para identificar los indicadores oportunos; excesiva dependencia de indicadores simples y parciales, sin considerar las relaciones entre ellos; modelos escasamente especificados, que ignoran la dimensión temporal; excesiva abstracción en la definición del nivel de análisis (empresa, unidad o subunidad).

En una primera aproximación a la definición de eficacia, se puede abordar el problema desde una perspectiva intuitiva. De esta manera si una organización se crea para la consecución de unos objetivos, Etzioni⁹ (1965) propone que la eficacia y el éxito organizativo vienen a ser la misma cosa, por tanto sería natural argumentar el que la medición del cumplimiento de los objetivos con éxito, es una forma de medir la eficacia de la organización.

Sin embargo este enfoque intuitivo sufre severas críticas: la primera es que expone una visión de los objetivos organizativos como estados ideales, la

⁸ En el capítulo siete que se explica las variables escogidas para medir cada uno de los aspectos organizativos, se explica las que han sido escogidas para medir este aspecto teniendo en cuenta el sector a estudiar.

⁹ Etzione postula que "la eficacia es el grado con que la organización alcanza sus objetivos".

segunda es que obvia la probable existencia de objetivos incompatibles dentro de la organización y por último, que no estima la posible subjetividad de los criterios de medición.

Para hacer frente a las críticas de este enfoque intuitivo, a partir de los años 50 y 60 se encuentra en la literatura diferentes criterios de valoración de la eficacia. Posteriormente en la década de los 70, fue cuando autores como Campbell¹⁰ (1977) comenzaron a utilizar múltiples criterios para medir este constructo. Recientemente, la literatura organizativa que habla del concepto de eficacia organizativa se ha agrupado en torno a dos visiones teóricas: una aproximación más de sistemas-recursos y la otra de *stakeholder* o de múltiples grupos influyentes o constituyentes. La primera observa la eficacia organizativa como el grado en el cual una organización es capaz de obtener con éxito recursos escasos y valiosos (Bedeian y Zammuto, 1991) y la segunda analiza la eficacia de la organización en función del grado de satisfacción de los grupos influyentes en el rendimiento de la organización. Según este enfoque cada uno de los grupos que actúan en la organización tendrá un criterio de eficacia diferentes. De esta manera tendremos:

Tabla 3.1: Criterios de eficacia organizacional dependiendo desde la óptica de estudio

GRUPO	CRITERIO DE EFICACIA
Propietarios	Dividendos
Empleados	Salario, trabajo estimulante, oportunidades de carrera
Clientes	Calidad, servicio, precio
Proveedores	Pagos regulares, potencial de ventas futuras
Gobierno	Adhesión a las leyes, pago de impuestos
Sociedad	Empleo, apoyo a las actividades de la comunidad

Fuente: Adaptado de Bedeian y Zammuto (1991)

Las dos anteriores visiones diferentes del concepto de eficacia, no considero que sean entre sí incompatibles, ya que el primero nos da una idea más general y el otro intenta concretizarlo para cada personaje de la organización.

3.3.3. Concepto del ajuste¹¹

Como señalan Galbraith y Kazanjian (1986) es el concepto más importante a la hora de estudiar el Diseño Organizativo, tanto desde un punto de vista práctico como teórico.

El concepto ajuste ha sido muy utilizado en la literatura de organización y dirección de empresas (independientemente de la teoría escogida para realizar el estudio, como después veremos) como un eje central en el éxito de las organizaciones. De esta manera podemos destacar las aportaciones desde la Teoría de la Organización de Leavitt (1965) o Lawrence y Lorsch (1967), desde el Diseño Organizativo de Galbraith (1977), Galbraith y Kazanjian (1986) o Nadler y Tushman (1988) o desde la Dirección Estratégica de Waterman, Peters y Phillips (1980), Waterman (1982) y Miles y Snow (1984).

Siguiendo la definición de de la Fuente et al., el concepto de ajustes es un concepto general para describir el nivel de congruencia o coherencia entre los elementos de una organización, tanto aquellos sobre los que decide la dirección como aquellos otros sobre los que no se tiene una clara capacidad de influencia. Es esta definición la que adaptamos como base para analizar cómo entendemos nosotros este concepto.

Dentro de la definición que hemos adoptado de Diseño Organizativo, se puede observar que no hemos utilizamos directamente la palabra ajuste, pero indirectamente el concepto está incluido en la definición, ya que intentamos que exista una compenetración entre la estructura que vamos a establecer y una serie de variables de diseño. Es decir, a la hora de elegir entre una estructura organizativa de un tipo u otro, en el fondo lo que intentamos elegir aquella que sea coherente con las variables de diseño. Que minimice el ajuste, siempre que entendamos ajuste como la distancia o diferencia entre las variables estudiadas y la estructura elegida. Ya que si

¹⁰ J.P. Campbell (1977): "On the nature of organizational effectiveness" en P.S. Goodman y J. M. Pennings "New perspectives on organizational effectiveness", Jossey-Bass, San Francisco. identificó 30 criterios para evaluar la eficacia organizativa.

¹¹ Traducción del inglés de *fit o congruence*

minimizamos el ajuste, estamos eligiendo la mejor estructura para nuestras variables¹².

El concepto ajuste, como es lógico pensar, no se aplica de igual manera a todos los elementos de la organización, por ello puede ser interesante definir los diferentes ámbitos de aplicación del concepto de ajuste organizativo (tabla 3.5), para ver cuál nos afecta en nuestro análisis.

Tabla 3.2: Resumen de los diferentes conceptos de ajuste organizacional

	Global	Estrategia	Diseño Organizativo
<i>Conc. ajuste</i>	Entre los distintos componentes de la organización como un todo y con el contexto.	Entre la estrategia y el contexto así como la coherencia entre los distintos niveles o tipos de estrategias.	Entre las distintas variables de diseño, tanto estructurales como de procesos, así como entre éstas y los factores de contexto.
<i>Componentes</i>	Estrategia /Estructura Sistemas / Personas Estilo de dirección Capacidades Cultura organizativa	Estrategia global Estrategia de negocio Estrategia funcional	Tarea / Estructura Procesos organizativos y directivos Sistemas de incentivos Política de RRHH
<i>Autores</i>	Waterman, Peters y Phillips (1980), Waterman (1982), Miles y Snow (1984)	Venkatraman y Camillus (1984), Venkatraman (1989), Newport, Dess y Rasheed (1991)	Galbraith (1977), Galbraith y Kazanjian (1986), Nadler y Tushman (1988)

Fuente: De la Fuente, García- Tenorio, Guerras, Hernangómez,1999

En nuestro caso, cuando hablemos de *fit* o nivel de congruencia entre las variables de diseño, la estructura y el entorno, nos estamos refiriendo únicamente al ámbito del Diseño Organizativo.

Antes de seguir me gustaría comentar un aspecto que podría llevarnos a equívocos. El objetivo del estudio es el de encontrar una estructura que esté de acorde con una serie de variables de diseño, por tanto tendríamos un primer nivel de *fit*, la congruencia de cada variable con un aspecto concreto de la estructura, y un segundo *fit* que será el conjunto de variables con la estructura en general. De esta manera, estudiemos la estrategia como

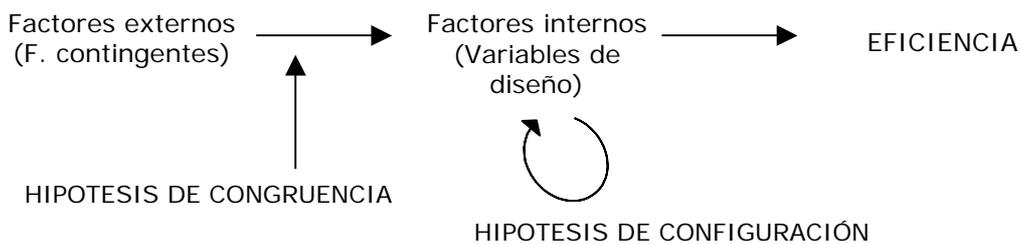
¹² Este concepto de minimización, pero a la inversa, de maximización, es el que utilizan R. Escuder, F. Pérís, S. Méndez y M. Méndez, en su ponencia "Entorno, estructura y eficacia

variable de diseño también nos estaremos refiriendo al ámbito de la estrategia.

3.3.4. Factores de Contingencia

Como hemos visto anteriormente para realizar correctamente el Diseño Organizativo de cualquier organización, hemos de tener presente las condiciones organizativas en cada uno de los casos, porque no existe una única solución posible. Por tanto el diseño de organizaciones eficientes depende de la adecuación de las variables internas a variables externas (hipótesis de congruencia del paradigma contingente¹³, ver figura 3.6). Éstas últimas son los factores de contingencia. Se definen como “aquellas características singulares de cada organización que determinan el diseño y la estructura organizativa” (De la Fuente et al., 1997).

Figura 3.4. Los factores de contingencia dentro del paradigma contingente



Fuente: De la Fuente et al. 1997

Revisando la literatura encontramos como factores de contingencia más estudiados: la edad, el tamaño, la actividad y la tecnología (Benavides, 1998; Hampton, 1989; Woodward, 1994); el entorno (Burns y Stalker, 1961; Chandler, 1962; Lawrence y Lorsch, 1973; Khandwalla, 1972), la estrategia (Chandler, 1962; La Cueva, 1986; Veciana, 1985; Grima y Tena,

organizativa. Análisis mediante un sistema de ecuaciones estructurales". ACEDE. Sep. 1999

¹³ Fue en las décadas de los 60 y 70 cuando el enfoque contingente alcanzó su punto culminante habiéndose centrado en este período la mayoría de las investigaciones destacando los trabajos de Woodward, Burns, Perrow, el Grupo Aston, Lawrence y Lorsch. Sus conclusiones indican la necesidad de una relación coherente entre el diseño de la estructura organizativa y las características de los factores contextuales, principalmente el entorno, la tecnología y el tamaño. Muchas de las dificultades que sufren las organizaciones tienen su base en la falta de coherencia de sus parámetros estructurales para hacer frente a las contingencias provenientes de su entorno, su tecnología y su tamaño (Perrow (1991), Thompson (1994) y Woodward (1994)).

1984; Sánchez, 1993 :352; Donaldson, 1990), la sociología antropología e historia (Valle, 1986; Mintzberg, 1988; De la Fuente et al, 1997)...

A partir de estos factores básicos se han realizado más estudios para determinar los factores que influyen sobre la estructura organizativa y nos podemos encontrar con esta combinación de autores y factores considerados:

Tabla 3.4. Breve revisión de estudios sobre factores contingentes.

Autores	Año	Constructos considerados
White y Hamermechs	1981	Entorno, estrategia, estructura y rendimiento
Hull y Hage	1982	Estructura y tecnología
Armandi y Mills	1985	Estructura y eficiencia económica
Kapp y Barnett	1983	Autonomía, integración, incertidumbre ambiental, eficiencia
Randolph y Dess	1984	Entorno, tecnología, estructura y rendimiento
Bobbit y Ford	1980	Estructura, estrategia y contexto
Nadler y Tushman	1988	Estrategia, contexto, organización formal e informal, eficacia
Son	1986	Estructura organizativa, contexto, conducta individuos, rendimiento.

Fuente: Elaboración propia.

Todos estos factores contingentes se han tenido en consideración a la hora de realizar la investigación y centrarse en la descentralización de una estructura organizativa hospitalaria. Se trata de variables que se describen, se estudian y se analizan en el capítulo 8 de este trabajo.

3.3.5. Parámetros de Diseño

Antes de analizar las diferentes estructuras organizativas existentes tenemos que empezar por definir los elementos que las constituyen, para que así cuando definamos cada una de ellas, sepamos exactamente a qué nos estamos refiriendo. Se trata de lo que los autores han denominado como *Elementos o Parámetros de diseño o Dimensión de la estructura*.

Entendemos por elemento o parámetro de diseño a cualquier mecanismo que pueda ser alterado o modificado por parte de la dirección y que incida en la estructura o el funcionamiento de la organización formal.

Si bien es sencillo identificar variables aisladamente que están a disposición de la dirección, resulta mucho más complicado clasificar el conjunto de variables de diseño que están a disposición de la dirección principalmente por los siguientes dos motivos:

1. en primer lugar porque muchas variables tradicionalmente consideradas dentro del ámbito del Diseño Organizativo están relacionadas entre sí, de modo que existen una cierta confusión en la identificación, definición y delimitación del alcance de cada una de ellas.
2. por otra parte porque depende como definamos el concepto de Diseño Organizativo admitiremos unas variables u otras.

Vamos a ver diferentes esquemas descriptivos de variables de diseño que han existido a lo largo de diferentes años. Empezaremos por esquemas de variables más tradicionales y conocidos, Mintzberg y Galbraith, y seguiremos esquemas con más actuales.

3.3.5.1. Esquema de Parámetros de Diseño de Mintzberg

Este autor presenta nueve variables o parámetros básicos para la adopción de decisiones de diseño organizativo, que intentan responder a preguntas que se dan en la organización. A su vez, los parámetro de diseño se agrupan en cuatro categorías. Intentamos resumir su esquema en el siguiente cuadro:

Figura 3.5. Parámetros de diseño de Mintzberg

Grupo	Parámetro de diseño	Conceptos relacionados
Diseño de Puestos	Especialización del cargo	<ul style="list-style-type: none"> ● División fundamental del trabajo
	Formalización del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Normalización del contenido ● Sistemas de flujos regulados
	Preparación y adiestramiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Normalización de habilidades

	adocctrinamiento	
Diseño de la Superestructuras	Agrupación de unidades	<ul style="list-style-type: none"> ● Supervisión directa ● División administrativa del trabajo ● Sistemas de autoridad formal, flujos regulados, comunicación informal y constelaciones de trabajo. ● Organigrama
	Tamaño de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Sistemas de comunicación informal ● Supervisión directa ● Ámbito de control
Diseño de los enlaces laterales	Sistemas de planificación y control Disposición de enlace	<ul style="list-style-type: none"> ● Normalización de resultados ● Sistema de flujos reglados ● Adaptación mutua ● Sistemas de comunicación informal, constelaciones de trabajo y procesos de decisión <i>ad hoc</i>
Diseño del Sistema de Toma de Decisiones	Descentralización vertical Descentralización horizontal	<ul style="list-style-type: none"> ● División administrativa del trabajo ● Sistema de autoridad formal, flujos regulados, constelaciones de trabajo y procesos de decisión <i>ad hoc</i> ● División administrativa del trabajo ● Sistema de autoridad informal, flujos regulados, constelaciones de trabajo y procesos de decisión <i>ad hoc</i>

Fuente: Mintzberg (1984: 97)

Este modelo de Mintzberg ha sido ampliamente utilizado y difundido. Sin embargo, se le pueden hacer dos objeciones (De la Fuente et al. 1997) que no son sustanciales, pero sí darán pie a la aparición de posteriores esquemas como el de Galbraith y Kazagian (1986). La primera objeción es que no incluye todas las variables que están a disposición de la dirección

para tratar de definir la estructura formal, si bien algunas de ellas podrían quedar implícitamente incluidas en varios de los parámetros de diseño. En segundo lugar no pone de manifiesto la interacción entre las distintas variables y la necesidad de coherencia entre las mismas y en relación con la estrategia que debe ser implantada.

3.3.5.2. Esquema de Galbraith-Kazajian

Este modelo de Galbraith y Kazanjian (1986) que tiene su origen en el de Galbraith (1977), intenta paliar de algún modo las anteriores objeciones hechas al esquema de Mintzberg. Este modelo aporta un esquema conceptual que se caracteriza por lo siguiente:

1. identifica las principales variables de diseño a disposición de la dirección
2. pone en relación el diseño de la estructura y los procesos con la estrategia elegida para la organización y con la integración de los individuos en la organización formal de manera que se consigan los objetivos pretendidos.
3. asume como elemento lógico central la idea de ajuste tanto entre estrategia y la organización formal como entre los distintos elementos o variables del diseño organizativo.

En definitiva, todas estas elecciones deben crear un diseño internamente consistente que permita lograr los objetivos de la organización (rendimiento).

3.3.5.3. Esquema de De La Fuente et Al.

Estos autores delimitan las anteriores variables de diseño, planteadas en cualquiera de los dos esquemas que anteriormente desarrollados, pueden ser agrupadas en dos categorías genéricas que constituyen la definición de la esencia misma del diseño organizativo: la diferenciación y la integración de actividades. Para ellos cualquier decisión de diseño va encaminada a lograr uno de estos dos efectos.

Gracias a la diferenciación de actividades (concepto similar al de la división de trabajo, propuesto por A. Smith), la dirección busca parcelar o dividir la tarea básica que debe ser realizada en grupos de actividades específicas que

son homogéneas entre sí de acuerdo con algún criterio. El objetivo es obtener ventajas en la eficiencia de la estructura organizativa formal como consecuencia de la aplicación de los principios clásicos de especialización y división del trabajo. Algunas variables de diseño relacionadas con el proceso de diferenciación serían las de departamentalización, creación de la jerarquía, ámbito de control,...

65

La diferenciación de actividades sin embargo contiene un peligro, que puede conducir a la ejecución efectiva de parte que luego no pueden ser ensambladas correctamente para conseguir el objetivo global. Por este motivo se necesita un esfuerzo posterior de integración de actividades, que ellos consideran el segundo grupo de decisiones básico del diseño organizativo.

La integración pretende coordinar los esfuerzos de las distintas partes para garantizar la ejecución efectiva de la tarea básica y lograr el cumplimiento de los objetivos generales de la organización. Este segundo grupo de decisiones lo podemos definir como el proceso encaminado hacia el logro de la unidad de esfuerzos entre las distintas personas y unidades organizativas para la consecución de los objetivos comunes de la organización.

3.3.5.4. Parámetros de Diseño Organizativo de esta investigación

Siguiendo con la definición¹⁴ de estructura organizativa de Ruiz Sabater (1998), la estructura de cualquier organización o unidad organizativa, por ejemplo un hospital, puede ser analizada a partir de tres componentes principales:

- la división del trabajo y la especialización, lo cual se designa la complejidad o diferenciación.
- las normas, políticas y procedimientos formales: la formalización
- y los sistemas de distribución de la autoridad a través de la jerarquía, la centralización).

¹⁴ Para este autor, la estructura organizativa es la forma en que en una organización se produce la división del trabajo y la especialización, con la consiguiente y necesaria coordinación, la cual se obtiene tanto con el establecimiento de normas, políticas, procedimientos y controles formales como con el sistema de distribución de la autoridad a través de la jerarquía, todo ello bajo la óptica de los objetivos que se pretende alcanzar" (Ruiz y Sabater, 1998).

- siendo necesario incluir también el estudio de los mecanismos de coordinación y que actúan como nexo de conexión entre dichos componentes

3.3.5.4.1. La complejidad o diferenciación

Señala cómo los miembros de la organización están divididos en: distintas posiciones, reflejando la división del trabajo y la especialización, distintos niveles jerárquicos, y distintas subunidades dispersas espacialmente (Hall, 1996; Blau, 1970). Habiendo tres tipos de diferenciación: horizontal, vertical y espacial.

Para analizar la diferenciación horizontal se ha de observar cómo se ha producido la departamentalización y la especialización. La departamentalización se determina valorando cómo se divide el trabajo desde un punto de vista general, debido a la existencia de varios fines organizacionales y/o la presencia o no de más de una actividad principal. Además se han de tener en cuenta el número de departamentos que constituyen la estructura organizativa y si están internamente muy divididos observando, por ejemplo, el número medio de subdivisiones por departamento o las divisiones en el departamento más especializado (Hall y cols., 1967).

Para valorar el grado de especialización hay que saber si existen funciones especializadas y el número de tareas que el trabajador ha de realizar dentro de cada función (Pugh y cols., 1968).

La diferenciación vertical incluyen tanto el número de niveles jerárquicos como el ámbito de control. En el primer caso, se han de observar la cuantía de niveles de la organización como un todo, la cantidad de niveles en la división más profunda y el número promedio de niveles. En relación al ámbito de control, se consideran como indicadores, el total de personas que informan directamente a la alta dirección y el ratio de subordinados o ámbito de control en los niveles más bajos de la jerarquía (Hall y cols., 1967; Pugh y cols., 1967).

La diferenciación espacial refleja el grado en el cual las personas y los medios físicos están dispersos geográficamente.

3.3.5.4.2. La formalización

Está formada por: la codificación del trabajo (nivel en el que existen descripciones explícitas o implícitas relativas a procedimientos, reglas, funciones y procesos de toma y comunicación de decisiones y de instrucciones y transmisión de información, incluyendo mecanismos de respuesta) y el rango de variación tolerado (grado con el cual quienes ocupan un puesto son supervisados de acuerdo con los estándares establecidos por la codificación del trabajo).

67

3.3.5.4.3. La centralización

Para valorar este aspecto se ha de considerar el grado de control sobre el proceso total de toma de decisiones lo cual se puede observar a través de dos variables: la participación en la toma de decisiones y el control que los individuos tienen sobre las tareas que realizan. (Ruiz Mercader, J.; Sabater Sánchez, R., 1998)

La necesidad de combinar eficiencia e innovación es especialmente sentida en las organizaciones grandes y complejas. Históricamente se ha convenido en que a medida que la empresa gana en complejidad y diversidad, como consecuencia del paso de estrategias monoproductos y especializadas geográficamente en un país, a otras basadas en la diversificación y la globalización, debería ir modificando su estructura de funcional a divisional o matricial. En ningún caso hasta ahora se cuestionaba el principio jerárquico de organización y coordinación de actividades. Ahora, por el contrario, se postula la relajación del principio de autoridad como mecanismo de coordinación y la introducción de elementos de mercado dentro de la empresa. La empresa se configuraría como una red de unidades dotadas de una elevada autonomía de actuación y responsables de sus resultados, capaces de competir y cooperar entre sí. Se espera de ellas que cooperen e intercambien conocimientos e información, pero también se admite que trabajen con empresas ajenas a la red, aunque sean competidoras. Considero que puede ser una base para lograr una estructura donde los diferentes departamentos del hospital puedan competir -a la vez que colaborar- entre ellos, y los productos intermedios salgan al exterior a

vender y comprar: estructura en red o centrada en centros de costes y beneficios más pequeños, *estructura de responsabilidad delegada*¹⁵.

Uno de los elementos centrales del nuevo diseño, es la sustitución de la jerarquía por las relaciones laterales como elemento de coordinación, (esto no conllevará un incremento de los costes de transacción por varias razones: por el extraordinario avance en el campo de las comunicaciones y segundo porque la creación de una cultura de confianza y cooperación debe traducirse en una reducción de los costes de transacción.

68

Estas nuevas estructuras también divisionales, se diferencian de las clásicas en que buscan una reducción de la oficina central, a cambio de enfatizar aún más los mecanismos de relación entre las divisiones y de facilitar el intercambio de información y conocimientos entre ellas. Es lo que algunos denominan estructura federal o N-form. Esta última está concebida para gestionar una amplia variedad de negocios que comparten interrelaciones tangibles e intangibles. El lugar de emplear una oficina central poderosa, como hasta ahora, se pretende ahora que los recursos se descentralicen a la unidades operativas, que operan con dependencia limitada de la matriz corporativa en lo que se refiere a recursos humanos, financieros o tecnológicos, pero con considerable interdependencia entre ellos.

Por tanto el modelo de redes o de federaciones no reproduce las relaciones estrictas de mercado y parte de dos premisas claramente diferenciadoras: 1ª) las unidades se unen voluntariamente para cooperar y colaborar (asumen su pertenencia a una red cooperativa); 2ª) sigue existiendo un centro corporativo más reducido en tamaño. Su labor central es la de favorecer el establecimiento de flujos cooperativos entre ellas y crear ese clima de confianza que los sustente e incentive. Es decir la oficina central se ocupara de fomentar las interrelaciones y la explotación de sinergias entre las empresas, pero no desempeñará muchas actividades por sí misma, lo que le permitirá conservar un tamaño mínimo. Se trata por lo tanto de combinar las ventajas de los pequeño y de lo grande dentro de la misma organización.

¹⁵ Nombre que se le ha otorgado a la propuesta de organización para los centros hospitalarios, que se presenta en el capítulo 7.

Con ello se pretende construir organizaciones flexibles, con una gran capacidad de respuesta y especialmente orientadas hacia la generación de conocimiento. Sin embargo tenemos que esperar un tiempo si queremos averiguar hasta qué punto este diseño responde a criterios de eficiencia o es un producto de la moda que se difunde entre consultores y académicos. Hay autores que ya han señalado las limitaciones de una organización que puede perder en eficiencia y especialización lo que gane en coordinación (Z. Fernández, 1999).

3.4. Tipos de estructura

Como explicaremos posteriormente (en el capítulo 5) la gran heterogeneidad de productos que se hacen en un centro hospitalario ha propiciado la agrupación de los recursos en unidades productivas especializadas (UPE). En cada hospital el número de UPE es elevado y heterogéneo, debido a la diversidad de productos, intermedios y finales, que generan. Por tanto se puede decir que existe un alto grado de especialización (Cuervo et al. 1994).

Estas unidades productivas especializadas, lo que habitualmente entendemos como servicios, se organizan y estructuran de diversas formas dentro del hospital. Y es sobre este tema particular sobre el que vamos a estudiar en este punto. Vamos a presentar cada una de las diferentes estructuras organizativas¹⁶ que nos podemos encontrar, siempre ubicándolas en el mundo de la gestión hospitalaria.

Antes de empezar con el análisis de cada tipo de estructura, es necesario comentar que no vamos a buscar la estructura óptima - tarea imposible como ya hemos dicho antes- para todas las empresas y para todos los tiempos, todas las estructuras cuando se aplican, según la lógica para la que surgieron, suelen ser efectivas; pero cuando se rebasa esta lógica se convierten en un caparazón que impide su desarrollo (Claver et al., 1996).

3.4.1. Estructura simple

¹⁶ En este momento del trabajo de investigación se presentan las estructuras tradicionales y más usuales. Respecto a las estructuras novedosas son presentadas en el capítulo de descentralización, ya que se presentan únicamente aquellas que permiten de una u otra manera una descentralización organizativa.

Es la forma organizativa más sencilla. Es un tipo de estructura muy elemental y apropiada para pequeñas empresas o para empresas en su fase de inicio o poco evolucionadas. Rápidamente podemos observar que difícilmente es aplicable a un hospital, así que simplemente daremos una ojeada superficial por este tipo de estructura ya que no nos va a ser útil en nuestro propósito.

Se caracteriza por una fuerte centralización de la autoridad, el poder de toma de decisiones y la autoridad la mantiene el director, por su poca formalización y por una coordinación basada principalmente en una supervisión directa o principio de la unidad de mando. Utiliza al mínimo el uso de la planificación, de la preparación y la coordinación se consigue por medio de la supervisión directa. Tiene un alto componente informal y como es tan sencilla, su flexibilidad y su bajo coste son dos características acentuadas. La flexibilidad les permite adaptarse a nuevas situaciones y además con unos costes bajos (Menguzzato y Renau, 1991). Aunque esta misma sencillez que le aporta estas ventajas, también la limitan, ya que se trata de un tipo de estructura que no puede crecer demasiado porque al aumentar las personas y las tareas que lo componen, existe una falta de mecanismos de coordinación, de normalización, de comunicación ... que se convierten en verdaderos obstáculos para el buen funcionamiento de la organización. Además se ha de mencionar que se trata de una estructura apta en entornos simples, sencillos y poco dinámicos. Según Claver et al. (1996) el crecimiento del tamaño, la complejidad y la edad pueden traer consigo la desaparición de esta estructura.

Por las características principales de este tipo de organización no sería adecuada como estructura básica en un hospital, ya que la propia definición de hospital (volumen de pacientes, complejidad de productos, número de trabajadores...) observamos que la dimensión y el tamaño necesario supera a un tipo de coordinación por supervisión directa, existe un número muy elevado de trabajadores y por tanto se necesitará una elevado grado de normalización, comunicación,... Es imposible que tengan este tipo de estructura, ya que la propia definición de la estructura es incompatible con la definición del objeto a aplicarla.

Por tanto para un hospital, lo que hoy en día todos entendemos por este concepto¹⁷, no sería adecuado. En cambio es un tipo de estructura válida para unidades sanitarias de pequeñas dimensiones: despachos privados de médicos, o para pequeños dispensarios en pueblos o en ciudades,... En estos casos se trata de unidades (no podrían llamarse centros) dónde la estructura no es más que un médico, una o dos enfermeras (si es que existen), por tanto la coordinación es por supervisión directa y existe la unidad de mando, tienen gran flexibilidad tanto de actividades como de horarios y a la vez se pueden adaptar fácilmente a nuevas situaciones. Creo que se puede tratar de un tipo de organización que les puede ayudar a ser más eficaces (siempre que midamos la eficacia, como mejor alternativa de conseguir sus objetivos).

3.4.2. Estructura funcional

La estructura organizativa funcional u organización funcional, fue denominada por Williamson U-form, 1975¹⁸, tiene sus orígenes en las aportaciones de Taylor (Menguzzato, Renau, 1991). Se desarrolló aproximadamente desde inicios de siglo como respuesta al crecimiento rápido y al aumento de la complejidad de la empresa (Ansoff, 1997) y además permitió a la empresa atender con eficiencia la demanda de productos y servicios de un mercado doméstico en expansión (Claver et al., 1996). Es la forma más usual de organizar el proceso hospitalario, aunque también es posible, y de hecho a veces coexisten, estructuras organizativas basadas en los productos (Cuervo et al. 1994).

Vamos a ver las principales características de esta forma estructural y su críticas¹⁹:

- se creó como una estructura diseñada para producir, en gran cantidad y a coste reducido, un número limitado de líneas de bienes o servicios.

¹⁷ Creo que un punto de vista que consideraré posteriormente, o en el capítulo del hospital, es el cambio de la definición de hospital, ya que si la cambiamos, estamos definiendo otro tipo de organización con lo cual su estructura también puede y debe cambiar.

¹⁸ Oliver E. Williamson: "Mercados y jerarquías: su análisis y sus implicaciones antitrust". Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1991 Pág. 158

¹⁹ Existe un elevado número de autores que han escrito las debilidades de esta forma organizativa: por ejemplo, Chandler (1966, pp. 382-383), Arrow, 1974, pp. 53-54, Emery, 1969, pp.114, Beer, 1969, pp. 407

- en su esencia se encuentra en la división del trabajo (debida a criterios de las grandes funciones empresariales) de modo ordenado y estable, en la sistematización de reglas y procedimientos, en el establecimiento de una jerarquía en la que los niveles bajos están gobernados por los superiores y en la promoción sobre la base de cualificación y experiencia. El control se realiza de forma centralizada.
- este tipo de estructura reúne, en un departamento u área, a todas las personas que se dedican a una actividad relacionada o común, es decir que realizan la misma función. Por tanto en este tipo de estructura existe una neta separación de los poderes entre las diversas áreas o funciones de la organización. Por ejemplo si organizamos un hospital con este tipo de estructura existirá una clara separación entre el área administrativa y la asistencial, e incluso dentro del área asistencial entre el sector de enfermería y el sector médico. Su lógica radica en la especialización coordinada de forma centralizada; especializa las habilidades, equipos y procesos, de manera que sólo puede alcanzar el éxito en entornos completamente predecibles, aunque logra hacerlo mediante unos costes más reducidos ya que se aprovecha de las economías de escala de la especialización
- por tanto en este tipo de estructura es difícil tomar decisiones rápidas, ni adaptarse rápidamente a las nuevas condiciones del entorno o de los clientes.
- También es difícil establecer responsabilidades, es decir juzgar resultados, quién tiene la "culpa" o quién es el responsable de un determinado producto que afecta a diferentes funciones de la organización.
- Aparece cuando las fuerzas para lograr la eficiencia son lo más importante (Mintzberg, 1991b).
- Bajo este tipo de estructura las organizaciones se ven abocadas a un proceso de integración vertical y también horizontal (para asegurarse que sus productos sean eficientemente distribuidos y vendidos y para

garantizar el flujo de materiales esenciales para la producción). Esta integración origina costes de coordinación y la infrautilización de bienes o departamentos.

- Esta estructura funciona siempre que no exista una gran variedad de demanda de productos y por tanto no exista un número elevado de líneas de producto (Galbraith, 1973)
- Siguiendo a Peters y Waterman (1991) podemos afirmar que la organización funcional, es eficiente y hace bien lo fundamental, pero no es particularmente creativa ni tiene espíritu de iniciativa, no se adapta con rapidez y es especialmente propensa a perderse los grandes cambios. Con el volumen de cambios y el grado de turbulencia en el que vivimos hoy en día,

Tabla 3.4.: Resumen de la estructura organizativa mediante los elementos de diseño.

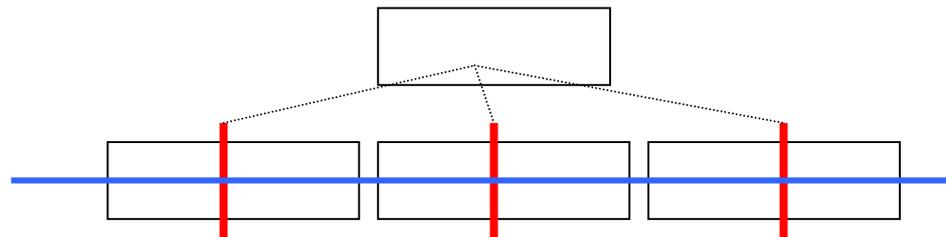
Grado de Especialización	Nivel de Centralización	Formalización	Coordinación
Alto y vertical	Grande, centrado en la Alta Dirección. Se convierte en problema cuando aumenta su tamaño	Dependerá del tamaño de la organización y de la especialización	Complicada entre diferentes funciones. Sus mecanismos son la jerarquía

Fuente: Elaboración propia

Si aplicamos este tipo de organización en un hospital obtendremos una estructura dónde se prima la especialización aspecto importante en el sector, con lo cual de momento parece adecuado. Por ejemplo tendríamos un hospital dividido en servicios médicos, servicios asistenciales, administración y servicios centrales, y en cada uno de ellos se realiza su actividad. Pero en el hospital la producción no es como en organizaciones industriales dónde la producción recae únicamente en una función (en un departamento), en este tipo de empresas la generación del producto requiere de diferentes servicios: el paciente no únicamente pasa por los servicios médicos, sino que le realizan pruebas es los servicios centrales, está ingresado y utiliza un servicios de hostelería, de seguridad, de enfermería,... Por tanto para obtener el producto hospitalario se necesita

una elevada relación entre las funciones o una alta coordinación entre ellas que ya sabemos que este tipo de estructura no nos la ofrece. Además la alta dirección hospitalaria no adopta el papel de coordinadora entre cada una de las diferentes funciones (ver gráfico 3.1).

Gráfico 3.1: Estructura funcional



Fuente: Elaboración propia

Hemos dibujado una estructura funcional dónde en rojo hemos señalado la organización de las tareas que por definición de estructura es más adecuada, en cambio en azul hemos dibujado como debería ser la organización de la "producción" que requiere un centro hospitalario. Considero que este tipo de estructura aplicable a un tipo de organización en el que su producción es vertical, sin excesiva relaciones entre las diferentes funciones, dónde no se exija flexibilidad ni adaptabilidad.

Otro aspecto a considerar es que se planteó para organizaciones sin gran variedad de productos y con líneas productivas bien delimitadas (con conocimientos exactos de los procesos y de sus costes), y en los hospitales nada más lejos de la realidad. Se trata de organizaciones dónde la variedad de productos casi es infinita²⁰ y dónde los actos médicos, es decir la producción, depende de la decisión particular del médico en última instancia, aunque existan protocolos para cada enfermedad, por tanto no existe una única forma de realizar un producto ni tampoco es fácil por tanto calcular los costes (lo más parecido sería establecer estándares).

La propia organización de producción hospitalaria, la magnitud del tamaño de la organización, la gran cantidad de productos hacen que la estructura funcional no sea viable como estructura principal de todo un hospital. En

cambio, podría ser interesante este tipo de estructura para aquellas partes del hospital que funcionen más de una manera productiva semejante a una fábrica, por ejemplo los servicios intermedios. En este tipo de servicios las principales características son la disminución de los costes (realizar su tarea al mínimo coste posible y para ello les favorecerá la consecución de economías de escala) y la especialización de sus trabajadores. No están relacionados durante la producción de su output con otros departamentos, y por tanto no necesitan una coordinación entre secciones.

3.4.3. Estructura Divisional

Las primeras empresas que utilizaron esta forma básica de organización fueron Du Pont y General Motors en la década de 1920²¹; aunque su gran aceptación tuvo lugar después de la II Guerra Mundial (Ansoff, 1997). Este tipo de estructura también llamada M-form por Williamson (1970, 1975, 1981), intenta adoptar una estructura que no sólo sea capaz de conseguir sus objetivos sino que también lo haga de una manera eficiente (Menguzzato, Renau, 1991) es decir que intenta solucionar los principales inconvenientes que la estructura anterior tenía al crecer la empresa y diversificar sus productos, se trata de solucionar el problema de adaptabilidad de la estructura funcional.

En este tipo de estructura se reúne en unidades de trabajo, comúnmente denominadas divisiones, a todos lo que participan en la producción y comercialización de un producto o un grupo relacionado de productos, o también otro tipo de criterios, por ejemplo todos los que están en cierta zona geográfica o todos los que tratan con cierto tipo de clientes. Los criterios más usuales de organización suelen seguir uno de estos tres patrones básicos: organización por productos, por divisiones geográficas y por clientes. En los hospitales los criterios de divisionalidad podrían ser la agrupación por UPE o por grupo de GRD's.

²⁰ Se han realizado diferente clasificación de los productos hospitalarios para, a la hora de planificar, poder trabajar con un menor número de productos. Nos podemos encontrar con: GRD, Disease Staging (DS), Patient Management Categories (PMC),...

²¹ Bajo la dirección de Pierre S. DuPont y Alfred P. Sloan, respectivamente

Es una forma organizativa muy utilizada en la mayor parte de las grandes empresas, que cuentan con múltiples productos y por tanto de gran tamaño, como algunas de las organizaciones que estamos estudiando.

Características propias de esta estructura:

- cada división tiene la consideración de negocio independiente (otros autores la llaman cuasi-empresas (Menguzzato, Renau, 1991)), es decir, es la responsable de sus pérdidas, sus beneficios, conseguir sus objetivos, poseen recursos propios... En el fondo supone reunir los departamentos funcionales en una unidad empresarial cuya lógica organizativa radica en el acoplamiento entre control del rendimiento y la asignación de recursos centralizados. Sin embargo, no se puede considerar cada división como un negocio independiente ya que en primer lugar no tiene una entidad legal propia, y además el responsable de la división depende de la oficina central, está sometido a una dirección general común a todas las divisiones. La dirección general ejerce el control y la coordinación de las distintas divisiones.
- cada división agrupa las funciones necesarias para atender a su mercado, es decir es posible que dentro de cada división se estructure por funciones.
- se trata de una estructura descentralizada, que es capaz de alcanzar la flexibilidad y economías de alcance, donde la alta dirección se preocupa de la creación del diseño estrategias y de su control y de la coordinación entre divisiones mientras que los directores de divisiones se preocupan de la coordinación de cada división y de la estrategia de sus productos respectivos.
- el peso de la alta dirección es menor, porque los gerentes de las divisiones tienen más oportunidad para actuar. La responsabilidad está clara. Además este tipo de organización permite un mejor desarrollo, formación y entrenamiento de los directivos de las divisiones en tareas de dirección general, cosa que contribuye a que en un futuro, puedan pasar a desempeñar funciones en la dirección general.
- si nos referimos a la coordinación interna de la división, una de sus grandes ventajas es que al reunir bajo un mismo mando, todas las

habilidades, actividades y experiencias requeridas para realizar una actividad, la tarea entera se puede coordinar con mayor facilidad y se gana en una mayor especialización. También la calidad y la velocidad de la toma de decisiones se ven reforzadas, ya que son tomadas a nivel de división y están más cerca del campo de acción.

77

- con este tipo de estructura se duplican los departamentos: por ejemplo, habrá tantos departamentos de I+D o de Marketing como divisiones existan en la empresa. Esta división de departamentos funcionales implica la pérdida de economías de escala en la empresa, y la reducción al mínimo de las sinergias. Como solución a este problema de duplicidad de departamentos, se crearon los staff o los órganos centrales. Se trataba de que existían unos departamentos que eran centrales a toda la empresa, aunque esta medida también provocó problemas, ya que los jefes de estos servicios centrales debían ser sensibles a todas las divisiones. En un intento para solucionar el problema entre divisiones y órganos centrales, se crearon los precios de transferencia o el mecanismo de transferencia de precios, por los cuales los servicios centrales aplicaban a su productos unos precios y los gerentes de cada división eran libres para comprarlos a los servicios centrales o a empresas externas.
- aunque una de sus grandes ventajas es la flexibilidad y la capacidad de innovación que proporcionan las divisiones, la experiencia muestra que los sistemas de control eliminan el deseo de innovar y que el jefe de división, al tener que justificar a corto plazo su rendimiento, no goza de la libertad de experimentación de un empresario individual (Mintzberg, 1991a).
- una característica negativa, que encontramos es que, puede llegar un punto en que los intereses de la división se coloquen por encima de los objetivos de la organización y que además la división tuviera un sentimiento de lealtad que le impedía de que comprarán productos en el exterior.
- otro aspecto negativo es que los gastos administrativos aumentan porque cada división cuenta con su propio staff y especialistas, y esto

nos lleva a una costosa duplicación de recursos. Ligado a esta crítica los criterios de rendimientos son imprecisos, si existe relaciones interdivisionales, y por tanto hay dificultades técnicas y organizativas para desarrollar instrumentos de evaluación de resultados (Llordarchs et al, 1998).

- este tipo de organización empieza a tener problemas cuando la empresa diversifica fuera de su área de experiencia y cuando las intervenciones corporativas limitan la autonomía de las divisiones, ya que se eliminan las ventajas de este tipo de organización.

78

Para conseguir una divisionalidad óptima debemos seguir una serie de pasos (Williamson, 1991):

- identificar actividades económicas separables dentro de la empresa
- conceder una posición cuasiautónoma (normalmente de una naturaleza de centro de utilidades) a cada una
- vigilar el desempeño eficiente de cada división
- otorgar incentivos
- asignar flujos de efectivo a usos de alto rendimiento
- realizar una planificación estratégica (diversificación, adquisición y actividades relacionadas) en otros aspectos

Si se debe divisionalizar, y en qué forma, depende del tamaño de la empresa, de la separabilidad funcional y del estado de la tecnología de la información (Emery, 1969).

Como vemos la estructura divisional se ha ido desarrollando, paralelamente que ha aumentado la necesidad de dar respuestas innovadoras a la evolución del entorno, y difícilmente vamos a encontrar una estructura divisional pura, sino que nos encontramos con estructuras divisionales con precios de transferencia o con diversos y diferentes criterios de dividir la empresa. Otra modificación de la estructura divisional ha sido la estructura dual, en la que a la estructura divisional se le agrega una estructura en unidades estratégicas de negocio (UEN). En este caso y después de ver los pros y los contras de esta duplicidad de estructuras (Ansoff, 1997), la

conclusión es clara: no establecer una estructura dual sino una reorganización de la empresa utilizando las UEN como unidad. Esta solución tiene mucho interés siempre que la empresa no sea multinacional ni que las economías de escalara empresariales no sean importantes para el éxito de la empresa.

79

Tabla 3.5.: Resumen de la estructura organizativa mediante los elementos de diseño.

Grado de Especialización	Nivel de Centralización	Formalización	Coordinación
Elevado ya que cada división es especialista en algo.	Bajo. Cada división tiene un alto nivel de descentralización en la toma de decisiones que se refieren a cada una.	Innecesaria en ámbito global de la organización, ya que cada división se formaliza su propia área.	Mejora dentro de las divisiones pero empeora entre ellas

Fuente: Elaboración propia

Creo que para un hospital es un tipo de estructura casi peor que la funcional, por lo menos veo más características en contra que a favor. Entiendo como correcta la idea e agrupar las actividades por algún criterio, que éste podría ser por GRD o por UPE, pero a la vez son demasiado pequeños para crear cada uno una división, ya que tendríamos muchas divisiones, y por tanto la duplicación de recursos sería tan elevada que los costes de estructura se nos dispararían. También creo que si estructuramos por divisiones cada GRD, por ejemplo, que pasa con los productos intermedios, o forman otra división y por tanto existirían relaciones entre ellas, que tendríamos que dejar claras (por ejemplo utilizar precios internos) o tendrían que formar parte de los servicios centrales (puede llegar a ser muy complicado) o que cada división tuviera sus propios productos intermedios, cosa que no considero correcta porque son los más caros y entonces los costes en tecnologías se dispararían y duplicaríamos tecnología, maquinaria,... En cambio es el más aplicado en las actuales estructuras organizativas hospitalarias actuales.

3.4.4. Estructura Matricial

Estructura matricial, en ocasiones llamada "sistema de mando múltiple", es un producto híbrido que trata de combinar los beneficios de los dos tipos de diseños anteriores, al mismo tiempo que intenta evitar sus respectivos inconvenientes. Se trata de un tipo de estructura que cuenta con dos tipos de estructuras al mismo tiempo: funcional y por proyectos. Se trata de *"un tipo de estructura con cada vez mayor aplicación tanto por parte de las empresas como por parte de organizaciones sin fines de lucro, como por ejemplo los hospitales"*²².

80

En este tipo de estructura tenemos las siguientes características:

- A. Combina dos tipos de autoridad, la horizontal del director de proyecto y la vertical del director funcional.
- B. Permite establecer unidades organizativas con distinta base departamental en el mismo nivel jerárquico, siempre que se quiera sacrificar el principio de unidad de mando. La rotura de este principio nos lleva a la situación, en la que un directivo puede tener dos o más jefes, pero en cambio los subordinados de este directivo únicamente le tendrán a él, como jefe (Claver et al., 1996: 528).
- C. Esta forma organizativa es similar a la forma funcional en que se busca la especialización centralmente coordinada (es decir se favorece la especialización técnica y la eficiencia en la utilización de recursos escasos) y de la forma divisional, busca la autonomía de las diversas unidades para hacer frente a los requerimientos del mercado, es decir favorece la adaptación al mercado y la diversificación.
- D. Es un tipo de estructura que concede una gran flexibilidad para ahorrar costes ya que se asigna al proyecto la cantidad exacta de personas.
- E. Este forma matricial puede verse desbordada por dos motivos: por el incremento del número de proyectos temporales más allá de las posibilidades de los mecanismos de asignación y por la búsqueda de un equilibrio entre la autoridad funcional y la de proyectos. Este conlleva a

²² Menguzzato, Renau, "La dirección estratégica de la empresa. Un enfoque innovador del management". Barcelona.1991. Pág. 317

que este tipo de estructura degenera en anarquía y con frecuencia se vuelve burocrática y no creadora (Peters y Waterman, 1991; Claver et al.1996:529)

- F. Otra característica negativa, es que los miembros del equipo, para que la estructura sea efectiva, deben tener habilidades interpersonales, flexibles y cooperativas.
- G. Es una estructura que puede afectar negativamente a la moral del personal cuando dan por acabado un proyecto y se les asigna otro, ya que existe una reasignación de equipos de trabajo.

81

3.5. Estructura organizativa en hospitales

Los pilares básicos de la estructura organizativa de los hospitales públicos son idénticos entre sí, ya que normalmente vienen legislados por ley. En Cataluña la aprobación de los organigramas de instituciones públicas corresponde al conceller de *Sanitat i Seguretat Social* a propuesta del director general del *Institut Català de la Salut*, y con un informe previo de los directores de *Ordenació i Planificació Sanitària y de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari* (DOGC, *Ordre de 16 de maig de 1990*).

A esta consideración le tenemos que añadir que aquellos hospitales privados que quieran llevar a cabo contratos con el SCS o quieran formar parte de la XHUP, tendrán que conseguir una acreditación, y uno de sus puntos, se refiere los requisitos relacionados con la organización de la institución sanitaria, y por tanto, de la estructura organizativa necesaria para poder obtener dicha acreditación.

Los criterios organizativos de nuestro sistema sanitario se conciben sobre bases geográficas y administrativas... La estructura organizativa de sus centros sanitarios adopta criterios de departamentalización esencialmente funcionales (García-Tenorio Ronda y Guerras Martín, 1998 y además en toda la legislación existente la base de su organigrama es funcional).

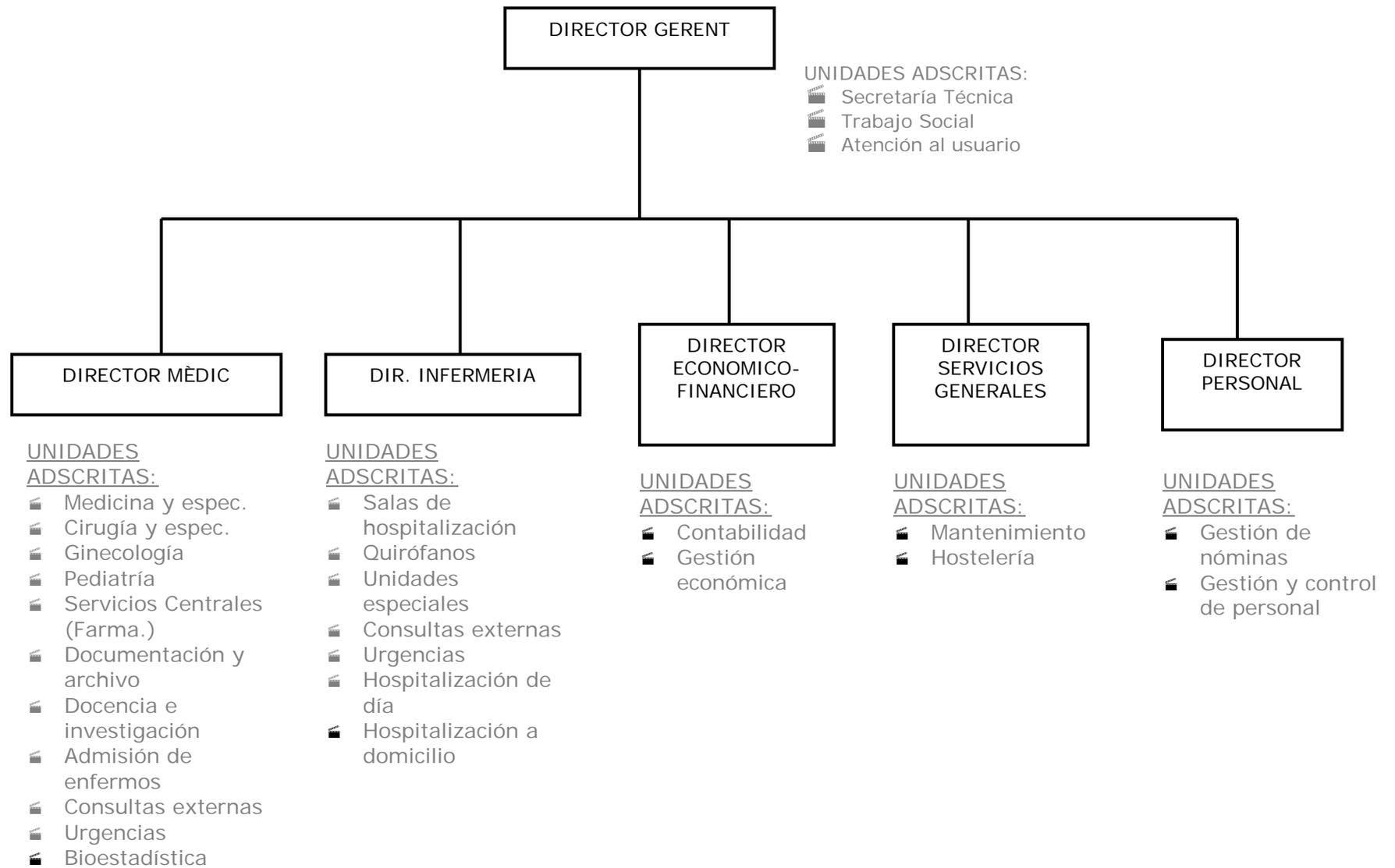
Para regular la estructura orgánica de los centros hospitalarios de titularidad pública existen diferentes órdenes, leyes, decretos, etc que lo regulan tanto

para los hospitales del INS como para los de cada autonomía. El Real Decreto 521/1987 de 15 de abril es el reglamento que aprueba la Estructura, Organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INS. Potencia simultáneamente la gestión hospitalaria y la calidad de la asistencia agrupando los servicios y actividades del hospital en cuatro divisiones: Gerencia, División médica, División de Enfermería y División de Gestión y Servicios más una serie de órganos colegiados de Participación Asesoramiento.

Centrándonos en Cataluña, la ley que regula la organización es de 18 de noviembre de 1985, y ha tenido tres modificaciones:

- el 16 de julio de 1987 (DOGC nº 870, publicado el 29/7/87)
- el 16 de marzo de 1990 (DOGC nº 1302, publicado el 8/6/90)
- el 31 de marzo de 1992 (DOGC nº 1582, publicado el 13/4/92)

Según esta ley y sus modificaciones, la organización de los centros sanitarios, a los cuales se les aplica esta ley, es funcional. Los órganos de dirección, sus responsabilidades y sus unidades adscritas serán las que a continuación presentamos en el siguiente gráfico anexo.



Se puede observar que existen dos diferentes grupos: uno más sanitario que incluiría la división médica y la de enfermería; en cambio otro grupo no sanitario, que se podría incluir la división económico financiera, la de servicios generales y la de personal.

Como se puede observar se trata de una estructura organizacional por divisiones cuyo criterio de diferenciación ha sido funcional, dónde la división médica tiene atribuidas la mayoría de unidades adscritas de la estructura, ya sean directamente unidades médicas o de algún modo relacionada con actividades médicas.

84

Rápidamente se puede observar que se trata de una estructura con un sentido muy vertical, que no favorece la coordinación entre las diferentes áreas. Si cada división no estuviera relacionada con las otras no existiría ningún problema, pero esta situación no se da, porque el usuario hace un "uso" horizontal de la organización, no vertical, por ejemplo una persona que la operan de cataratas, necesita servicios médicos, de enfermería, quirófano, hospital de día, por no mencionar que necesita personal y por tanto debe haber una planificación de necesidades laborales (médico, sanitario, no-sanitario), que tiene pasar por admisión de enfermos, que utiliza el servicio de hostelería y que no olvidemos gasta presupuesto ya que consume costes.

De igual manera es una estructura que no responsabiliza a una única persona de un servicio en concreto, por ejemplo, entrando en las divisiones sanitarias, quién es el responsable del elevado nivel de costes de quirófano, o de la mala planificación que se hace de él (igual pasaría con urgencias, consultas externas,...) Respecto a las áreas no-sanitarias es un poco al contrario está muy dividido, la contabilidad y gestión económica por un lado y por otro la gestión de nóminas y control de personal y por otro el mantenimiento y hostelería; cuando podrían formar una única división, considero demasiada especialización, para tareas tan parecidas.

Como veremos posteriormente la estructura que proponemos para hospitales se trata de estructuras más aplanadas, por ejemplo utilizar una estructura más federativa: aquellas actividades intermedias podrían funcionar más como fábricas y tendrían precios para sus usuarios y clientes

internos, que serían los diferentes departamentos; y cada especialidad sería una unidad, dónde los médicos estarían agrupados, pero tendrían que alquilar a los enfermeros, pagar pruebas,...(Rivera Latas y Osende, 1998). Somos conscientes de los problemas de control y de autoridad que puede provocar, pero pensamos que ganaríamos en responsabilidad individual –a corto plazo– y recuperaríamos el control y autoridad a medio.

BIBLIOGRAFÍA

ANSOFF, I.H., 1997, *La dirección estratégica en la práctica empresarial*, Addison-Wesley Iberoamerica, , pp. 341-375

BARLETT, Ch. A. y GHOSAL, S., 1991, La estructura matricial, más que un modo de organizar, es una manera de pensar y dirigir, *Harvard Business School*, nº45, pp. 107-116.

BEDEIAN A.G. Y ZAMMUTO, R.F., 1991, *Organizations theory and design*, Dryden Press. pp. 60

BENAVIDES, C.A., 1998, *Tecnología, innovación y empresa*. Pirámide, Madrid.

BLAU, P.M., 1970, A formal theory of differentiation in organizations, *American Sociological Review*, vol.35, nº2.

BUENO CAMPOS, E., 1984, Dirección estratégica y cambio estructural, Información económica española. *Revista de economía. ICE*, nº611, pp. 23-31.

BURNS, T. y STALKER, G.M., 1961, *The management of innovation*, Tavistock, Londres.

CAMERON K. Y WHETTEM, D.A., 1983, *Organizational effectiveness: one model or several?*, Dentro del libro *Organizational effectiveness: A comparison of multiple models* de K. Cameron y D.A. Whetten, Academic Press, Nueva York, pp.1-24

CAMPBELL, J.P., 1977, *On the nature of organizational effectiveness* en P.S. Foodman y J.M. Pennings: "New perspectives on organizational effectiveness", Jossey-Bass, San Francisco.

CLAVER, E.; LLOPIS, J.;LLORET, M. Y MOLINA,H.; 1996, *Manual de Administración de Empresas*, Ed. Civitas, Madrid.

CUERVO, J.L.,VARELA J., BELENES, R., 1994, *Gestión de hospitales*, Ed.Vicens Vives.

CHANDLER, A., 1962, *Strategy and structure: Chapters in the history of the industrial enterprise*, MIT press, Cambridge.

DE ANZIZU, J.M., 1984, Implantación del cambio en la empresa, *Dirección y progreso*, nº 74, pp. 25-34.

DE LA FUENTE SABATE, J.M., 1994, Estructura organizativa y eficiencia empresarial. Propuesta de un modelo contingente de análisis, *Ekonomiaz. Revista de economía vasca*, nº30, pp.178-197.

87

DE LA FUENTE SABATÉ, J.M.; GARCÍA-TENORIO RONDA, J.; GUERRAS MARTÍN, L.A.; HERNANGÓMEZ BARAHONA, J.;1997, *Diseño organizativo de la empresa*, Editorial Civitas. Madrid.

DE LA FUENTE, J.M., 1990, *La estructura organizativa de las empresas en Castilla y León*, Junta de Castilla y León, Valladolid.

DE PABLOS DE VACA, I., 1998, *Análisis de los servicios externalizables en los centros hospitalarios*, Comunicación en las XVIII Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria.

DONALDSON, D., 1990, The ethereal hand: Organizational economics and management theory, *Academy of Management Review*, nº 15, pp.369 -381.

EMERY J.C., 1969, *Organizational Planning and Control System: Theory and Technology*, Nueva York.

ETZIONI, A., 1965, *Organizaciones modernas*, Uteha, México.

FERNÁNDEZ Z., 1999, El estudio de las organizaciones (La jungla dominada), *Papeles de Economía*, nº 78-79, pp. 56-77

FERNÁNDEZ, Z., 1987, La estructura organizativa: un análisis contingente, *Investigaciones Económicas*, vol. 10, nº3, pp.467-482.

GALBRATH, J.R., 1977, *Organization design*, Addison Wesley, Reading.

GALBRATH, J.R, y KAZANJIAN, R.K., 1986, *Strategy implementation. Structure, systems and process*, West Publishing Company, St. Paul, Minnesota.

GIL ESTALLO, M.A.; GINER DE LA FUENTE, F., 2000, *Como crear y hacer funcionar una empresa*, ESIC.

GISPERT, C., 1999, Las actividades de influencia y la estructura organizativa de la empresa, *Alta Dirección*, nº205, pp.49-58.

GOODMAN, P.S.; ATKIN, R. y SCHOORMAN, F.D. , 1983, On de demise of organizational effectiness studies, en K. Cameron, D.A. Wheten: *Organizational effectiveness: A comparison of multiple models*, Academic Press, Nueva York, pp. 163-183.

GRANT, R.M., 1996, Toward a knowlegde-based theory of the firm, *Strategic Management Journal*, vol.17, pp. 109-122.

GRIMA, J.V. y TENA,J., 1984, *Análisis y formulación de la estrategia empresarial*. Hispano Europea, Barcelona.

88

HALL, R.H., 1996, *Organizaciones. Estructuras, procesos y resultados*, Prentice-Hall Hispanoamericana, Mexico.

HAMPTON, D.R.; 1989, *Administración*, Ed.McGraw Hill, USA.

HODGE, B.J. y ANTHONY, W.P., 1988, *Organization theory*, Allyn and Bacon, 3ª edición, Boston.

JONES, G.R., 1995, *Organizational theory. Text and cases*, Addison-Wesley. Reading.

KAST, K.E.; ROSENZWEIG, J.E., 1987, *Administración en las organizaciones. Un enfoque de sistemas y de contingencias*, Ed. McGraw-Hill, México.

KHANDWALLA, P.N., 1972, Environment and its Impact on the Organizations. *International Studies of Managment and Organization*, otoño.

LA CUEVA. F., 1986, "El diseño de las estructuras". En: *Enciclopedia de Dirección y Administración de la Empresa* (tomo V). Orbis. Barcelona.

LAWRENCE, P.R. y LORSCH, J.W., 1973, *Organización y ambiente*. Labor, Sevilla.

LAWRENCE, P.R.. y LORSCH, J.W., 1967, *Organization and environment*, Havard Business School, Boston. Traducido por Plaza y Janés como *La empresa y su entorno* (1987).

LEAVITT , H. , 1965, Applied organizational change in industry, en J. March, *Handbook of organizations*, Rand McNally, Chicago.

LONGAS, J.C., 1996, Reflexiones sobre las formas organizativas y su evolución, *Economía Industrial*, nº311, pp.27-36.

LÓPEZ MORENO, M.J., 1995, *Organización y dirección de empresas*, COPYCOM. Madrid.

LLORDACHS, F., KASE, K., SULLÀ, E., 1998, *Reflexions sobre les aliances estratègiques en el sistema sanitari*, Fulls Econòmics, 32, Generalitat de Catalunya. Dep. Sanitat i Seguretat Social. pp: 6 -12

MENGUZZATO, M.; RENAU, J.J.; 1991, *La Dirección estratégica de la empresa*, Ed. Ariel Economía, Barcelona.

MILES, R.E. y SNOW, C.C., 1984, Fit, failure and the hall of fame, *California Management Review*, vol.26, núm. 3, pp. 10-28.

MINTZBERG, H., 1984, 1988; *La estructura de las organizaciones*. Ariel, Barcelona.

MORENO, M.D, y PERIS, F, 1998, Strategic approaches, organizational design and quality management. Integration in a fit and contingency model. *The International Journal of Quality Science*, vol.3, nº4, pp. 328-347.

NADLER, D.; TUSHMAN, M., 1988, *Strategic Organization Design*, Library of Congress.

NARAYANAN, V.K., y NATH, R., 1993, *Organizational theory. A strategic approach*, R.D. Irwin, Homewood.

NAVAS, J.E. y GUERRAS, L.A., 1996, *La dirección estratégica de la Empresa: Teoría y aplicaciones*. Civitas. Madrid.

PADULA, C., 1998, Reorganizar los hospitales, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp.199-209

PFEFFER, J., 1972, Size and composition of corporate board of directors: The organizations and its environment. *Administrative Science Quarterly*, nº17, pp. 218-228.

PORRET, M., 2000, *Dirección y gestión de los recursos humanos en las organizaciones*, Universitat de Barcelona, Barcelona.

PUGH, D.S; HICKSON, D.J.; HINNINGS, C.R.; TURNER, C., 1968, Dimension of organization structure, *Administrative Science Quarterly*, nº 1, pp. 65-105.

QUINN, R.E., y ROHRBAUGH, J., 1983, A spatial model of effectiveness criteria: Towards acompeting values approach to organizational analysis, *Management Science*, col. 29, nº 3, marzo, pp. 363-377.

RIAHI-BELKAOUI, A., 1998, The impact of the multi-divisional structure on organizational slack:the contingency of diversification strategy, *British journal of management*, vol. 9, pp. 211-217.

RICART COSTA, E., ROSANAS, J.M., 1996, Fundamentos económicos del diseño de organizaciones, *Ekonomiaz. Revista de Economía Vasca*, vol.35, pp.110-135.

RIVERA LATAS,J. Y OSENDE ROBERT,C., 1998, El hospital del siglo XXI, *Harvard Deusto Business Review*, Vol. 17, pp. 59-65.

ROBBINS, S.P., 1990, *Organizations Theory: Structure, Design and Applications*. 3ª edición. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

SÁNCHEZ, J.C., 1993, Un modelo integrador para evaluar la efectividad organizacional y su aplicación en la evaluación de la cultura, *Alta dirección*, Vol.30 (176), pp. 15-23.

SÁNCHEZ, J.C., 1996, Eficacia y configuración estructural de la empresa, *Alta Dirección*, vol. 31 (188), pp.11-21.

SÁNCHEZ, J.C., 1997, Una tipología del rendimiento empresarial y sus correlatos estratégicos y estructurales, *Alta dirección*, vol. 32 (194), pp. 71-91.

STONER J.A.F, FREEMAN R.E. y GILBERT, D.R., 1996, *Administración*, Prentice- Hall Hispanoamericano. Mexico

SUAREZ GONZALEZ, I., 1999, El análisis del crecimiento de la empresa desde la dirección estratégica, *Papeles de Economía Española*, nº 78-79, pp. 78-100.

VALLE CABRERA, R., 1986, *El diseño de las organizaciones. Una aproximación contingente*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla

VECIANA VERGES, J.M, 1985, "La estructura de las organizaciones". En *Enciclopedia de Dirección y Administración de Empresas*, toma V. Orbis.

VENTURA, J., 1994, *Análisis competitivo de la empresa: un enfoque estratégico*. Civitas, Madrid.

WATERMAN, R.H., 1982, The seven elements of strategic fit, *The Journal of Business Strategy*, vol. 2, núm. 3, pp. 139-146.

WATERMAN, R.H., PETERS T.J., PHILLIPS, J.R., 1980, Structure is not organization, *Business Horizons*, vol. 23, nº 3, pp. 14-26.

WILLIAMSON, O.E., 1991, *Mercados y jerarquías: sus análisis y sus implicaciones antitrust*, Fondo de Cultura Económica. Economía Contemporánea, México.

91

WOODWARD J., 1980, *Industrial organization. Theory and Practice*. 2º Ed. Oxford Uni. Press. New York. (1ª Ed. de 1965)

ZERILLI, A.; 1992, *Fundamentos de organización y dirección general*, Ediciones Deusto, S.A., Bilbao, pp. 174

La gestión sanitaria está viviendo un momento de cambio importante,..., por lo que es necesario sentarse a debatir la verdadera efectividad de algunas de ella.

Diego Falcón. Presidente de las IV Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Noviembre 1998

92

PARTE II

ANÁLISIS DEL SECTOR DE ESTUDIO: LOS HOSPITALES Y SU ORGANIZACIÓN

Capítulo 4: La estructura sanitaria catalana y sus principales instituciones.

Capítulo 5: Concepto y alcance del término hospital

PARTE II: ANÁLISIS DEL SECTOR DE ESTUDIO, LOS HOSPITALES

En este apartado vamos a analizar el marco general que rodea a los hospitales; vamos a presentar el sector sanitario y vamos a estudiar sus características particulares, sus partitipes más importantes, así como las consecuencias que tienen estos aspectos en esta investigación, ya que considero importante y fundamental presentar el entorno para que todos conozcamos el mapa en el que se centra este estudio y, ser conscientes de las características particulares del sistema sanitario estudiado afectará a la estructura organizativa de los hospitales.

93

La investigación se centra en el ámbito catalán, es decir en el llamado **modelo sanitario catalán**. El hecho de centrarnos en una zona o una autonomía únicamente es por cuestiones prácticas, se trata de la autonomía de la autora, y es consciente de que ello tiene repercusiones en el estudio ya que, como iremos viendo durante el capítulo, el modelo catalán no es comparable con el resto de autonomías españolas, y por tanto las conclusiones de la investigación no podrán ser perfectamente extrapolables al resto de servicios sanitarios españoles.

Por este motivo vamos a realizar un breve repaso a la evolución de la organización sanitaria de Cataluña, sus instituciones y las relaciones entre ellas, para ver como afecta al objeto de nuestra investigación: los hospitales. Posteriormente nos centraremos más en los hospitales: su definición, características, productos,... La definición del hospital como empresa de servicios ha facilitado, en las dos últimas décadas, que se apliquen los modelos de gestión habituales en otros sectores.

Dentro de los diferentes análisis de investigación que puede haber en la sanidad¹ (Ortún, 1996) en este primer capítulo nos vamos a centrar en la macrogestión, es decir en estudiar los principales actores de este sector y las relaciones entre ellos, para pasar seguidamente a estudiar y ver la evolución que ha habido en la gestión de centros o mesogestión.

La hipótesis de partida del trabajo es que la forma estructural adoptada por cualquier organización, y por tanto, un hospital, condiciona su eficiencia, de igual manera que se ve condicionada al no recoger los cambios productivos e incorporarlos en la organización. Nos preguntamos si existe alguna forma

¹ Los ámbitos de investigación pueden ser: macrogestión o gestión pública, mesogestión o la gestión de centros y microgestión sanitaria o gestión clínica.

organizativa más utilizada, o más apta, que otras y veremos si corresponde a un incremento de eficiencia. Terminaremos el trabajo con una propuesta, como conjunto de elementos a considerar, para que cada gestor / político tenga en cuenta de qué variables dispone para condicionar a toda la organización.

Capítulo
4

Estructura sanitaria catalana y sus principales instituciones

4.1. Evolución y etapas de aceleración de la estructura sanitaria catalana.

Desde que en 1942 el gobierno español, siguiendo un modelo Bismark²³, introdujera el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que garantizaba el acceso a los servicios sanitarios públicos de los grupos de población con menores ingresos⁴; en los años sesenta y setenta se llevaron a cabo tres medidas legislativas importantes: inclusión de la asistencia sanitaria en el sistema de Seguridad social, la creación de una red extensa de hospitales y centros

² Fulls Econòmics, nº34, Julio 2000, Departament de Sanitat

³ Existen cuatro modelos básicos de salud, el modelo Beveridge o modelo de servicio nacional de salud (SNS), el modelo Bismark o modelo de Seguridad Social (SS), el modelo de mercado y por último el modelo Semashko o modelo de los países del centro y este de Europa. El modelo de SS es el elegido por la gran mayoría de sistemas sanitarios europeos desarrollados a finales del siglo XIX y primera mitad del XX (excepto Gran Bretaña, Irlanda, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia que a partir de 1945 optaron por un sistema nacional de salud). Posteriormente, mitad de los setenta y ochenta países del sur empezaron una transición hacia este último modelo, ya que se consideraba más eficiente y equitativo. Este es el caso de la comunidad catalana, ya que por sus características propias sanitarias consideró más adecuado construir su sistema sanitario basado en un modelo de SNS, al contrario que el resto del Estado español que optó por el modelo existente. Por esta razón, y como se ha comentado anteriormente, es difícil comparar o extrapolar las conclusiones a otras zonas (Freire,1993; Mansilla, 1986; J. Marrée y P. Groenewegen, 1997).

⁴ Freire J.M. "La cobertura sanitaria y equidad en España", 1993 referenciado en "retos del Estado del Bienestar en España a finales de los 90" de E.Alvarado Pérez. Ed. Tecnos 1998

sanitarios de propiedad pública y un aumento importante de la cobertura pública⁵; que en 1983 el partido socialista lanzará el primer borrador de la Ley General de Sanidad⁶ pasando porque en 1991 la Comisión Abril realizara una propuesta de reforma de la reforma del Sistema Nacional de Salud; hasta 2001 dónde la cobertura sanitaria pública y gratuita cubre casi al 100% de la población y dónde se ha seguido un proceso de descentralización a cada una de las autonomías con formas organizativas nuevas (fundaciones,...), ha cambiado radicalmente el panorama sanitario del país, dirigiendo estos cambios en la misma dirección que sus vecinos europeos (Rico, 1995)⁷.

Entendemos que la estructura normativa del sistema sanitario de salud condiciona extraordinariamente a las posibilidades organizativas de los hospitales. Por este motivo se estudia qué formas han aparecido, qué se está potenciando y qué se ha impedido. De este modo estaremos en condiciones de entender la actual estructura del sistema de salud que rodea el estudio de los hospitales y podremos estudiar qué posibles alternativas organizativas están en condiciones de poder ser empleadas en los distintos centros sanitarios.

La evolución de los cambios que se han ido sucediendo desde que en 1986 la Generalitat de Cataluña obtuvo las transferencias en materia de sanidad, hasta la actualidad, siendo la Llei d'ordenació sanitaria de 1990 su eje fundamental va a ser el centro de atención de esta primera parte del capítulo. Se trata de veinticinco años dónde la organización sanitaria ha sufrido modificaciones, ya sea por la introducción de nuevos organismos como por la descentralización de sus funciones, modificaciones que se han llevado a cabo paralelamente a las de sistemas sanitarios europeos, por ejemplo el inglés⁸.

Este periodo, de 1980 a la actualidad, lo podemos dividir en cuatro etapas con características propias⁹, siendo consciente que la última se encuentra en proceso:

⁵ En los años 40, la cobertura era del 25% mientras que en el 1965, ya era del 50% llegando al 80% en 1975 (INP, 1977: 169)

⁶ El País, 28 de diciembre de 1983, pág. 19

⁷ Rico, A. "Evolución de la sanidad y Estado del Bienestar en España (1975-1995)". Cap. 9 del libro "Retos del estado del bienestar en España a finales de los 90". Emilio Alvarado Pérez. Ed. Tecnos.1998.

⁸ La LOSC se aprobó en mayo del 1990 tan sólo un mes después de que una reforma similar se aprobara en Gran Bretaña.

⁹ Información extraída del Trabajo de Investigación del 2º curso del Doctorado de la autora.

- La primera fase que abarca de 1981 a 1985, dónde se puede definir los rasgos fundamentales de la futura Xarxa Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y Catalunya recibe las primeras transferencias sanitarias.
- Una segunda fase de 1986 a 1990, dónde se inicia el llamado modelo catalán¹⁰.
- La tercera fase empieza con la promulgación de la Ley de Ordenación Sanitaria (LOSC) aprobada en mayo de 1990 y que acabaría en 1996.
- En 1996, encontramos el Real Decreto del Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre nuevas formas de gestión del Insalud, que se utiliza como precedente inmediato de la Llei 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud Catalán.

Cada una de estas fases empiezan y acaban con acontecimientos muy concretos, aunque su definición parezca clara, bien definida y diferenciada, no deja de ser arbitraria y con aspectos que no siempre siguen esta diferenciación.

Antes de empezar con cada una de las fases, vamos a ver cual era la situación sanitaria en Cataluña antes de 1980. En esta época la Administración catalana define los grandes rasgos del sistema sanitario catalán, rompiendo con el concepto de un modelo sanitario de hospitales públicos, centrado exclusivamente en los recursos de la Seguridad Social para empezar a poner los cimientos del SNS. La Administración elabora un mapa con los recursos sanitarios de Cataluña, describiendo juntamente con los recursos existentes, los recursos sanitarios necesarios. La Administración se encuentra delante de un sector hospitalario cuya principal característica sería su gran heterogeneidad del sector: grandes hospitales universitarios concentrados todos en Barcelona, y un conjunto de centros de dimensiones reducidas, desplegados por toda la geografía catalana (sin tener en cuenta los hospitales provinciales de los cuales la mayoría estaban en fase de construcción, por tanto sin funcionar).

Junto con este estudio de los recursos, la Administración también empieza a crear una estructura técnica, es decir órganos administrativos que sean capaces de asumir las transferencias, que más tarde, será la base organizativa del modelo sanitario catalán.

Primera etapa: 1981-1985

Esta época se caracteriza por la existencia de un fuerte impulso planificador y de ordenación de la oferta hospitalaria desde el Dep. de Sanitat i Seguretat Social.

Cuando en 1981, la Generalitat recibió las primeras transferencias en competencias sanitarias¹¹, Catalunya presentaba una oferta de camas diferente a la que había en el resto de España (Coll. 1981)¹²: las camas de titularidad de la Seguridad Social representaban un 30% mientras que los de titularidad ajena a la Seguridad Social eran del 70%, en Cataluña dos de cada tres camas de utilización pública eran concertadas, en cambio en el resto de España, las camas de la Seguridad Social (SS) cubrían la práctica totalidad. Este porcentaje suponía que en Catalunya hubiera 0,77 camas de titularidad pública por cada 1000 habitantes, mientras que en el resto de España la proporción era de 1,91 camas por cada 1000 habitantes¹³. Esto nos presenta un contexto de partida diferencial al resto de CC.AA.

No podemos describir la actuación de la Administración de esta época sin remarcar la trascendencia en el campo de la gestión, de dos instrumentos en la definición del modelo hospitalario catalán:

- la adaptación de cerca de un centenar de conciertos entre instituciones sanitarias y el Insalud, es decir se utiliza los recursos existentes en el territorio catalán independientemente de la titularidad que sean, pública o privada.
- la acreditación hospitalaria (1981) que consistió en un *"proceso por el cual una institución u organismo examina y evalúa las estructuras de una institución sanitaria basándose en criterios estándares para la realización de servicios o actos sanitarios"*¹⁴. La superación de esta

¹⁰ La Llei 14/1986, de 25 de abril, configura el Sistema Nacional de Salud. Esta ley es el punto de partida del Sistema Nacional de Salud catalán.

¹¹ Actualmente, la Generalitat de Catalunya tiene competencias en sanidad interior y seguridad social, de manera que puede organizar y administrar todos los servicios relacionados con estas materias y ejercer la tutela de las instituciones, los centros y las fundaciones sociosanitarias. También tiene competencias en la propia planificación sanitaria.

¹² Coll. P. "El previo conocimiento de las bases para una propuesta de ordenación sanitaria regional" en Revista de la Seguridad Social, nº10. pag. 307-309. 1981.

¹³ Estadística extraída de <http://www.gencat.es/scs/cmod11.htm> día 20/10/99.

¹⁴ Definición extraída de la propuesta al *Diccionari d'Economia* por parte de la UPC por Ediciones 62.

acreditación era requisito imprescindible para formar parte de la XHUP y para obtener un concierto con la Administración¹⁵.

La autonomía de gestión de los servicios empieza con la elaboración de uno de los instrumentos de planificación de la sanidad pública que ha sido el más importante y ha tenido más eco, tanto organizativo como social: el Mapa Sanitario de Catalunya (1981), que permite conocer con detalle la realidad sanitaria y constituye el primer instrumento de planificación. Las conclusiones a las que se llegan en estos primeros momentos, es la necesidad de definir un sistema sanitario que aproveche todas las infraestructuras existentes¹⁶. Se inician las tareas de construcción y del Despliegue del Mapa Sanitario (DMS), publicado en 1983, que responde a *"la voluntad política de activar la futura estructuración sanitaria de nuestro país"*. En este mismo documento, se consolida el concepto de utilización de los centros existentes, independientemente de su titularidad. Lo elaboró la recién creada Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria (DGOPS).

99

En esta etapa se produce la consolidación definitiva de la prioridad del hospital comarcal, que posteriormente será un gran protagonista de esta historia.

Mientras aparecen estas nuevas directrices políticas, también aparece lo que podíamos llamar *"la cultura de gestión"* en los centros hospitalarios, un reflejo de este espíritu dio lugar a que en el año 1983 que el Parlamento de Catalunya aborde la organización sanitaria al promulgar la Llei 12/1983, del 14 de julio, y es en esta ley cuando se crea el Institut Català de la Salut (ICS) como entidad gestora de los servicios y las prestaciones sanitarias propias de la Generalitat y de las transferidas por la Seguridad Social, es decir es el órgano gestor de los hospitales de la Seguridad Social. Con él se avanza hacia la descentralización territorial de la gestión y la profesionalización de la dirección y de la gestión, que es otro rasgo característico del modelo sanitario catalán.

Aparecen diferentes agrupaciones hospitalarias: la Unió Catalano-Balear d'Hospitals, el Consorci Hospitalari de Catalunya,... Pero dentro de los

¹⁵ Este aspecto fue consecuencia de la diferente estructura de oferta de camas que presentaba Catalunya respecto al resto de España. En Catalunya había 0,77 camas de titularidad pública por cada 1000 habitantes, mientras que en el resto del Estado era de 1,91 camas públicas por cada 1000 habitantes.

¹⁶ Para aprovechar las instituciones ya existentes se crean una serie de medidas: contratos, conciertos,... con entidades ajenas a la Administración sanitaria. Y debido a esta necesidad se aprueba la primera ley para acreditar centros que querían

hospitales catalanes, existe el sentimiento conjunto de pertenecer a una red única de hospitales que tenía como objetivo dar servicio de asistencia pública. De todas manera continuaba existiendo dos subsectores diferentes: los hospitales del ICS (antiguos centros transferidos de la SS) y los hospitales concertados o acreditados.

Una característica común a todos los hospitales es la dificultad que tiene para dar respuesta al gran crecimiento de la tecnología sanitaria (especialmente la diagnóstica) a causa principalmente del problema de encontrar recursos y también el escollo de encontrar criterios objetivos sobre la eficiencia y eficacia de este tipo de tecnología. Quizás una de las ausencias más importantes de este periodo corresponde a una evaluación sistemática y metodológica correcta de los equipos sanitarios. No será hasta pasado un tiempo que el departamento de sanidad creará la Oficina Técnica de Evaluación de Tecnologías Médicas (OTATM), que tenía su precedente en el Programa de alta tecnología de la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria (DGOPS).

100

Segunda etapa: 1986-1990

En esta segunda etapa aparecen o se introducen nuevas fórmulas de gestión que permiten una administración de los recursos públicos adecuada a las necesidades de las empresas sanitarias y posibilita el inicio de actuaciones sin las limitaciones de las normativas administrativas: consorcios, empresas públicas,... Se establecen los cuadros macroeconómicos con los centros del ICS, que son el embrión del futuro contrato. Y por último podemos decir que es en esta etapa cuando realmente se produce el proceso de profesionalización o desarrollo de los órganos de gestión: los centros del ICS despliegan en sus organigramas las funciones de dirección y gestión, para adaptarse a las nuevas necesidades.

En julio de 1985 se crea la Xarxa Hospitalaria de Utilització Pública (XHUP), *"como instrumento dirigido a la asistencia sanitaria pública a aquellos paciente que requieran atención hospitalaria"*¹⁷. Está integrada por todos los centros (independientemente de su titularidad jurídica) que prestan asistencia sanitaria, a los titulares y beneficiarios de la Seguridad Social. Los hospitales se ven inmersos en una profunda reordenación, que impulsa la redistribución territorial, fomenta la colaboración entre centros públicos y

firman conciertos con el Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ley que actualmente rige la orden de 10 de julio de 1991 (DOGC, nº1477).

¹⁷ Lluís Bohigas i Santasusagna: "La política hospitalaria entre els anys 1981 i 1990" Monografies La Xarxa hospitalària d'utilització pública en el marc del Servei Catlaà

privados y potencia la adopción de mecanismos de planificación estratégica. Es también en esta etapa, 1985, que se inicia la reforma de la atención primaria, que pone en funcionamiento los equipos de atención primaria (EAP) dentro de los centros de atención primaria (CAP).

La construcción de esta red tenía dos objetivos fundamentales y prioritarios:

1. Primero, dar a los hospitales, tanto públicos como privados, una estabilidad en la prestación de servicios y por tanto se intenta estabilizar su fuente de ingresos y gastos, en definitiva su viabilidad económica y,
2. En segundo lugar, exigir a estos centros la adopción de medidas encaminadas a garantizar la eficiencia, la calidad y el control de costes. Posteriormente¹⁸ se establecerán los requisitos para entrar a formar parte de la XHUP y por tanto obtener la acreditación hospitalaria.

Para poder abarcar todas estas reestructuraciones se necesita aumentar el presupuesto destinado a sanidad y por tanto es una época en la que hemos de destacar un fuerte crecimiento económico de sus presupuestos (de un 8% de crecimiento en 1986 se pasa cerca de un 18% durante 1990), que provoca una expansión extraordinaria de la XHUP durante este periodo.

Junto con todos estos aspectos de gestión también se da la aparición de dos grandes instrumentos macro que pasamos brevemente a explicar: la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) y el Pla de Reordenación Hospitalaria (PRH).

Con la finalidad de reordenar la XHUP, hacerla más eficiente y distribuirla mejor dentro del territorio catalán, nace el Pla de Reordenación Hospitalaria (PRH) (1986). Este plan tiene un horizonte de 5 años (1987-1991). Es en este documento en el que se remarca la diferenciación entre los diferentes niveles de hospitales, y en que tipo de población que debe atender cada nivel, el volumen del centro y la complejidad tecnológica (A. Cuervo, Varela y Belenes, 1994)¹⁹. Es decir, marca objetivos cuantitativos en el ámbito

de la Salut: finançament i Gestió". Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Julio 1991

¹⁸ Ordre de 10 de juliol de 1991, por la cual se regula la acreditación de los centros hospitalarios. DOGC. 1991, nº4308

¹⁹ Estos autores nos ofrecen la siguiente tabla:

NIVEL	CAMAS	SUPERFICIE/CAMA	UBA/CAMA
1	0 –150	40m2	310
2 ^a	151-300	50m2	240
2B	301-750	60m2	240
3	>751	70m2	170

FUENTE: A. Cuervo, Varela y Belenes, 1994

estructural, de personal, de costes y de productividad. El plan compromete de esta manera tanto a los centros (a mejorar la productividad, aumentar la ocupación, adaptar las necesidades al personal) como a la Administración con un ajuste de tarifas, una ampliación de camas, ordenación de la red según los enfermos crónicos....

El PRH plantea medidas que requieren de la Administración dos instrumentos claves para la financiación de estos centros:

102

1. el sistema de concertación por unidades básicas asistenciales (UBA): El sistema de UBA hace recaer el impacto de la financiación en la propia actividad de los centros y da estabilidad económica a la XHUP. Paralelamente, se establecen unas tarifas unitarias para cada uno de los niveles, hecho que hace contribuir en gran medida la consolidación de la financiación (Figura 4.1).²⁰

Figura 4.1. Valor en UBA's otorgados a diferentes procesos hospitalarios.

PROCESO	Ponderación
Estancia	1 UBA
Urgencia	0,3 UBA
Primera consulta	0,5 UBA
Consultas sucesivas	0,25 UBA

Fuente: C.C. Álvarez Nebreda. 1998.

Este modelo ha ido evolucionando como se explica posteriormente, en este mismo capítulo, en el apartado de medición de la actividad hospitalaria.

2. una política de inversiones orientada en diversas líneas de inversión. En primer lugar, se destina a la construcción de nuevos centros hospitalarios, en segundo lugar a lograr una política de subvenciones con los centros concertados en las zonas de desequilibrios entre la oferta y la demanda, y por último a mejorar la estructura organizativa y la tecnología de los centros del ICS, con grandes déficits en este sentido.

Por último remarcar que aunque, como hemos visto, se empezó a estructurar el tema de la financiación surge una nueva e importante

problemática. Se trata de la diferente situación financiera, económica y de gestión en que se encuentran los hospitales del ICS, los antiguos Seguridad Social, y los concertados delante de la Administración sanitaria (un ejemplo clarificador los primeros trabajan mediante presupuestos fijos, y los segundos a través de conciertos). Esta situación provoca que se cree, en 1989, la Direcció General de Recursos Econòmics del Sistema Sanitari (DGRESS), que se puede considerar una primera fase del Servei Català de la Salut (SCS). El objetivo es separar las funciones de asignación y distribución de recursos económicos, que asume esta Dirección, de las de gestión y prestación de servicios de los centros, que son para el ICS (ver anexo 1).

Tercera etapa: 1990- 1994

Esta tercera etapa la podemos definir como un período de adaptación y transformación tanto en la organización como en la estructura o la actividad sanitaria y hospitalaria. Mediante la Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril²¹, el Sistema Nacional de Salud se concibe como un conjunto de servicios de salud dónde cada Comunidad Autónoma tiene sus competencias. Los servicios de salud se concentran, pues, bajo la responsabilidad de la Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección y la coordinación del Estado. Es, en ese momento cuando la Generalitat hace efectivo el derecho constitucional de protección de salud, con la ordenación sanitaria del llamado modelo catalán que está regido por la Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya, LOCS, (15/1990 de 9 de julio). El objetivo de esta ley es "(...) la ordenación del sistema sanitario público de Catalunya de acuerdo con los principios de universalización, integración de servicios, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, una concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria(...)"²².

Esta ley tiene como antecesoras leyes tan antiguas como las siguientes:

- 1934, "Llei de Bases per a l'organització dels Serveis de Sanitat y Asistència Social", dictada por el Parlament de Catalunya, que establecía un sistema sanitario mixto configurado por servicios de titularidad pública y privada.

²⁰ Alvarez Nebreda, Carlos C. : "Glosario de términos para la Administración y gestión de los servicios sanitarios". Díaz de Santos. 1998. Pág. 288

²¹ Boletín Oficial del Estado. 1986. núm.102 pág. 15208

²² DOGC 1324, 30.7.1990: *Llei 15/1990 de juliol, d'ordenació sanitària a Catalunya.*

- No es hasta 1983, que el Parlament vuelve a abordar la organización de los servicios sanitarios promulgando la Llei 12/1983, del 14 de julio, dónde se crea el ICS como entidad gestora de servicios y prestaciones sanitarias.
- Por último, nos encontramos delante de la Llei 14/1986, del 25 de abril, dónde se establecen unas bases de un modelo de ordenación sanitaria que se intenta lograr mediante la creación del Sistema Nacional de Salut, configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las diferentes comunidades.

Los principios básicos sobre los que se redactaron la LOCS fueron principalmente dos: el primero establecer las bases del futuro sistema sanitario catalán, recoge el diseño, la universalización, la equidad territorial, la sectorización, promoción y control sanitario; y el segundo, y no por eso menos importante, se podría considerar a esta ley como unos de los primeros intentos de mejorar y organizar la gestión de modo eficiente y, hasta cierto punto, empresarial. Estos principios de gestión que promueve esta ley son: descentralización y desconcentración, participación comunitaria y racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia. Estos principios responden a una doble necesidad: la aproximación al ciudadano de los centros de decisión y de gestión y el aprovechamiento más efectivo de los recursos sanitarios.

Los efectos de la Ley del 1990, pronto se hicieron notar.

- El más notable fue la separación de la compra (o contratación) de servicios de su provisión. Esta decisión legal daría lugar, en primer lugar, a la creación del Servei Català de la Salut²³ como comprador de servicios de asistencia sanitaria. Con la creación del SCS se separan definitivamente el ámbito de planificación y financiación del ámbito de la prestación de servicios sanitarios. El SCS constituye un órgano planificador y comprador, con el reto de conseguir los objetivos expuestos en el Pla de Salut, mediante los contratos con entidades prestadoras de servicios tanto públicas como privadas. Es importante y trascendente ya que se pasa de planificar sobre la base de la oferta a hacerlo a partir de las necesidades de salud y de servicios de la población.

²³ Ente público de carácter institucional y "planificador y comprador de servicios" adscrito al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya

- En segundo lugar, se configura un mercado de competencias planificada y regulada, mediante la separación de las funciones de financiamiento y de provisiones de los servicios, y potenciando un proceso de diversificación de proveedores.
- Un tercer efecto, es la sólida instauración del concepto de planificación partiendo de las necesidades reales que existen en la sociedad, y que éstas quedan definidas en el "Pla de salut de Catalunya"²⁴. Este Plan es un instrumento indicativo y marco de referencia principal de la planificación sanitaria y para todas las actuaciones públicas en el ámbito de salud. Establece objetivos e intervenciones que inciden especialmente en tres ejes: primero la promoción de la salud y prevención de enfermedades, segundo la equidad, eficiencia y calidad de los servicios sanitarios y por último la mejora de la satisfacción de los "clientes"²⁵.
- Un cuarto efecto es el objetivo principal de potenciar una descentralización que permita superar las desigualdades sociales y territoriales mediante la creación que esta Ley despliega de un Mapa Sanitario de Cataluña.

Figura 4.1: Distribución de funciones de la sanidad pública en Catalunya

²⁴ Este documento se presentó en abril de 1991, que define los objetivos de salud hasta el año 2000 y las actuaciones necesarias para conseguir estos propósitos. Posteriormente, los trabajos de elaboración del Pla de salut de Catalunya 1993-1995 concluyeron con la aprobación de este documento por parte de la generalitat el 9 de marzo de 1993.

²⁵ El porqué de la utilización del término cliente como sinónimo de usuarios es simplemente para darle una connotación económica de la gestión de los centros sanitarios, independientemente de su propiedad (aunque en la sanidad pública las personas que se benefician del servicio no lo pagan directamente). A lo largo de los últimos años hemos observado como existe una evolución del término para asignar a la persona que acude a los hospitales. En los primeros momentos se utilizaba el término paciente (persona que tiene paciencia y que está totalmente desvinculado del proceso de curación). Posteriormente encontramos los términos enfermo, consumidor y, en los últimos años, nos encontramos ante la política terminológica de utilizar el término usuario.

Distribució de funcions de la sanitat pública de Catalunya



106

Fuente: Esquema extraído de la Memoria del SCS del 1999

No podemos acabar esta fase sin hablar de las transformaciones sufridas por el ICS, hacia una estructura más operativa y más ágil de prestación de servicios mediante:

- ☒ una red de centros sanitarios que abarcan casi el 100% de la población mediante los centros de atención primaria
- ☒ y un volumen de recursos hospitalarios de gran trascendencia tanto cuantitativa como cualitativa
- ☒ un alto porcentaje de alta tecnología hospitalaria

Cuarta etapa

Esta cuarta etapa hemos puesto su origen en la publicación de la Llei 15/1997, teniendo en cuenta que la publicación de esta ley viene motivada por diferentes razones que suceden en etapas anteriores y que vamos a exponer brevemente.

Existen tres aspectos anteriores que podríamos decir que su convergencia de los cuales, promovió la elaboración de este texto legal. Estos tres aspectos fueron los siguientes:

- la existencia de una norma legal anterior (la Llei general de sanitat, 14/1986, de 25 de abril), que establecía un modelo organizativo basado en una gestión tradicional heredada del Instituto Nacional de Previsión, el cual consideraba al centro sanitario como un órgano administrativo.
- la necesidad de buscar nuevos modelos de gestión que aporten más eficacia a los modelos sanitarios
- iniciativas legales autonómicas que intentaban otorgar personalidad jurídica propia a los centros sanitarios.

107

Con estos tres aspectos en el fondo de la cuestión, la Llei 15/1997, intenta establecer un marco legal que posibilite flexibilizar y agilizar la gestión de los centros, los servicios y de los establecimientos sanitarios, comprendiendo tanto los instrumentos de gestión administrativa tradicionales, como los de gestión indirecta que tienden a utilizar de manera instrumental diferentes tipos de personificaciones jurídicas.

De esta manera, esta Ley tiene cuatro características básicas que son la razón de su elaboración:

- ❖ Constituye un instrumento importante de flexibilización y autonomía en la gestión sanitaria, necesidad ineludible con vistas a mejorar la eficacia del Sistema Nacional de Salud.
- ❖ Afecta, única y exclusivamente, a los aspectos formales, es decir la gestión, sin vulnerar el carácter de servicio público de nuestro sistema de salud, y manteniendo a la vez sus características básicas de universalidad, equidad y solidaridad.
- ❖ Modifica la Llei 14/1986, de 25 de abril y además con mayor consenso político que el que hubo en la aprobación de este último texto legal.
- ❖ Establece un nuevo marco legal para todo el Sistema Nacional de Salud, en lo que se refiere a la gestión de los servicios sanitarios.

Después de ver todas estas etapas y estudiar brevemente cada una de ellas, observamos que dentro del mercado sanitario institucional, ha existido un proceso de descentralización sanitaria; las reformas introducidas cambian

macro-organizaciones estatales centralizadas por instituciones más pequeñas y autonómicas, sujetas a más responsabilidad y con funciones claramente determinadas.

El siguiente punto del trabajo es un análisis más exhaustivo de las principales instituciones del modelo sanitario catalán que surgieron de las citadas etapas. El objetivo de este análisis descriptivo es dar a conocer el marco institucional en el que se mueven los hospitales catalanes.

4.2. Principales instituciones del modelo sanitario catalán

En el punto anterior hemos visto como ha evolucionado la sanidad catalana y como poco a poco ha ido surgiendo las bases del llamado modelo catalán. Para poder llevar a cabo esta organización existe una serie de instituciones, de las cuales ya hemos hablado sucintamente, y que ahora pasamos brevemente a estudiar.

4.2.1. El Servei CÀtala de la Salut (SCS)

4.2.1.1. Introducción

El SCS es uno de los puntales diferenciadores del modelo sanitario catalán. Su importancia recae en el hecho de que es el órgano alrededor del cual se organiza el sistema sanitario catalán y además es el órgano que permite una diferenciación entre la provisión de los servicios y la prestación del servicio sanitario.

Nace como una nueva institución que, en el campo sanitario, tiene la función primordial, de la compra de servicios²⁶. Es un ente público de carácter institucional, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus objetivos. Está adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y se rige por la Ley 15/1990 y por la modificación parcial que ha habido el 29 de septiembre de 1995, en la Llei11/1995 (DOGC 2116)²⁷ que establece las funciones delegadas a las Regiones sanitarias (las normas del despliegue han sido publicada en el Decreto 74/1997, de 18 de marzo).

Su objetivo principal es el mantenimiento y la mejora del nivel de salud de la población y conseguir la máxima eficacia y eficiencia del sistema con los

²⁶ Mediante la resolución del Departament de Sanitat y Seguretat Social de 17 de septiembre de 1990, se encargó a Mckinsey & Company, el análisis y la definición de los objetivos del SCS.

²⁷ Información extraída de la página web: <http://www.gencat.es/scs/cmod13.htm> el día 24 de diciembre de 1999.

recursos disponibles²⁸. Ha de garantizar la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública de Cataluña y, por tanto, es el responsable de velar por la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios que recibe la población²⁹. Otros objetivos³⁰ que tiene definidos son:

- ☒ Adecuar la distribución de los recursos sanitarios en todo el territorio catalán.
- ☒ Optimizar la distribución de los medios económicos y de las prestaciones que configuran el sistema sanitario.
- ☒ Coordinación de todo el dispositivo sanitario y de la cobertura pública.
- ☒ Prestación de los servicios de promoción y protección de la salud, prevención de las enfermedades, y de la asistencia sanitaria.
- ☒ Humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respecto por la dignidad de la persona y la libertad individual.
- ☒ Mejorar la calidad y la modernización de los servicios.
- ☒ Estimular y sostener la investigación científica en el ámbito de la salud.
- ☒ Actualización harmónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Cataluña, tanto de los equipos como de los medios técnicos y personales.

Estos son los objetivos del SCS, pero para conseguir estos objetivos el SCS desarrolla unas funciones específicas:

- El SCS tiene que PLANIFICAR, es decir, entender y evaluar las necesidades de los clientes y seleccionar una estructura de provisión sanitaria capaz de satisfacerla. Para poder llevar a cabo esta función tiene dos instrumentos fundamentales: el Pla de Salut y el desarrollo de la XHUP.
- Esta planificación permitirá al SCS CONTRATAR servicios a los diferentes proveedores del sistema. El diseño de este contrato es crítico para asegurar que el sistema de asistencia sanitario es deficiente en conjunto pero maximizador del beneficio de los recursos existentes.

²⁸ Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya 15/1990. DOGC1324, 30 de julio de 1990.

²⁹ Memoria 1999 del Servei Català de la Salut. Información extraída de la página web <http://www.gencat.es/scs/publicacions/memos/scs99/HMTL/1.2.html> el día 11/01/01

³⁰ Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya 15/1990. DOGC1324, 30 de julio de 1990

- El SCS también GESTIONA el día a día del sistema sanitario y debe CONSEGUIR el equilibrio económico en situaciones de incremento de demanda de servicios y contención del gasto público. Esta función la debemos entender no como la gestión de la provisión, sino como la gestión de las relaciones con los proveedores y la coordinación de los diferentes niveles sanitarios (es decir una gestión de la operativa diaria y no de las instituciones).
- Finalmente, el SCS como comprador, tiene que CONTROLAR que el sistema, dé a los clientes el servicio necesario y con el nivel de calidad establecido y a un nivel de costes que garantice el sistema y su eficiencia.
- Dotarse de instrumentos que POTENCIEN la calidad, la profesionalidad y la responsabilidad en el trabajo.

Desde su inicio podemos distinguir tres etapas: una primera (del 1991 a 1992) en la que se desarrolla la estructura organizativa de los servicios matrices, las estructuras participativas de los consejos de dirección y de salud y se consolida el Conjunto mínimo básico de datos de altas hospitalarias (CMBDAH). En una segunda etapa (1993 a 1995) donde el reto se concentra en la mejora de la gestión de las prestaciones, descentralizando la gestión en diferentes regiones. La tercera y última etapa (1996 hasta el momento actual), donde se añaden unos nuevos instrumentos que son, por un lado, las Encuestas de Salud de Catalunya que evalúan la satisfacción del cliente y por tanto evalúan la calidad del servicio que contrata el SCS con los proveedores y por otro, el intento de incorporar mecanismos de gestión empresarial adecuadas al carácter prestacional de la administración sanitaria³¹.

4.2.1.2. Estructura organizativa del SCS

Es lógico pensar que esta institución sanitaria que se ha convertido en el eje fundamental de la estructura sanitaria catalana, y que tiene funciones tan importantes dentro de la sanidad, ha de tener una organización interna para poder llevar a cabo todas ellas de manera eficiente.

³¹ Una consecuencia de ello, es la aparición de nuevas empresas públicas adscritas al SCS, que posibilitan introducir criterios de actuación empresarial en la gestión de la sanidad pública, mediante fórmulas admitidas en el derecho y que rompen con la rigidez administrativa. En estos momentos existen nueve empresas públicas: Institut de diagnòstic per imatge (IDI), Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, (EISSA), Sistema d'Emergències Mèdiques (SEMSA), Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (AATM), Institut Català d'Oncologia (ICO), Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Gestió de Serveis Sanitaris, Gestió i Prestació de Serveis de Salut y, la última, Serveis sanitaris de Referència-Centre de Transfusió i banc de Teixits (CTBT)

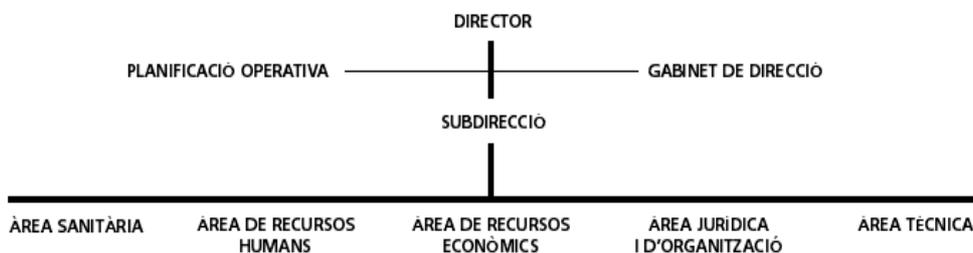
El SCS se ha organizado corporativamente en tres niveles³² (para alcanzar una mayor especialización y eficiencia): por un lado los servicios matrices y la estructura desconcentrada territorial de las regiones sanitarias, por otro las empresas públicas adscritas al SCS i por último, los organos de participación comunitaria presentes en todos los niveles de la organización³³ (ver anexo 2).

³² Desde el inicio de este trabajo la estructura organizativa del SCS ha evolucionado hacia una tendencia de descentralización organizativa (en diciembre del 1999, existían dos niveles de organización: los órganos de dirección y los de participación y en enero del 2001, nos encontramos con tres niveles: por un lado los servicios matrices y la estructura desconcentrada territorial de las regiones sanitarias, por otro las empresas públicas adscritas al SCS y por último, los órganos de participación comunitaria presentes en todos los niveles de la organización.

³³ Información extraída de la página web del SCS <http://www.gencat.es/scs/publicacions/memos/scs99/HMTL/1.2.html> el día 12/01/01

Figura 4.2. Estructura organitzativa del SCS

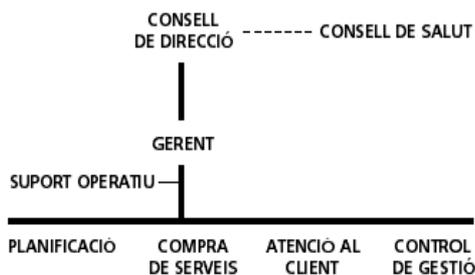
SERVEIS MATRIUS



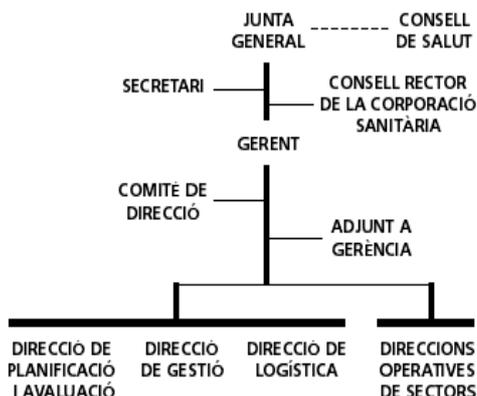
112

ESTRUCTURA TERRITORIAL

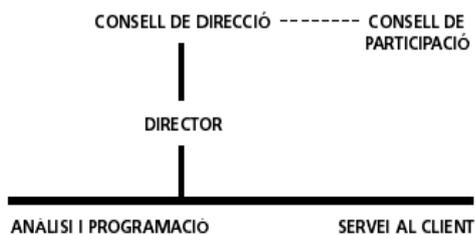
REGIONS SANITÀRIES



CONSORCI SANITARI DE BARCELONA²



SECTORS SANITÀRIS



¹ Vegeu els annexos per consultar els membres dels òrgans de direcció i participació del Servei Català de la Salut.
² El Consorci Sanitari de Barcelona assumeix les funcions de la regió sanitària de la ciutat de Barcelona.

Fuente: Memoria del SCS del 1999

Las denominadas Regiones Sanitarias, que equivalen a las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad. Catalunya está dividida en ocho regiones sanitarias delimitadas a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos, y considerando la ordenación comarcal del territorio. Esta ocho regiones sanitarias son: Lleida, Tarragona, Tortosa,

Girona, Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Mareme, Centre i Barcelona Ciutat³⁴ (ver anexo 3).

Las regiones sanitarias constituyen órganos desconcentrados de gestión del sistema sanitario público de Cataluña y les corresponden el desarrollo de las funciones atribuidas como propias o que les sean delegadas por los órganos centrales de SCS.

Las regiones sanitarias despliegan su actividad en los ámbitos de la planificación, la compra de servicios, los sistemas de gestión y la atención al cliente. También han de contar con una dotación de recursos sanitarios de atención primaria integral de la salud y de atención especializada y hospitalaria suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida en ese territorio.

En el ámbito del Sector Sanitario se desarrollan y se coordinan las actividades de prevención de enfermedades, promoción de la salud y salud pública, la asistencia sanitaria y socio-sanitaria en su nivel de atención primaria, y las especialidades médicas de soporte y de referencia.

La región sanitaria se ordena en sub-unidades territoriales integradas, denominadas Sectores Sanitarios, que son formadas por un conjunto de Áreas Básicas de Salud, y que cuentan con una estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación comunitarias.

Los sectores sanitarios están constituidos por la agrupación de áreas básicas de salud (ABS), unas unidades territoriales formadas por barrios o distritos de las áreas urbanas y por uno o más municipios de ámbito rural, con una población entre 5.000 y 25.000 habitantes, que puede llegar a 40.000 en las ciudades. Cada sector tiene asignado un hospital de referencia de los incluidos dentro de la XHUP, con el objetivo de garantizar la adecuada atención hospitalaria de la población comprendida en su territorio.

La Región sanitaria por medio de la estructura de dirección y gestión del sector sanitario, gestiona directamente los Equipos de Atención Primaria de las Áreas Básicas de salud correspondientes.

Las Áreas Básicas de Salud son las unidades territoriales elementales donde se presta la atención primaria de salud de acceso directo de la población y que constituye el eje vertebrador del sistema sanitario. Actualmente hay delimitadas 344 áreas básicas de salud³⁵.

³⁴ Mapa en la página web: <http://www.gencat.es/scs/corg12.htm>

³⁵ Información extraída de I SCS, estadísticas de su página web.

El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación dentro del área básica de salud, que mediante un trabajo en equipo, intentan cuidar, mejorar o incluso garantizar la salud de la población de referencia. Estas actividades se realizan principalmente en el marco de una estructura física y funcional denominada Centre d'Atenció Primària (CAP).

114

Dentro de este contexto de racionalización y eficiencia de la que habla la LOCS, el SCS ha conseguido desarrollar su función de comprador mediante una organización ligera y ágil, que con flexibilidad y gran capacidad de respuesta ha logrado una estructura territorial que garantice la proximidad del proveedor al cliente³⁶ y la adecuación de un entorno de competencia dentro del sector sanitario. Esta competencia (que se medirá en calidad de servicio, en adecuación a nivel tecnológico y en su eficiencia en costes) no implica competencia entre los clientes, sino que es una competencia para obtener recursos del comprador institucional que es el SCS. Es decir, que el SCS asignará los recursos en función de la competencia de cada proveedor delante de la demanda del sistema.

4.2.2. Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)

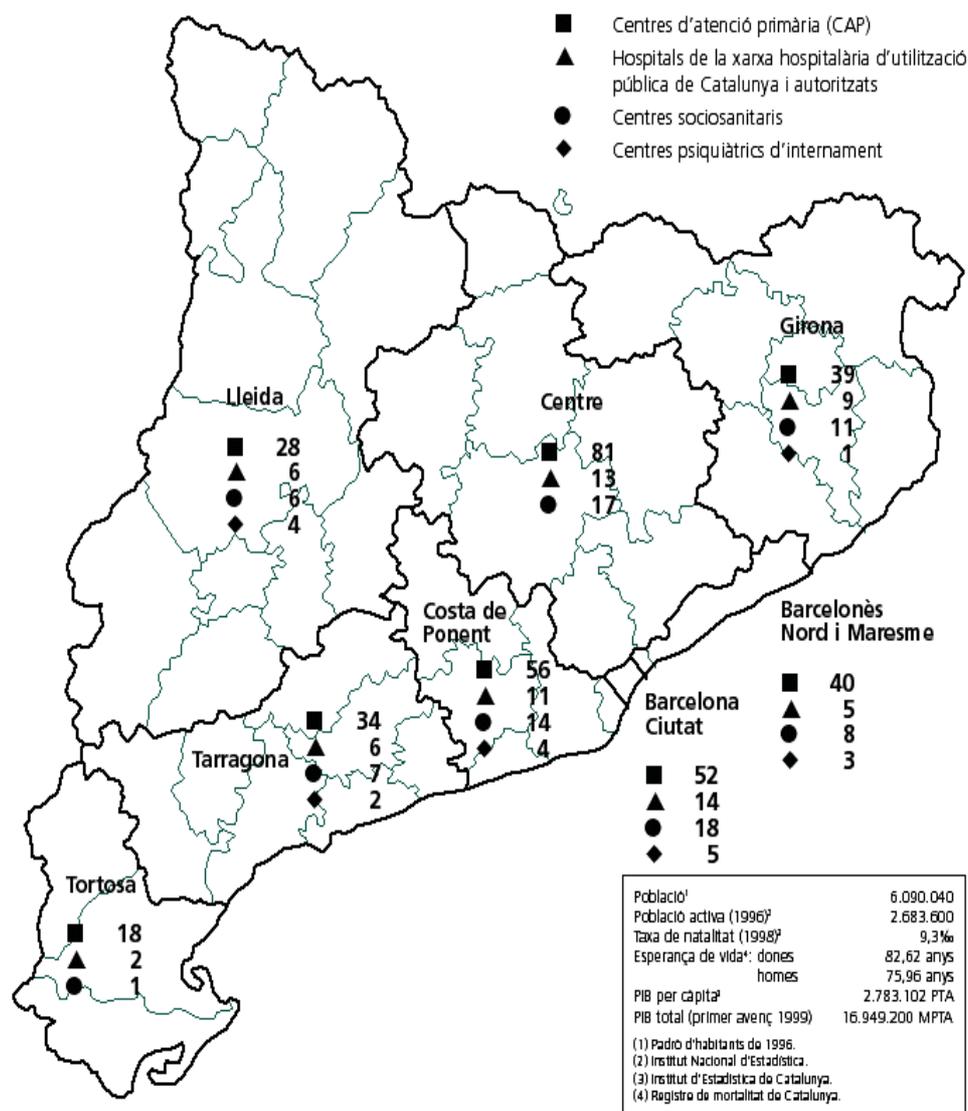
La XHUP está constituida por todos los centros, servicios y profesionales que garantizan la asistencia a la población de Catalunya y la financiación de los cuales es pública. Por tanto pertenecen a ella tanto hospitales públicos como aquellos privados que satisfagan regularmente necesidades del sistema sanitario público de Cataluña mediante los convenios y acreditaciones pertinentes³⁷.

³⁶ Campos Calvo-Sotelo, M.; Grimà y Terré, J.D; Forn y Argimon, R. : "L'estrategia de canvi del Servei Català de la Salut: Consideracions inicials sobre un repte de futur". Fulls Econòmics, 13. Generalitat de Catalunya. 1991. Pàg. 17

³⁷ Bohigas i Santasusagna, L.I. "La política hospitalària entre els anys 1981 i 1990". Monografies n°2. Fulls Econòmics. Generalitat de Catalunya. 1991.

Figura 4.3. Centros Sanitarios de la XHUP

Centres sanitaris de la xarxa sanitària d'utilització pública de Catalunya, 1999



Fuente: Memoria del SCS del 1999

Los centros o establecimientos sanitarios de la XHUP tienen dos opciones: una trabajar por cuenta propia y la segunda y más interesante, entrar a formar parte del SCS, como proveedor. Para que un establecimientos sanitario pueda ser incluido o excluido del SCS, ha de superar unos criterios de acreditación, unos requisitos, condiciones y procedimientos, los cuales

están fijados en diferentes reglamentos³⁸. De la misma forma, el reglamento será el que dictamine y garantice el nivel de calidad asistencial de los centros y la eficacia y eficiencia de la gestión económica de los mismos³⁹. En último lugar será el SCS, de acuerdo con las previsiones del Pla de Salut de Catalunya, el que asigna el nivel que corresponde a cada uno de los centros y establecimientos incluidos en la XHUP, y en función de éste, determinará su ámbito de influencia específico, que puede cubrir un sólo Sector Sanitario o si es necesario, una o más Regiones Sanitarias.

La inclusión de un centro o establecimientos hospitalario de la XHUP al SCS comporta la adopción de los siguientes aspectos:

- ⊖ El desarrollo no sólo de funciones estrictamente asistenciales, sino también funciones de promoción de salud, educación sanitaria, medicina preventiva, investigación clínica y epidemiológica, docencia y por último la participación en trabajos de información sanitaria y estadística.
- ⊖ El seguimiento de las previsiones que en materia de gestión y mediante los oportunos reglamentos haga el SCS. Por ejemplo: "... dichos centros deben tener un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y de gestión, para poder establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen, de manera preponderante, en los costes y la calidad asistencial..." (Artículo 54, Capítulo 7 de Régimen financiero de Llei 15/90).
- ⊖ Acatamiento de los controles e inspecciones periódicos y esporádicos que sean necesarios para poder verificar el cumplimiento de las normas de carácter sanitario, administrativo, económico y de estructura.

Me gustaría dejar claro, que la adscripción funcional al SCS de los centros incluidos dentro de la XHUP, no implica que estos centros pierdan en ningún momento su titularidad ni la gestión, continúan manteniéndola a todos los efectos, simplemente han de adoptar una serie de medidas anteriormente mencionadas.

Vemos que nos encontramos en una situación problemática, donde gran parte de estos problemas provienen de la misma fuente: la contabilización presupuestaria y la burocratización de la empresa.

³⁸ Ordre de 10 de juliol de 1991. DOGC. Pág. 1477 . Barcelona 1991.

³⁹ Decret de 179/1997, modalitats de pagament de la contractació del SCS. DOGC. Pág. 8721 Barcelona, 1997.

4.2.3. Institut Català de la Salut

Se trata de una gran institución sanitaria pública catalana, ya que es gestora de los grandes hospitales catalanes⁴⁰, de más de 300 centros de atención primaria y consultorios locales y cuentan con más de 30.000 profesionales por todo el territorio catalán⁴¹.

Por sus características la posición de partida del ICS es completamente diferente a la del resto de proveedores de asistencia sanitaria. Es decir, el ICS no tuvo el reto de crearse sino que tenía el reto específico de transformarse para poder operar eficientemente en su nuevo entorno. Esta transformación se produjo principalmente en dos frentes. Primero a nivel estructural, separar las instituciones sanitarias de los centros de primaria. Y segundo, a nivel de marco de gestión, dando más responsabilidades a los diferentes responsables de cada sección. Finalmente, esta transformación sólo tuvo éxito al ir acompañada de un cambio cultural, para intentar responder mejor a las demandas de los nuevos clientes, por una parte el SCS y por otra los clientes finales. Estos cambio o transformaciones en ningún momento implicaban renunciar a la titularidad pública de las instituciones del ICS.

De esta manera, podemos definir al ICS como un proveedor público de servicios sanitarios (lógicamente todo lo dicho anteriormente para la XHUP se aplica plenamente a los centros del ICS) y como ellos mismos se definen *"...eficiente y adelantado en el sistema sanitario catalán"*⁴³.

Esta transformación comporta una nueva definición de la misión⁴⁴:

- * ofrecer y proveer servicios sanitarios con la máxima calidad y con una eficiencia competitiva en costes.
- * centrarse en la satisfacción de las necesidades de los clientes finales de acuerdo con los contratos que se establezcan con el SCS y otros posibles compradores.
- * potenciar el desarrollo profesional y personal de sus miembros.

⁴⁰ Los hospitales que formaban la antigua Seguridad Social. Exactamente los siguientes: Arnau de Vilanova, Bellvitge, Germans Trias i Pujol, Joan XXIII, Josep Trueta, Vall d'Hebron, Verge de la Cinta y Viladecans.

⁴¹ Información extraída de la web: <http://www3.gencat.es:81/ics/catalan/esics.htm>

⁴² Su estructura orgánica existe en la web: http://www3.gencat.es:81/ics/catalan/E_001.htm

⁴³ Quaderns ICS 2. "El consentiment informat en el hospitals de l'ICS". ICS. Diciembre 1995.

Para poder dar respuesta a esta misión y conseguir alcanzar sus objetivos ha de existir una transformación fundamental de la cultura de esta organización, es decir cambios en las personas, en los procesos, en las estructuras y por supuesto, en la gestión. Antes de tratar este último aspecto, debemos aclarar que igual que el SCS, el ICS se ha organizado internamente con una estructura corporativa (Ver anexo 4), formada por la gerencia, la DORHAE (Dirección de Organización, Recursos Humanos y Asuntos Económicos), la división hospitalaria y la división de atención primaria.

118

La gerencia de l'ICS lleva a cabo las tareas de dirección y coordinación de la actuación gestora de los centros, los servicios y las prestaciones sanitarias y sociosanitarias de la Seguridad Social en Catalunya, de los recursos económicos, presupuestos, materiales y personal. Sus servicios son de asesoría jurídica, unidad de coordinación de servicios, gabinete de comunicación y atención al usuario, oficina de cooperación sanitaria internacional, CRAM y la secretaria técnica.

La DORHAE está compuesta por cuatro unidades que tiene como ámbitos de responsabilidad la gestión economico-administrativa, la gestión de recursos humanos, el control de la gestión y la planificación estratégica, y la organización de los sistemas de información. La dos últimas divisiones establecen directrices para la gestión y el control de la actividad calidad asistencial de los centros y servicios que configuran la red de hospitales del ICS y la red de atención primaria.

Con esta estructura podemos afirmar que actualmente han sido cambiado los principios de gestión que existían con anterioridad y ahora se actúa con principios organizativos de grupo. En estos momentos existe una independencia de gestión entre los centros y por tanto una responsabilidad sobre los resultados que obtiene el grupo, se gestiona basándose en criterios empresariales (incorporación del concepto calidad de servicios e introducción de medidas de resultados sanitarios y eficiencia) y todo ello conlleva a desarrollar una cultura organizativa basada en el servicio al cliente y en la promoción interna. Con el objetivo final de obtener una institución con las siguientes características:

- Equilibrio económico-financiero.
- Posición competitiva y por tanto una eficiencia en costes.

⁴⁴ Información extraída de sus páginas web o de documentación interna.

- Calidad técnica y de servicio para convertirse en el proveedor más eficiente.
- Satisfacción e integración del personal.
- Proveedor de servicios sanitarios no sólo al SCS si no a diferentes compradores.

4.2.4. Central de Balances

La Central de Balances se crea en noviembre de 1990 para satisfacer la demanda de disponer de un sistema de información homogéneo que proporcionara información válida, a escala sectorial, para modernizar y racionalizar la gestión de los centros sanitarios y dotar a la Administración de instrumentos aptos para planificar⁴⁵. Por tanto el objetivo de creación de este organismo es promover el conocimiento sobre la situación evolución económico-financiero de los centros proveedores de servicios sanitarios de cobertura pública y crear y mantener una base de datos de información que permite obtener informes agregados y conocer la situación económica de cada centro en relación al resto de centros (siempre en datos agregados)⁴⁶.

119

Los informes que realiza son de dos tipos:

- ☒ Informes agregados: presentan los datos agregados del ejercicio corriente y una análisis dinámico de los cinco ejercicios últimos.
- ☒ Informes comparativos: dónde se presentan la situación de un centros con los valores medios del grupo al que pertenece.

El funcionamiento de este organismo se sustenta en los principios básicos de:

- ❖ Voluntariedad de colaboración de los centros mediante un cuestionario normalizado.
- ❖ Dirección participativa del proyecto ya que los centros están representados en la Comisión Técnica.

⁴⁵ Idea expresada en las Jornadas Técnicas bajo el lema: "La Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública en el Marc del SCS: Finançament i Gestió" que se organizaron para establecer un espíritu de colaboración entre los centros que configuran la XHUP.

⁴⁶ Informe nº9 dels Fulls Econòmics, Septiembre 2001, Generalitat de Catalunya.

- ❖ Confidencialidad de los datos⁴⁷, la información aportada se trata confidencialmente y como contrapartida se obtiene información agregada, homogénea y significativa.

La Central de Balances, mediante la homogeneización de información, pretendía ser un primer paso para el nuevo modelo de pago⁴⁸ que actualmente se está diseñando en Catalunya (UME).

4.3. Conclusiones

120

Después de estudiar y analizar la evolución del modelo sanitario catalán y cómo se ha ido modificando el mapa sanitario catalán, se puede afirmar que se están poniendo las bases, o se han puesto las bases, para la introducción de una dosis más elevada de competencia en el sector sanitario, mediante la separación de las funciones de financiación, de compra y de producción de servicios (F. Llordachs, K. Kase, E. Sullà, 1998)

Dentro de este “mapa” sanitario y con la intención de mejorar su rendimiento se ha optado por una organización aparentemente divisional. La relación de las divisiones, que podrían ser los diferentes centros de prestación de servicios, con los órganos central que coordinan, que sería en nuestro caso el SCS, se basa en la estandarización y evaluación de resultados, y se formaliza por medio de marcar contractuales basados en la relación principal-agente. Aunque las auténticas variables decisivas del modelo son: la calidad y la cohesión de los responsables ejecutivos de las divisiones. Esta estructura divisional del mapa sanitario también presenta unos límites o inconvenientes:

- * esta forma divisional no facilita las respuestas a relaciones interorganizativas, es decir, no favorece las alianzas estratégicas entre unidades.
- * los criterios de rendimiento son imprecisos y por tanto dificultan la normalización y la medida del sistema
- * hay dificultades técnicas y organizativas para desarrollar instrumentos de evaluación de resultados.

⁴⁷ Principio que cumplen de manera estricta y que ha significado para esta investigación no disponer de muchos de los datos necesarios.

⁴⁸ Basado en la UME (unidad de medida especializada), utilizada para contabilizar actividades pero no todavía en el ámbito financiero.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ NEBREDA, C. C. : *"Glosario de términos para la Administración y gestión de los servicios sanitarios"*. Díaz de Santos. 1998.

AMAT, O., FALGUERA, J. de, 1997, *La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios*, Documento AECA sobre Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios, AECA.

ARTELLS HERRERO, J.J., 1993, *Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios*. Masson. Barcelona.

ASENJO, M.A.; BOHIGAS, LL; TRILLA, A.; PRAT, A., 1998, *Gestión diaria del hospital*, Masson. Barcelona

BESTARD PERELLÓ, J.J., SEVILLA PÉREZ, F., CORELLA MONZÓN, M^aI., ELOLA SOMOZA, J., 1993, La unidad ponderada asistencial (UPA): Nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria, *Gaceta Sanitaria*, nº 39, vol. 7, pp. 263 - 273.

BOHIGAS I SANTASUSAGNA, LL. "La política hospitalària entre els anys 1981 i 1990". *Monogràfies n°2. Fulls Econòmics*. Generalitat de Catalunya. 1991.

BOHIGAS I SANTASUSAGNA, LL.: "La política hospitalaria entre els anys 1981 i 1990" Monografies La Xarxa hospitalària d'utilització pública en el marc del Servei Català de la Salut: finançament i Gestió". *Fulls Econòmics*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Julio 1991

CABASÉS HITTA, J.M, 1997, La desregulación en el sector sanitario público en España, *Auditoría Pública*.

CAMPOS CALVO-SOTELO, M.; GRIMÀ Y TERRÉ, J.D; FORN Y ARGIMON, R. L'estrategia de canvi del Servei Català de la Salut: Consideracions inicials sobre un repte de futur. *Fulls Econòmics*, 13. Generalitat de Catalunya. 1991. Pàg. 17

Cataluña. Decreto de 179/1997, modalidades de pago de la contratación del Servei CATALA de la Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, DOCG. Pàg. 8721 Barcelona, 1997.

Cataluña. Llei d'Ordenació Sanitària a Catalunya 15/1990. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, DOGC 1324, 30 de julio de 1990.

Cataluña. Orden de 10 de juliol de 1991, por la cual se regula la acreditación de los centros hospitalarios. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, DOGC. Pág. 1477. Barcelona 1991.

Cataluña. Ordre de 10 de juliol de 1991, por la cual se regula la acreditación de los centros hospitalarios. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* DOGC. 1991, nº4308

Cataluña. Ordre 23 d'abril de 1986, d'Establiment de nivells dels centres inclosos en la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* DOGC. 1986.

Cataluña. Ordre de 16 de maig de 1990, que regula l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalaries de la SS a Catalaunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* DOGC. 1990.

DEL LLANO, J.; ORTÚN, V.; MARTÍN, J.M.; MILLAN, J.; GENE, J., 1998, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona.

ELLIE SCRIVENS, 1997, 7, 4-8, Assessing the value of accreditation systems, *European Journal Public Heath*, pp. 4-8.

ERRASTI, F., 1997, *Principios de gestión sanitaria*. Díaz de Santos. Madrid.

España. Orden de 7 de julio de 1972, Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado, BOE*, pp. 12955- 12971.

España. Real Decreto 521/1987 de 15 de abril, por el cual se aprueba la Estructura, Organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado, BOE*.

FREIRE J.M. "La cobertura sanitaria y equidad en España", 1993 referenciado en *Retos del Estado del Bienestar en España a finales de los 90* de E. Alvarado Pérez. Tecnos 1998

GUADALAJARA, N., 1994, *Análisis de costes en los hospitales*, Textos Universitarios.

INFORMES DE FULLS ECONÒMICS. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya. Cataluña.

LÓPEZ I CASANOVAS, G. y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D., 1997, *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Civitas. Madrid.

LÓPEZ I CASASNOVAS, G. y ORTÚN RUBIO, V., 1998, *Economía y Salud*, Encuentro Ediciones, Madrid.

LLORDACHS, F., KASE, K., SULLÀ, E., 1998, Reflexions sobre les aliances estratègiques en el sistema sanitari, *Fulls Econòmics*, 32, Generalitat de Catalunya. Dep. Sanitat i Seguretat Social. pp: 6 -12

MARRÉE, J., GROENEWEGEN, P.P., 1998, *Back to Bismark: Eastern European Health Care Systems in Transition*, Ashgate Avebury.

Memorias de Institut Cátala de la Salut. Año 1998, 1999 y 2000.

Memorias del Servei Cátala de la Salut. Año 1998, 1999 y 2000.

ORTUN RUBIO, V., 1991, *Política sanitaria, práctica clínica y eficiencia sanitaria*, Microficha, Tesis doctoral dirigida por Carlos Murillo, Universidad de Barcelona, departamento de Econometría, Estadística y Economía Española.

ORTUN RUBIO, V., 1995, La participació dels professionals en la gestió, *Fulls Econòmics* 25, Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

PADULA, C., 1998, Reorganizar los hospitales, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 199-209.

Quaderns ICS 2. "El consentiment informat en el hospitals de l'ICS". ICS. Diciembre 1995.

REPULLO LABRADOR, J. R., 1999, Orientando una visión más evolutiva e inductiva de los procesos de cambio y reforma de los sistemas sanitarios, *XIX Jornadas de Economía de la Salud: "Necesidad sanitaria, demanda y utilización"*. ,XIX Jornadas de Economía de la Salud, pp.487-494.

RICO, A. "Evolución de la sanidad y Estado del Bienestar en España (1975-1995)". Cap. 9 del libro *Retos del estado del bienestar en España a finales de los 90*. Emilio Alvarado Pérez. Tecnos. 1998.

SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J., 1997, *European Health Care Reform: analysis of Current Startegies*, Copenhagen WHO Regional Office for Europe.

TEMES MONTES, J. L., PASTOR, V.; DIAZ, J.L., 1992, *Manual de gestión hospitalaria*, McGraw-Hill, Interamericana.

VALOR SABATIER, J. Y RIBERA SEGURA, R, 1990, Gestión en la empresa hospitalaria, *Información Comercial Española, ICE*, Mayo-Junio.

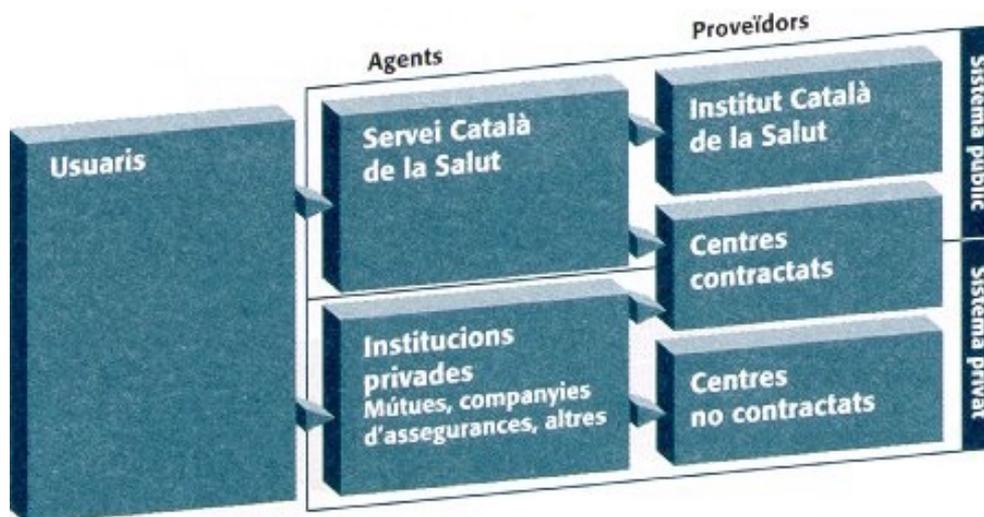
VARO, J., 1994, *Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Díaz de Santos, Barcelona.

WHITAKER, D.; SÁNCHEZ GARCÍA, P.L., 1997, *El sistema sanitario español: alternativas para su reforma*. NERA, National Economic Research Associates. Consultores en Economía, Madrid.

WHITE, T. 1997, *Gestión clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*, Masson. Barcelona.

ANEXO 1

Gràfics que mostren la diversificació de la propietat de los hospitals en el model sanitari català i les relacions entre els seus agents.

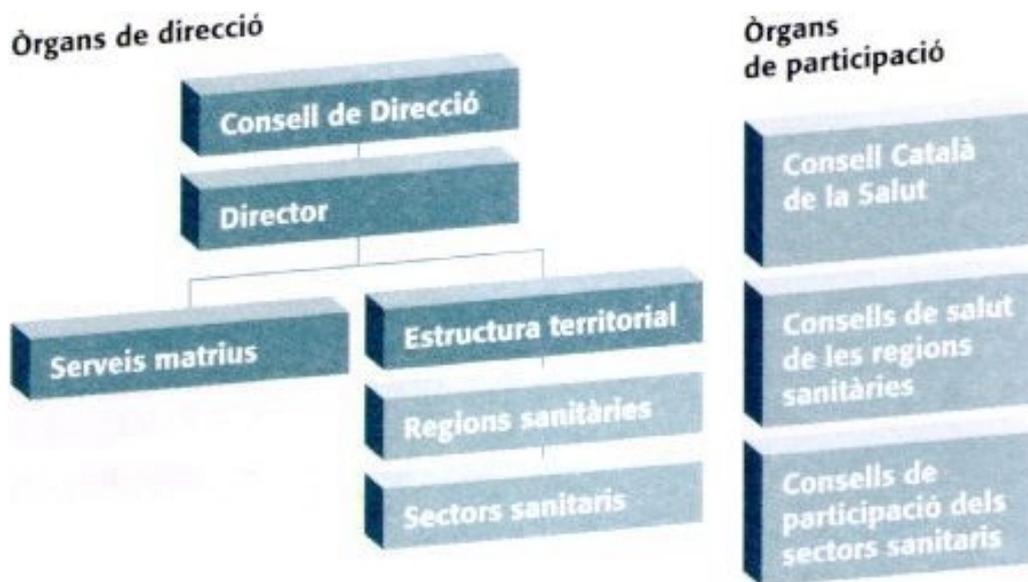


125



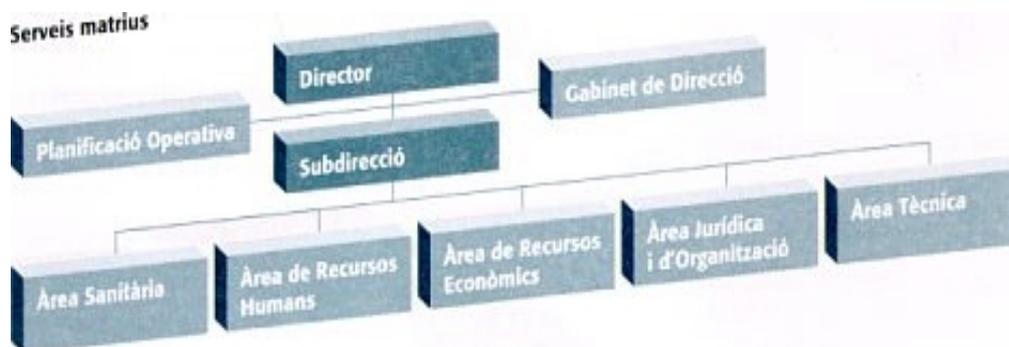
ANEXO 2

Ordenación interna de Servei Català de la Salut, diferenciando sus órganos de dirección de los de participación.



126

Gráfico que nos muestra los servicios matrices

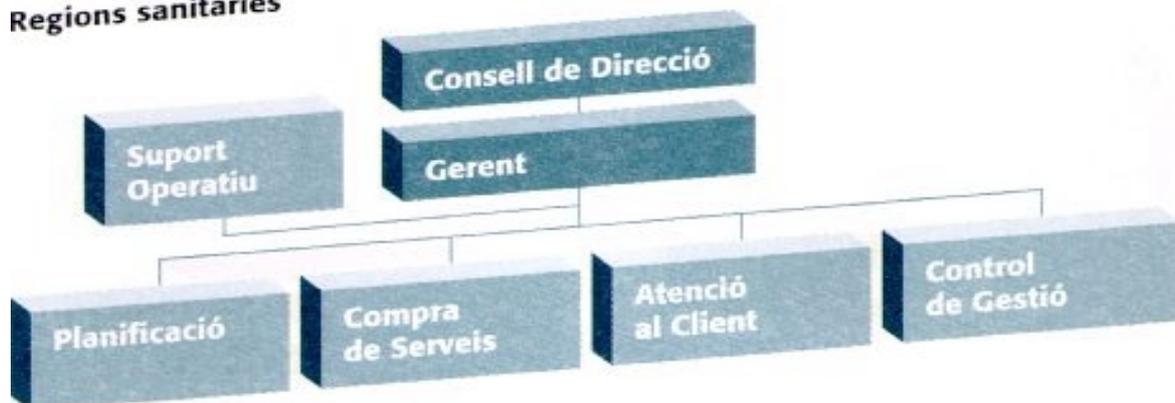


ANEXO 3

Mapa territorial catalán de las diferentes Regiones Sanitarias y su estructura organizativa dentro del SCS.

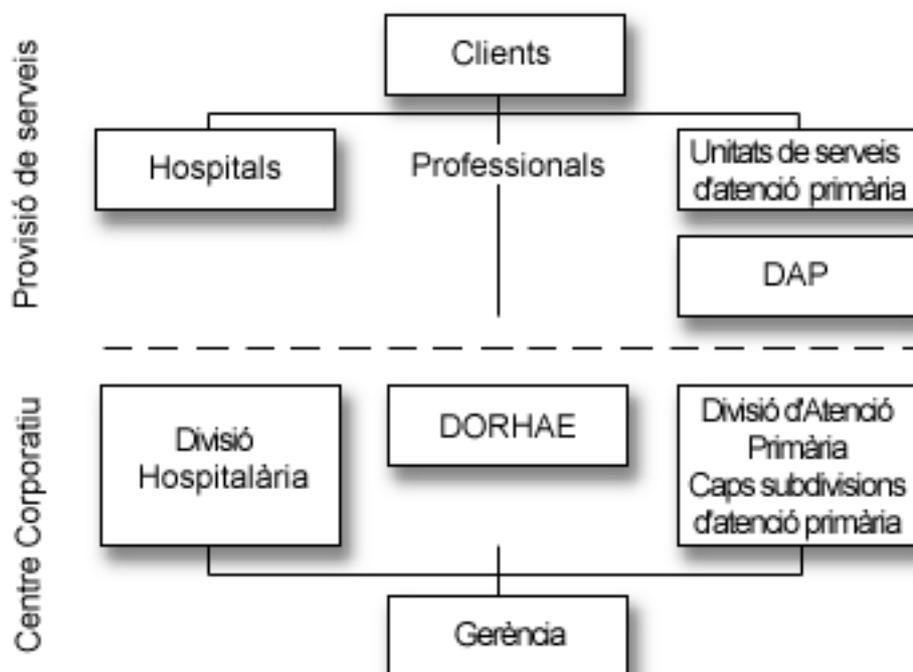


Regions sanitàries



ANEXO 4

Estructura organitzativa del ICS.



Capítulo
5

Concepto y alcance del
término hospital

130

5.1. ¿Qué es un hospital?

Una vez hemos situado el entorno en el que nos vamos a realizar la investigación, el siguiente paso es analizar el objeto en sí de esta investigación, en nuestro caso, el hospital.

Se trata de un concepto ampliamente aceptado por la sociedad y del cual, todos tenemos una idea prefijada, con la particularidad de que la definición entendida socialmente no tiene porqué corresponder fielmente con la definición formal del objeto.

Según la Real Academia de la Lengua¹ un hospital es "un establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos donde se practica también investigación y enseñanza". Por otra parte la Organización Mundial de la Salud², OMS, define el hospital como "la parte integrante de la organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como

¹ Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 1992. Madrid.

² Informe general sobre hospitales de la Comisión de Estudios de los hospitales de Madrid. Editado por la Dirección General de Sanidad. Madrid, 1960

preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Es también centro de formación del personal médico-sanitario y de investigación bio-social". Carlos C. Álvarez en su diccionario de términos sanitarios recoge la definición propuesta por la OMS como definición de hospital y que será el concepto que nosotros aceptaremos como objeto de nuestra investigación.

En la sociedad también existe otro concepto, el de clínica, que muestra una cierta similitud con el anterior y que puede llegar a confundir, aunque vamos a mostrar que no es un acertado sinónimo. Por CLÍNICA, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua entiende "la parte práctica de la enseñanza de medicina", o "el departamento de los hospitales destinados a dar enseñanza" o "un hospital privado, más comúnmente quirúrgico". Es esta última aceptación la que puede confundir aunque el segundo caso es más utilizado, comúnmente, en hospitales privados. Esta diferenciación entre hospitales y clínicas no está legislada, es decir, un centro sanitario puede llamar hospital, clínica, centro de salud,... y la ley no pondrá ningún problema, ni depende de cual sea su titularidad.

El hospital se trata de una institución sanitaria de titularidad tanto pública como privada (hospital público aquel establecimiento o grupo de establecimientos creado y administrado por una autoridad pública, que puede ser local, municipal, regional o estatal y privado aquel que esta regido por instituciones filantrópicas sin ánimo de lucro, benéficas, sociedades de seguro de enfermedad y de ayuda mutua no públicos y por último aquellos regidos comercialmente por grupos comerciales o individuos).

Las organizaciones sanitarias plantean particularidades que tienen especial relevancia en la gestión y que van a influir a la hora de pensar estructura organizativas para dichas organizaciones:

- a) Un gran número de trabajos son clasificados como profesionales
- b) La satisfacción en el trabajo se basa en el disfrute de la propia profesión.
- c) Aprender cómo hacer el trabajo está basado sobre todo en el entrenamiento profesional.
- d) El entrenamiento del trabajo está encaminado primariamente por el desarrollo profesional.

- e) Es típico el empleo de muchas horas a los compromisos profesionales.
- f) Las comunicaciones del día a día se establecen siempre con compañeros profesionales y clientes.
- g) Los esfuerzos individuales son desarrollados por objetivos profesionales.
- h) Los beneficios del trabajo se dirigen a los clientes o colegas profesionales.
- i) Las relaciones con los clientes están basadas en el conocimientos profesional.
- j) El desarrollo del cuidado está orientado hacia el desarrollo profesional.
- k) La lealtad primaria se dirige a la profesión.
- l) Los líderes son seleccionados sobre la base de la competencia profesional.
- m) El conocimiento profesional es más importante que cualquier otro.
- n) El estatus está basado en la competencia profesional y ocupacional.
- o) Las actividades de trabajo son altamente interdependientes lo que requiere un alto grado de coordinación entre grupos de diversas profesiones-
- p) El trabajo permite escasa tolerancia a la ambigüedad o el error.
- q) Existe poco control efectivo por parte de la organización y gestión sobre el grupo más responsable para generar trabajo y gastos: los médicos.

Los hospitales han evolucionado (Temes, Pastor y Díaz, 1992: 3) y hoy en día nos podemos encontrar con hospitales de diversas clases y categorías, dependiendo de quién realice las clasificación y cuál es su fin. Por ejemplo el Reglamento General para el Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (7 de julio de 1972, todavía vigente) clasifica a las instituciones sanitarias según tres criterios:

- ↪ en cerradas y abiertas (cerradas las ciudades sanitarias, residencias sanitarias con servicios regionales, residencias provinciales y comarcales y abiertas los centros de diagnóstico y tratamiento, ambulatorios y consultorios de medicina general).
- ↪ según su destino asistencial clasifica las instituciones en residencias generales (aquellos hospitales destinados a dispensar una asistencia sanitaria en las especialidades médico-quirúrgicas básicas, así como preceptiva en medicina interna) y hospitales especiales (que son las instituciones cuya función asistencial comprende la atención médico-quirúrgica de determinadas especialidades o una acción terapéutica concreta).
- ↪ y la última clasificación sería por su ámbito, que nos encontraríamos a ciudades sanitarias (aquellos complejos asistenciales compuestos por una residencia general y otros hospitales especiales y que tanto pueden ser de carácter regional o nacional), residencias sanitarias con servicios regionales (aquellos hospitales generales que dispongan de uno o más servicios de carácter regional) o residencias sanitarias provinciales (hospitales generales básicos de ámbito provincial) y por último las residencias sanitarias comarcales (hospitales locales básicos de ámbito comarcal).

Otro ejemplo, podría ser la clasificación que realiza el Instituto Catalán de la Salud con sus hospitales, su criterio es el nivel acreditativo que tienen cada uno de ellos (Acreditación que viene legislada por una Orden de 10 de julio de 1991, que fue publicada en el DOGC el 7 de agosto de 1991, N°1477). De esta forma nos podemos encontrar con hospitales generales básicos, generales de referencia y generales de alta tecnología.

Otra clasificación de las instituciones sanitarias sería en dos grandes grupos: por el tipo de servicios (hospitales especializados o generales) y por el tipo de control (hospitales públicos, voluntarios o privados). Este segundo grupo de hospitales, en lengua anglosajona, son conocidos como los "non profit organisations"³ y las "profit-making industries" o "for-profit organisations"⁴.

³ Friedman, Milton "Public and Nonprofit Organisations Objectives, capabilities and Policy Implications". New York. 1989

⁴ Perdeu, W.C. "Basic Realities in hospital Cost" en Hospital Management. 1957. Pág. 81

5.2. Hospital como empresa de servicios

Según Peter Drucker, el hospital no sólo es una empresa sino que además es una de las más compleja de todas⁵. En nuestros días ya nadie discute que además de ser una empresa se trata de una empresa de terciario, es decir del sector servicios⁶, ya que cumple todas sus características⁷ (Camprubi García, 1998; López Casanovas, 1992; Triadó, 1991). Es la actividad terciaria, la que se ha convertido en uno de los pilares fundamentales dentro de la economía de nuestro país. En 1998, el sector terciario representó el 58,1% del PIB de todo el estado⁸, a precios constantes y de este porcentaje, el 76,76% corresponde a servicios de mercado y el resto, 23,23%, corresponde a servicios no de mercado.

No todos los sectores terciarios tienen las mismas características macroeconómicas ya que dentro del sector terciario, el sector sanitario se distingue por un fuerte carácter personalizado (como por ejemplo también la educación) en contraposición con aquellos servicios que son complementarios a la producción industrial, por ejemplo la transportes y comunicaciones, aunque sí podemos distinguir unas características comunes a todos⁹:

- ❖ mayor crecimiento del PIB terciario en la economía a precios corrientes y estancamiento relativo a precios constantes, lo que provoca que un aumento de los precios de las actividades terciarias más acusados que las del resto de la economía.

⁵ E. Martí i Salís, "L'administració dels hospitals. Management versus burocràcia". Monografies 3. Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Junio 1992. Pàg. 66

⁶ Afirmación para la que no es necesaria aportar bibliografía porque es totalmente aceptada tanto por el sector como por los teóricos.

⁷ La prestación sanitaria cumple todas las características propias de los servicios. Es un servicio que, como tal, tiene las siguientes características :

1. se produce a la vez que se consume, es decir que no se almacena, ni se acumula
2. el servicio se presta en su totalidad, aunque tenga diversos componentes
3. nunca hay dos servicios iguales, aun en las mismas condiciones
4. no se puede devolver si sale defectuoso, tan solo se puede repetir
5. el servicio se produce entre trabajador y el cliente, en ausencia de la organización empresarial y de la autoridad administrativa.
6. Cuenta con un alto grado de incertidumbre en la actividad
7. El capital humano es, posiblemente, el principal activo específico de este tipo de organizaciones
8. Elevados problemas de separabilidad y medida del output sanitario

⁸ Estadística del INE, Producto interior bruto, con base 1995. <http://www.ine.es> revisado el día 3 de enero de 2000.

⁹ M. Parellada i Sabata, G. García Brosa "Alguns aspectes relacionats amb el paper dels serveis sanitaris en l'economia espanyola" en "El sector de la sanitat com a sector de serveis". Monografies 3. Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Junio 1992. Pàg. 25

- ❖ una elasticidad renta de la demanda relativamente superior a la de otros componentes del gasto público
- ❖ una productividad aparentemente menor que en otros sectores y desde luego difícil de medir
- ❖ y un crecimiento relativo importante de la población que trabaja en actividades terciarias.

El sector hospitalario y sanitario no sólo es importante por su contribución a la creación de riqueza del país (como hemos visto en las estadísticas) sino porque arrastra a sectores relacionados con él: limpieza, restauración, transporte, hotelería, informática,... De esta manera podríamos hablar que al estudiar el sector hospitalario, se está estudiando un sector que engloba diferentes sectores, es decir podría llamarse multisectorial, engloba tanto al sector hotelero, como informático, ... (de igual manera que posteriormente concluiremos que el producto hospitalario es un multiproducto).

135

Que el sector sanitario u hospitalario sea un sector de servicios significa que *fundamentalmente* el producto de este sector es un servicio¹⁰. La definición de servicio, en las últimas décadas ha sido ampliamente tratada y estudiada (Bell, 1973; Berry, 1984; Kotler, 1991), debido al aumento de la importancia del sector servicios dentro de la economía mundial y por tanto española y catalana.

Que sea una empresa de servicios¹¹, no quiere decir que no tenga ligado un producto físico (Kotler, 1991; Triadó, 1996), ya que difícilmente se encuentran servicios sin un producto que le acompañe, según Kotler llamados servicios puros, pues los gestores de la misma intentan hacer tangibles y por tanto objetiva esa intangibilidad o subjetividad propia y característica de los servicios. De esta manera existen servicios con un mayor y menor porcentaje de composición de bienes (Kotler, 1991; Saser et al., 1978) y en nuestro caso el servicio hospitalario no sólo es un servicio intangible, sino que va acompañado con una serie de productos, ya sean pruebas diagnósticas como estancias hoteleras, medidas de seguridad,...

Llegado a este punto nuestro objetivo es estudiar cuál es el producto hospitalario, ya que depende de la actividad de un hospital, la organización del mismo variará.

¹⁰ Escribimos fundamentalmente en cursiva porque posteriormente explicaremos este aspecto.

¹¹ Las características principales de los servicios son: intangibilidad, inseparabilidad, variabilidad y perecederos.

5.3. Actividad de un hospital

Una pregunta importante es ¿qué se produce en un hospital?. La respuesta que rápidamente nos viene a la mente sería RESTABECIMIENTO de SALUD, pero el problema viene cuando se tiene que medir y valorar la producción hospitalaria, que al ser una empresa de servicios será más complicado de lo que sería en una empresa industrial (Triadó, 1996).

Las características propias del producto-servicio hospitalario son las siguientes:

- servicio poco homogéneo, cada paciente tiene su propio diagnóstico, es decir cada paciente tiene un servicio a medida. Esta sería la primera dificultad, que se ha ido reduciendo con los protocolos de enfermedades.
- el número potencial de servicios es casi infinito
- no existe una frontera clara entre producto final y producto intermedio: con esta última característica no estoy de acuerdo ya que me imagino que todo depende de como definas cada uno de ellos, pero creo que sí que es fácilmente diferenciable los dos tipos de productos y además no sólo son diferentes sino que creo que tendrían que tener una gestión (tanto planificación, como control, como estructura) diferente.

En este tipo de empresas, la medida de su producción no sólo es complicada por el hecho de pretender medir algo enormemente variado, poco homogéneo y que con un producto final que no es tangible sino que las consecuencias de estas características nos dan una dificultad en hallar unidades de medida que expresen y resuman de forma correcta el proceso global de producción de servicios. Es decir, que midan y se identifique con el abanico de productos finales posibles.

En una primera aproximación a la definición del producto hospitalario, nos lleva a intentar identificar los diferentes servicios que el hospital presta. Así, por ejemplo, nos podemos encontrar con: radiografías, diagnóstico por imagen, análisis patológicos, menús, lavandería, operaciones quirúrgicas...en el fondo el objetivo de todos ellos es crear salud. Como vemos un hospital es una empresa multi-producto.

Delante de tantos problemas, se ha buscado una solución convencional y que necesita como punto de partida, la conceptualización de un modelo propio de producción de servicios hospitalarios. La formulación de este

modelo de producción de servicios tiene un sentido eminentemente práctico. Su objetivo es hacer posible la gestión racional de los procesos. Es decir permite un acuerdo operativo en relación a cuáles son los productos finales y cuáles los intermedios.

Según Fetter (1986a) una buena definición de la producción de un hospital y su producto se reflejaría en el siguiente esquema¹²:

Tabla 5.1. Definición de la producción del hospital			
<i>INPUT</i>	<i>Producto Intermedio</i>	<i>Producto Final</i>	<i>Resultado</i>
Personal	Actos médicos	Parto sin compl.	Mejorar el nivel de salud
Fármacos	Unidosis	Apendicectomía	
Alimentos	Comidas	Intervención cataratas	
Equipos	Días-Cama		
1ª Función de producción, TÉCNICA EFICIENCIA		2ª Función de producción, MÉDICA EFECTIVIDAD	

Fuente: Extraído de Fetter, 1986a

Si consideramos al hospital como una empresa de producción. los inputs o entradas en el proceso productivo serían las materias primas con las que el hospital realiza la actividad, incluyendo la mano de obra. La primera función de producción es convertir estas materias primas en productos intermedios, bienes y servicios que se necesitan para elaborar el producto final, como son las radiografías, servicio de hostelería, etc... Esta función se conoce como función técnica y es necesario que sea eficiente, es decir mejorar la calidad y con el menor coste posible. Posteriormente veremos que se trata de un tipo de actividades que se pueden gestionar con instrumentos utilizados en industria, ya que se trata de procesos similares a los industriales.

Pero la función del hospital dentro del sistema sanitario no es sólo la producción de productos intermedios, sino que éstos se deben de utilizar para diagnosticar y ayudar a la función médica a lograr el objetivo final que es mejorar el nivel de salud de la población y en concreto del paciente que

se esté tratando. La atención específica a cada paciente es lo que denominaremos producto final, y en este caso ya no estamos hablando de actividades que puedan ser medidas por la eficiencia ya que se trata de aspectos subjetivos y que difícilmente se podrán cuantificar.

Para Valor y Ribera (1990), las actividades que se realizan en un hospital se puede descomponer en dos procesos muy bien diferenciados, tanto por su relación con el paciente como en la manera de gestionarlos: procesos "off-line" y procesos "in-line".

- procesos off-line: estos autores lo definen como el conjunto de actividades que están relacionadas con el proceso de diagnóstico o el trato a un paciente y que se pueden considerar como generadores de productos intermedios, y que normalmente son ordenados por el médico responsable del paciente. Estos procesos pueden ser gestionados mediante las técnicas clásicas de gestión industrial ya que su contenido es altamente objetivo y no aleatorio para cada uno los casos.

138

Es este tipo de procesos la automatización y la informatización pueden producir grandes ahorros por muestra (es decir paciente) procesadas. En estos casos es fácilmente calculable el coste unitario, tanto fijo como variable, con lo cual se puede realizar un exhaustivo control de gestión de estas operaciones. Hemos de ser conscientes que una desviación en estos presupuestos puede venir determinada tanto por el coste total incurrido como del volumen procesado. Por lo tanto hemos de ser capaces de "hacer responsable de los costes al decisor que en verdad gestione las dos variables". Este tipo de procesos son susceptibles de ser controlados por un sistema formal, ya que su estandarización permite un fácil control de calidad, y que los objetivos de eficiencia puedan ser prioritarios.

- procesos in-line: en contraste con los anterior son una serie de procesos que en general son realizados sobre el propio paciente y que normalmente sigue un protocolo de actuación, pero no necesariamente un proceso estandarizable.

Estos procesos no deberían ser gestionados con las mismas técnicas que los anteriores, ya que en estos casos se deben controlar tanto por

¹² Extraído de la tesis de Rosa M^a Tomàs i Cedó "Els grups relacionats amb el diagnòstic". Director Jaume Canela i Soler. Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina. 1994. Pàg. 2

su eficiencia económica como por su eficacia clínica. No se puede controlar únicamente los recursos que se consumen.

Podemos observar que sea cual sea la teoría que adoptemos, la idea es la misma existen dos tipos de productos: unos intermedios o off-line, que son similares a los industriales y que por tanto pueden ser organizados y gestionados con métodos utilizados en organizaciones de este tipo; y por contra también existen los productos finales o in-line, que en este caso su organización y gestión no puede utilizarse la de métodos industriales y al tener sus características propias se debería buscar su propia organización.

5.4. Hospital como multiproducto

Después de esta breve reflexión sobre el producto sanitario, podemos dar un paso más al afirmar que esta actividad multiproductiva dentro de un hospital tiene como resultado que la actividad dentro de ellos también sea muy diferente incluyendo que existen actividades de diferentes sectores (sanitarios, hoteleros, ...) es decir estamos delante de una empresa con una diversidad de productos que dan lugar a una diversidad de sectores en los que opera. Si estudiamos la clasificación de D. Maister (1983) para agrupar actividades de una organización, vemos que en un hospital se pueden encontrar actividades de las cuatro categorías.

D. Maister (1983) resumió en una cuadrícula, tanto su clasificación como los criterios que utiliza.

Tabla 5.2. Cuadrícula de Maister

	Bajo contacto con el cliente (Valor añadido en la trastienda)	Alto contacto con el cliente (Valor añadido en la tienda)	
Actividades estandarizadas	Fábrica	Servicios "en masa"	Sistemas de control programáticos
Actividades a medida del cliente	Taller	Servicios profesionales	Sistemas de control no-programáticos
	Énfasis en habilidades técnicas	Énfasis en habilidad de interacción	

Fuente: Triadó,1991

En un hospital podemos encontrar actividades en cada una de las cuatro cuadrículas. Así por ejemplo, vamos a tener en cuenta:

- ☒ Fábrica: son todas aquellas actividades estandarizadas y que tienen un escaso contacto con el paciente. Por ejemplo laboratorios de análisis, radiología, la cocina, lavandería.
- ☒ "Servicios en masa": son todas aquellas actividades con procedimientos a seguir muy estándares, pero con un alto contacto con el cliente, es decir se realiza la actividad en la presencia del paciente. En este caso podríamos encontrar el departamento de admisiones, el servicio de extracción de muestras de sangre o el servicio de chequeo médico.
- ☒ Servicios profesionales: se trata de actividades poco estandarizadas y con un alto contacto con el paciente. Como ejemplos de este tipo de actividades podríamos encontrar todos los actos médicos.
- ☒ Taller: un ejemplo básico y creo que muy clarificador sería la actividad de un anestesista, ya que en la actividad se realiza a medida del paciente aunque él no sea consciente de este contacto entre el médico y él.

140

El posicionamiento de una actividad en una o en otra clasificación, esta muy relacionado con la forma de gestionar cada actividad. Por ejemplo, si estamos delante de departamentos que están clasificados como "fábrica" sus sistemas de gestión pueden ser copiados de los sistemas industriales, es decir establecimiento de unos estándares de calidad y de unos tiempos concedidos para realizar las distintas operaciones, midiendo después la calidad del sistema como el nivel de cumplimiento de los estándares impuestos y la productividad como el ratio entre los tiempos reales y los establecidos¹³. Las actividades situadas en la cuadrícula "fábrica" que son todas aquellas actividades que implican poco contacto con el cliente y una alta especialización, se han llevado a cabo reestructuración de puestos y racionalización del trabajo a semejanza de los que se llevan a cabo en la industrial. En cambio estos enfoques de productividad y estándares no son tan convenientes en las actividades clasificadas como **servicios profesionales**, dónde la adición de valor corresponde a tareas de alto contacto con el cliente y con una gran variedad entre los casos. En estos casos, las herramientas de gestión serían más técnicas de enriquecimiento

¹³ Ponencia de NAVARRO, J.M. et al : "El sistema d'informació pels serveis de laboratori: el software per a la recollida de dades individuals dels metges de primària" presentada en las Primeras Jornadas sobre el Sistema de Información del área de Gestión, Barcelona, 1988

de trabajo y de mejora de la calidad global. En las últimas dos cuadrículas que nos quedan no está claro hasta que punto se puede llevar a cabo un enfoque totalmente industrial. Por ejemplo cuando se ha clasificado a los pacientes en DRG ha intentado ser una "imitación" de la Tecnología de grupos que se ha seguido en la producción industrial.

Aún cuando se podrían clasificar todas las actividades que se realizan en un hospital dentro de esta cuadrícula, la mayoría de las actividades no son puras, es decir, no se pueden encajar claramente en una de las cuatro categorías sino que tienen algunas características que pueden pertenecer a más de un grupo.

141

Si tenemos en cuenta las dos clasificaciones que hemos hecho de la actividad hospitalaria e intentamos agruparla, podemos llegar a la conclusión que de los cuatro clasificaciones de Maiser, sólo los servicios profesionales se tratarían de procesos in-line, es decir de procesos que se realizan a medida del paciente (es decir totalmente heterogéneos, aunque sabemos de la existencia de protocolos médicos), y por tanto existe un alto contacto con el cliente. Por lo tanto las tres clasificaciones de fábrica, taller y servicios "en masa" se trata de procesos on-line, por tanto vemos que tenemos dos tipos de actividad claramente identificadas en el hospital y que necesitaran diferentes tipos de estructuras.

La estructura de la organización es la plasmación formal del colectivo, así como de las responsabilidades de cada elemento del mismo. Como norma general se debe diseñar una estructura organizativa coherente con la misión de la institución. En los hospitales se tiende a organizar su estructura en función de la titulación de los empleados. En consecuencia, al tener los médicos, enfermeras y personal de soporte su propia jerarquía independiente, se consigue conflictos de interés entre las diferentes personas que al final se tienen que resolver al más alto nivel del centro, y a la vez se pierde el sentimiento de equipo que trabaja hacia el mismo objetivo común.

5.5. Medidas de la actividad hospitalaria

Tradicionalmente las medidas empleadas para medir la actividad hospitalaria, conocidos como *performance indicators*, han intentado valorar la productividad¹⁴. Sin embargo, en las dos últimas décadas se han ido

¹⁴ Entendida como relación entre los costes y el producto

incorporando a estos indicadores otras medidas más o menos orientadas hacia la calidad y eficiencia¹⁵.

Se han creado en EEUU consultorías privadas y también en España que se dedican a crear estándares de medidas para el ámbito sanitario, por la falta de consenso en indicadores sectoriales. Por ejemplo la Joint Commission (Quality Healthcare Resource, Inc.) o los Top 20...

El marco conceptual para el análisis de la productividad de los recursos en la atención médica fue desarrollado por Donabedian en la década de los años 60 (Peiró, 1998). Desde ese momento este concepto se ha transformado, evolucionando y adaptando a las necesidades de cada momento y cada situación.

La sanidad en general, y el modelo catalán como ámbito de nuestro estudio, ha buscado indicadores que capturen la actividad global hospitalaria, es decir un indicador que englobe y represente toda la actividad y muestre equivalencias entre unos y otros productos.

5.5.1. UBA

El primer indicador desarrollado con fines de reembolso a los centros concertados fue la UBA (unidad básica asistencia). Se ha extendido con diferentes nombres por todo el Sistema Nacional de Salud, por ejemplo en el Servei Valencià de Salut como UMA (unidad media asistencia) y en Andalucía el equivalente básico de asistencia (EBA).

Las UBA's son indicador sencillo y de gran utilidad, que permitieron relacionar la actividad del hospital con los costes (costes por UBA) o los recursos humanos (UBA por médico), capturando mejor la actividad global del hospital que el empleo exclusivo de las estancias, ya que tiene en cuenta las visitas ambulatorias, urgencias,... (tabla 4.1). Sus principales limitaciones son:

- ↪ La ausencia de muchos productos
- ↪ Las grandes diferencias que pueden existir en el coste por UBA entre hospitales debido a las diferencias casuísticas y gravedad de sus pacientes.
- ↪ La escasa relación que pueden existir entre algún tipo de productos y el peso relativo

¹⁵ Entendida como la relación entre los costes y formas de productos más elaborados,

Estas limitaciones hicieron plantearse la necesidad de encontrar un nuevo parámetro para sustituir la UBA, no como unidad de medida para la compra de servicios, sino como elementos que permita comparar la actividad en los hospitales.

5.5.2. UME

El actual indicador que se está utilizando es la UME (unidad de medida estándar) (Fulls Econòmics, 2001). Se trata de un indicador homogéneo que integra la actividad global de un hospital, asignando pesos relativos a los diferentes productos intermedios de acuerdo un parámetro básico de medida que es el alta hospitalaria modulada por la complejidad con una intensidad relativa de recursos (IRR).

143

Tabla 5.3. Metodología para obtener las UME		
Producto : <i>unidad</i>	Valor unitario medio / <i>unidad</i>	Número de UME
UME a cuenta del SCS		
Hospitalización: <i>alta y CMA</i>	Tarifa DOGC IRR	(Número de altas + número de CMA) * IRR
Consulta externa: <i>visita</i>	Presupuestos consultas externas/ Σ (visitas*IRR)	(primeras visitas + visitas sucesivas)*IRR *(Valor unitario medio de la visita / valor unitario UME hospitalización)
Urgencia: <i>urgencia</i>	Presupuestos de urgencias/ Σ (visitas*IRR)	(urgencias)*IRR *(Valor unitario medio de la urgencia/ valor unitario UME hospitalización)
Cirugía menor ambulatoria: <i>intervenciones</i>	Presupuestos de cirugía menor ambulatoria/ Σ (intervenciones * IRR)	(intervenciones totales)*IRR *(Valor unitario medio de la cirugía menor ambulatoria/ valor unitario UME hospitalización)
Hospital de día: <i>sesiones</i>	Presupuestos hospital de día/ Σ (sesiones * IRR)	(sesiones totales)*IRR *(Valor unitario medio del hospital de día/ valor unitario UME hospitalización)
Otras actividades		Importe de la facturas de otras actividades / valor unitario UME

como los GRD y similares.

		de hospitalización
UME a cuenta de otros compradores no SCS		
Otros compradores no SCS		Importe de la facturas de otros compradores no SCS / valor unitario UME de hospitalización

Fuente: Fulls Econòmics. 2001

La metodología para obtener este indicador se presenta en la tabla 5.6. Como se observa, su cálculo es más complicado que el anterior indicador, pero en este se ha solucionado la limitación de las diferencias de actividad complejidad de cada hospital. Igual que el indicador anterior existe una tabla de factores de conversión entre la unidad de medida de la actividad de las diferentes líneas de productos:

Tabla 5.4. Factores de conversión

Factores de conversión	1997	1998	1999
Alta	1	1	1
Visita	0.0256	0.0256	0.0263
Urgencia	0.0472	0.0469	0.0458
Cirugía menor ambulatoria	0.0849	0.0852	0.0860
Hospital de día	0.0824	0.0839	0.0965

Fuente: Fulls Econòmics, 2001

La construcción de la UME parte de dos hipótesis básicas: primero que existe una correlación positiva entre el consumo relativo de recursos y las valoraciones de compra. Y segundo que la complejidad de la actividad ambulatoria es igual o similar a la de hospitalización.

Se ha de resaltar que la UME no es una unidad sustitutiva de la UBA. Ésta se sigue utilizando como unidad de transacción y compra de servicios, y la UME sirve para poder establecer comparaciones entre entidades y periodos de tiempo. Aunque desde la Comisión Técnica de la Central de Balanços, son conscientes de sus limitaciones, consideran que se ha de hacer un esfuerzo para utilizar esta medida (Fulls Econòmics, 2001).

5.6. La gestión económica de un centro hospitalario.

La necesidad de incorporar la gestión a la vida de los servicios sanitarios es algo que nadie pone en duda a principio del siglo XXI. Sin embargo este acercamiento de la gestión al día a día de un hospital se pueden resumir en (del Llano Señaris et al, 1998; Cuervo y Varela, 1994):

- ↪ Incorporación de los clínicos a la gestión
- ↪ Se ha de aceptar e incorporar modelos organizativos donde los criterios de eficiencia son trascendentales y la información el soporte para la gestión.
- ↪ Y la propia complejidad del sistema sanitario (medición del output final; mano de obra número y cualificada; las decisiones de gasto tomadas de forma aislada por los médicos; la capacidad de decisión del gestor limitada por la fuerte regulación del sector, tanto por los organismos financiadores como por los planificadores; unidos a un aumento de las exigencias del consumidor, un entorno cambiante de evolución permanente y la introducción de competencia, la creación de mercados internos,...)

Ante este panorama se exige a la dirección a los gestores decisiones no solo eficaces¹⁶ sino también efectivas¹⁷ y eficientes¹⁸.

De todo el ámbito de la gestión de los centros hospitalarios nos vamos a centrar en el aspecto que nos interesa a nuestra investigación: la organización de los centros.

Mientras el mundo de los servicios ha destacado fundamentalmente por su aportación al desarrollo de nuevas estructuras organizativas (véase el capítulo 6) con la nueva orientación del servicio al usuario, la sanidad ha permanecido enquistada y ajena a la utilización de los instrumentos y técnicas de gestión comúnmente utilizados en el mundo empresarial. La definición del hospital como empresa de servicios ha facilitado, que se aplique los modelos de gestión habituales en otros sectores productivos (J. Mauri y Santuré, 1990).

La estructura, organización y funcionamiento de los hospitales fundamentales ha venido legislada mediante leyes, normativas o

¹⁶ Soluciones frente a un problema

¹⁷ Soluciones frente a un problema, aquí y ahora

¹⁸ Soluciones frente a un problema, aquí y ahora, y al menor coste posible.

reglamentos¹⁹; ya sea por que el hospital es público y por tanto su funcionamiento está legislado o porque todos los hospitales han de pasar la acreditación para poder ser proveedores de servicios público y en ella también se refleja unos mínimos aspectos sobre la organización.

En la orden del Departamento de Sanidad y Servicios que dan los criterios de acreditación, existe un anexo con los criterios de acreditación en relación con la dirección y la organización generales, en dónde se dispone que en todo centros hospitalario ha de existir un:

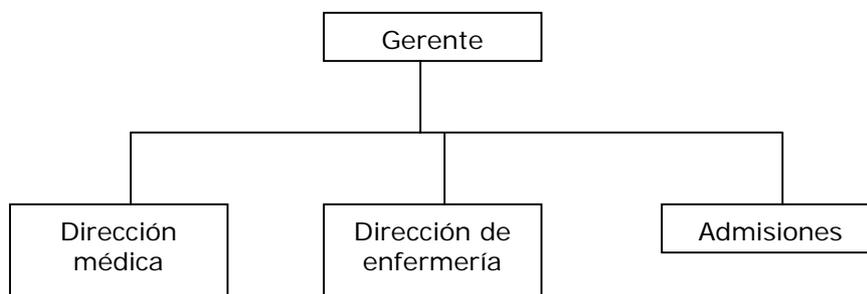
- ☺ Director gerente que es la máxima autoridad del hospital
- ☺ Director médico que es el máximo responsable de la asistencia clínica prestada (la dirección médica ha de contar con un cuadro de servicios médicos).
- ☺ Director de enfermería: máximo responsable de la asistencia de enfermería prestada
- ☺ Unidad central de admisiones.
- ☺ También existen criterios en relación con unidades asistenciales de hotelería y de diagnóstico, hospitalización, pediatría, consultas externas, urgencias, farmacia, bancos de sangre y depósitos de sangre, dietética, bloque quirúrgico, tocología, IDI, laboratorios, anatomía patológica, documentación clínica, biblioteca, esterilización, cocina, lavandería y limpieza.

Teniendo en cuenta lo visto en el capítulo 3 de esta investigación, la organización estándar de un hospital es una organización divisional (Figura 5.7).

¹⁹ Legislación sobre estructura organizativa en los hospitales:

- ☒ Orden de 16 de mayo de 1990 que regula la estructura orgánica de Dirección, Gestión y Administración de las instituciones hospitalarias de la seguridad Social en Catalunya
- ☒ Orden de 10 de julio de 1991, por la cual se regula la acreditación de los centros hospitalarios.
- ☒ Ley 15/1997, del 25 de abril sobre Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (fundaciones, consorcios, sociedades estatales y fundaciones públicas sanitarias).

Figura 5.1. Organigrama básico estándar determinado por Ley



Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley

Esta estructura divisional tiene la característica favorece la especialización. Cada división posee su propia administración y diferentes grado de autosuficiencia. Cada agrupación es, por tanto, responsable de la gestión no sólo clínica sino también de los servicios de soporte que incorpore. Como hemos visto se trata de una estructura divisional con la fuerte limitación ya que cada una no tiene productos propios sino que el proceso productivo ha de pasar por todas ellas y por tanto no se aprovecha al máximo de las ventajas que ofrece esta estructura.

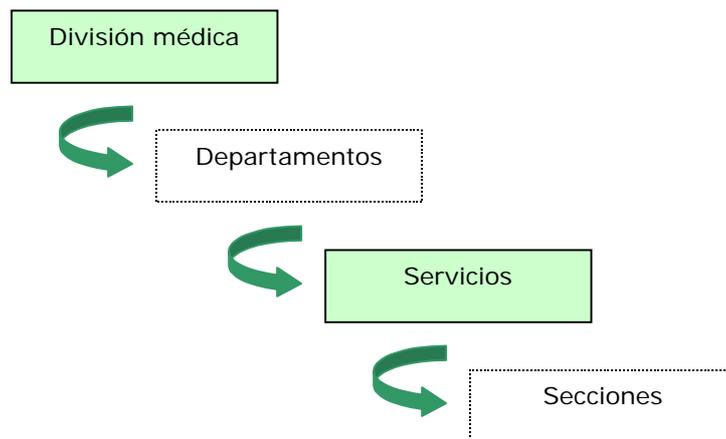
Es un modelo de multi-hospitales con mecanismos de coordinación horizontal, que facilita la integración de decisiones que importan al conjunto de hospitales (Obeso, 1996). Son estructura fuertemente jerarquizadas y funcionalistas (por eso a veces se consideran estructuras funcionales); los flujos de información y toma de decisiones circulan verticalmente mientras las actividades diagnósticas y terapéuticas que componen el proceso asistencial circulan horizontalmente. En este modelo la toma de decisiones asciende por la línea jerárquica y se acaban tomando en la cúpula directiva (Padula, 1998).

Cada división está fundamentalmente dividida en especialidades que forman los llamados servicios (Figura 5.8). De alguna forma, la actividad del hospital se considera como la suma de las actividades de los servicios médicos que lo integran, por tanto el servicio es la piedra angular de la organización hospitalaria²⁰. El servicio es una organización piramidal (Temes et al,1992) y como responsables de ellos están los jefes o directores de servicios (que normalmente han sido cubiertas por profesionales médicos sin tener que coincidir con un buen profesional de la gestión) que dispone

²⁰ En centros hospitalarios de grandes dimensiones, por ejemplo, las antiguas ciudades sanitarias existe una agrupación de servicios que son los departamentos; sin embargo, su existencia no es común.

de recursos tanto humanos como materiales, aunque fundamentalmente son humanos. Según el tamaño y la dimensión del centro hospitalario el servicio se puede dividir en secciones, al frente de las cuales se encuentra un jefe de sección. La estructura de los servicios no es más que la organización de todos los recursos de una especialidad médica. Las funciones clásicas de los servicios médicos son tres: asistenciales, docentes e investigadora.

Figura 5.2. Niveles organizativos de un hospital



Fuente: Elaboración propia

Los servicios médicos de un hospital, se hayan divididos en diferentes áreas: hospitalización, consultas externas, quirófanos, servicios centrales, servicios especiales y áreas de urgencias.

Como se observa la complejidad organizativa es elevada ya que la atención al paciente ha de ser lo más personalizada y homogénea posible en cuanto a criterios y protocolos tanto de calidad como de eficacia.

El problema se complica con la aparición de unidades dentro de una especialidad. El concepto en origen consistía en unidades pioneras que desarrollaban una asistencia de gran calidad en un campo en concreto, por ejemplo investigación punta en una especialidad.

BIBLIOGRAFIA

ALCOVER, M.; VILA, L., 1981, El hospital como organización: un nuevo enfoque, *Revista de Seguridad Social*, nº10, pp.133-163.

ÁLVAREZ NEBREDA, C.C., 1998, *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.

ASENJO, M.A., 1999, *Las claves de la Gestión Hospitalaria*, Gestión 2000, Barcelona.

149

BELL, M., 1973, *Numerical computation of field distribution and frequency in the lower passbands of a symmetrical periodic structure. Part I: Theory*, Editor Geneva, Cern.

BERRY, L.L. y YADAV M.S., 1994, El papel del valor en la determinación del precio de los servicios, *Harvard DEUSTO Business Review*, vol. 17, pp. 26-37.

CABASÉS HITTA, J.M, 1997, La desregulación en el sector sanitario público en España, *Auditoría Pública*.

CASAS GALOFRÉ, M., 1998, *Gestión clínica: una visión actual del hospital*, Masson, Barcelona .

CASTELLÀ, J; OBESO, C; PEIRÓ, M, 1995, *Conocer la opinión del usuario sanitario: del control de calidad a la orientación-cliente*, Documento de Trabajo o Working Papers, ESADE, Barcelona,.

DEL LLANO, J.; ORTÚN, V.; MARTÍN, J.M.; MILLAN, J.; GENE, J., 1998, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona.

FETTER, 1986a, citado en la tesis doctoral del Tomà i Cedó, Rosa María, Els grups relacionats amb el diagnòstic (GRD): avaluació de comportament en dades hospitalàries catalanes, 1994. Director Jaume Canela i Soler. Facultat de Medicina, Universidad de Barcelona.

FRIEDMAN, M. "Public and Nonprofit Organizations Objectives, capabilities and Policy Implications". New York. 1989

KOTLER, P., 1991, *Fundamentos de mercadotecnia*, Prentice Hall Hispanoamericana, Mexico.

LÓPEZ CASASNOVAS, G., 1992, Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: Las formas organizativas son importantes, *ICE Economía de la Salud*, nº708-709, pp.63-77

LLEWELYN R, MACAULAY C. "Planificación y administración de hospitales". Publicación científica nº191, Ginebra, OMS, 1976 referenciado en el pie de página anterior.

LLORDACHS, F., KASE, K., SULLÀ, E., 1998, Reflexions sobre les aliances estratègiques en el sistema sanitari, *Fulls Econòmics*, 32, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp.6 -12.

MAISTER, D., 1983, Research in Service Operations Management, proc. Workshop on Teaching and Researching Production an Operation Management, London Business School.

150

MARTÍ I SALÍS, E., 1992, L'administració dels hospitals. Management versus burocràcia. *Monografies 3. Fulls Econòmics*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, pp. 66

MAURI I SANTURÉ, J., 1990, Contribución a la gestión hospitalaria basada en la medición del case mix, Tesis, UB.

NAVARRO, J.M. et al : "El sistema d'informació pels serveis de laboratori: el software per a la recollida de dades individuals dels metges de primària" presentada en las Primeras Jornadas sobre el Sistema de Información del área de Gestión, Barcelona, 1988

OBESO ABALDE, C., 1996, Estrategia y desarrollo organizativo en las organizaciones sanitarias, *Boletín de estudios económicos*, nº 159, pp. 435-449.

PADULA, C., 1998, Reorganizar los hospitales, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp. 199-209.

PARELLADA I SABATA, M., y GARCÍA BROSA G., 1992, "Alguns aspectes relacionats amb el paper dels serveis sanitaris en l'economia espanyola" en "El sector de la sanitat com a sector de serveis". Monografies 3. Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pàg. 25

PEIRÓ, S., 1998, Medidas de actividad y producto sanitario, capítulo del libro DEL LLANO, J.; ORTÚN, V.; MARTÍN, J.M.; MILLAN, J.; GENE, J., 1998, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona.

PEIRÓ, S.; SEMPERE, T.; D. OTERINO DE LA FUENTE, 1999, *Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios*

hospitalarios de urgencias. Economía y Salud, Asociación de Economía de la Salud, Barcelona, nº33 (abril).

PERDEW, W.C., 1957, "Basic Realities in hospital Cost" en *Hospital Management*, pp. 81

RIVERA LATAS, J. y OSENDE ROBERT,C., 1997, El hospital del siglo XXI, *Harvard Deusto Business Review*, nº76, pp.59-65.

RODRÍGUEZ, M.; RODRÍGUEZ, D. Y ABASOLO, I., 1996, *Los sistemas mixtos de retribución como alternativa al pago por salario y su repercusión sobre la eficiencia del sistema sanitario*, Documento de Trabajo de FEDEA.

151

SASER, W.E, OLSEN, R.P.; WYCKOFF, D.D., 1978, *Management of service operations : text, cases, and readings*. Allyn and Bacon, Boston.

SMALLEY, H.E. y FREEMAN, J.R. "Hospital Industries Engennering a Guide to improvement of Hospital Systems" Reinhold Publishing Co. New York, 1966 citada en X. Triadó Ivern tesis doctoral "Dirección de empresas en el sector servicios". Barcelona. Octubre 1991. dirigida por el Dr. F. Tarragó. Universidad de Barcelona, Barcelona, pp. 73.

TEMES MONTES, J. L., PASTOR, V.; DIAZ, J.L., 1992, *Manual de gestión hospitalaria*, McGraw-Hill, Interamericana.

TODD E, "Diseño funcional y organización de hospitales". México, McGraw-Hill, Madrid, 1976

TOMÀS I CEDÓ, R. M^a, 1994, "Els grups relacionats amb el diagnòstic". Director Jaume Canela i Soler. Universitat de Barcelona. Facultat de Medicina, pp. 2

TRIADÓ, X.M., 1996, *El Marketing en la gestión deportiva*. Editor: Gestió i Promoció Editorial, Barcelona.

TRIADÓ, X.M., 1991, tesis doctoral "Dirección de empresas en el sector servicios". Barcelona. Octubre 1991 dirigida por el Dr. F. Tarragó. Universidad de Barcelona, Barcelona.

VALOR SABATIER, J. Y RIBERA SEGURA, R, 1990, Gestión en la empresa hospitalaria, *Información Comercial Española, ICE*, Mayo-Junio.

VAZQUEZ, I., 1988, El trabajo multidisciplinario y la humanización hospitalaria, *RTS. Revista de trabajo social*, nº111, pp. 48-64.

“Los problemas de la innovación en las organizaciones profesionales hunden sus raíces en el pensamiento convergente, en el razonamiento deductivo del profesional que interpreta situaciones específicas en término de concepto general. Esto significa que los nuevos problemas son encajados a la fuerza en los viejos nichos (...) El hecho es que la innovación requiere razonamiento inductivo, esto es, la inferencia de una nueva solución general a partir de las experiencias particulares. Y este tipo de razonamiento es divergente; rompe con las viejas rutinas estándares, no perfecciona las existentes”.

Henry Mintzberg. Mintzberg on Management. (Citado en del Llano 1998).

“Los ciudadanos no se quejan de la atención sanitaria que reciben, sino de cómo están estructuradas las organizaciones sanitarias”

Nicolas Pombo. Texto extraído de un artículo de la revista Diario Médico, 16 de octubre de 1997, “Todos los caminos llevan a agilizar la gestión del personal”

PARTE III

NUEVAS OPORTUNIDADES ORGANIZATIVAS PARA LA EFICIENCIA DE RECURSOS

Capítulo 6: Oportunidades del cambio
organizativo mediante la descentralización

Capítulo 7: Identificación de variables de
medida

Capítulo
6

**Oportunidades de cambio
organizativo mediante la
descentralización**

6.1. Introducción.

El entorno competitivo de finales del siglo XX y de principios del XXI exige importantes cambios en las organizaciones para que puedan responder a las exigencias de sus clientes tanto empresas de servicios como industriales.

Las organizaciones evolucionan adaptando y desarrollando formas innovadoras de organización que les permita responder a problemas más complejos y dinámicos, buscando una consistencia externa con la estrategia de la empresa y su entorno competitivo (Burns y Stalker, 1961; Lorsch y

Lawrence, 1972; Andreu, Ricart, Valor, 1995; Palom, 1992)¹. Resumiendo en una pregunta, el objetivo hoy en día de las organizaciones es ¿cómo lograr organizaciones flexibles, con capacidad de aprender de cambiar y con capacidad de dar respuesta rápida e integrada a clientes cada vez más exigentes, no sólo sin aumentar los costes sino además aumentando la eficiencia de la organización? (J.E. Ricart; J.L. Alvarez, 1997; Mintzberg y Van der Hieden, 1999).

Todavía en el siglo XXI, la Economía está influenciada por la herencia taylorista (Wissemá, 1994) que choca frontalmente con los objetivos anteriores, justificando el sistema organizativo en razón a los costes, siendo esta una visión parcial y con frecuencia errónea. Como complemento a esta visión parcial, se introduce la idea de producción a medida, y se toma conciencia de modos de organizar más eficientes y que permitan adaptarse a las necesidades del entorno, alternativos a la clásica estructura funcional. Este tipo de medidas provocan que en las organizaciones en general, se está produciendo un fenómeno de aplanamiento de las estructuras organizativas, existe una tendencia a una mayor flexibilidad organizativa o una horizontalidad estructural (Stoner, 1991; Suárez y Vicente, 2000). Se buscan organizaciones más flexibles, con unidades más autónomas que a la vez permitan enfocar su gestión hacia un aumento de la productividad, mejorar la calidad, elevar la flexibilidad y optimizar los costes (Doppler y Lauterburg, 1998). El objetivo es encontrar una mayor innovación, autonomía y flexibilidad², para hacer frente al entorno cambiante (Ventura, 1992; Aguirre, Castillo y Tous, 1999) y también como fuente de diferenciación ante sus clientes, ya que la estructura organizativa puede llegar a convertirse en ventaja competitiva sostenible y no imitable (Goñi, 1998). Este es el objetivo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de Gestión de Sistemas Nacional de Salud, donde se lee "(...) el presente Real Decreto se enmarca dentro del necesario proceso de flexibilización, descentralización y autonomía de la gestión sanitaria (...)"³.

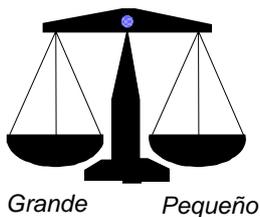
¹ Desde esta perspectiva se explica la aparición en su momento de las organizaciones divisionales, de los holdings, las organizaciones matriciales y en los últimos años a aparición de las redes empresariales. (Andreu, Ricart, Valor, 1995)

² El Informe Abril señala unos cuantos propósitos generales de reforma de la sanidad y uno de ellos dice lo siguiente "... Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y automáticamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias..."

³ Frase extraída de la Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de Gestión de Sistemas Nacional de Salud, en la exposición de motivos.

Bajo este punto de vista el tamaño "ideal" de una organización es el pequeño, pero para poder sobrevivir en un entorno competitivo, por razón de costes y de economías de escala, es necesario tener un volumen considerable. Ahí comienza el arte de mantener la flexibilidad a la vez que aumenta el tamaño de la organización.

Hoy en día las grandes organizaciones, y como hemos visto un hospital es una organización con un gran número de productos diferentes, incluso de sectores diferentes, exigen tener un tamaño grande y pequeño a la vez para poder competir, o mejor dicho sobrevivir, en el entorno (Handy, 1992; Temes et al. 1992; del Llano Señaris et al, 1997). Grande, para poder disfrutar de las economías de escala (que todavía se siguen aplicando), para poder financiar la compra de tecnología innovadora y estar en el tren de la innovación y también para no depender de agentes externos. Pequeñas, para aumentar su flexibilidad y así poder aumentar la innovación y para que el personal se identifique más con los objetivos, se consiga aumentar la motivación y la eficiencia (Rodríguez y Robles, 1999; Cuervo, 1996)



Esta paradoja está en la mente de los expertos que estudian las estructuras organizativas y están buscando soluciones ya sean mediante nuevas estructuras (federalistas o organizaciones en red o virtuales) o mediante la utilización de viejos conceptos (como la delegación o descentralización⁴).

Todos estos planteamientos tienen en común el objetivo de romper con las estructuras jerárquicas y con la burocracia, que crea retrasos, desmotivación e impide la innovación, (Handy, 1992) e intentan crear estructuras más flexibles que se adapten rápidamente a los cambios en la sociedad (entorno, tecnología, sistemas de información,...).

Desde hace unos cuantos años y con el objetivo de adaptarse a todos los cambios que rodean a la organización, una serie de nuevos conceptos relacionados con la flexibilidad han sido presentados y utilizados en gran número de empresas. Por esta razón, en nuestros días, estamos viendo cómo las estructuras organizativas de las instituciones se fragmentan en unidades más pequeñas, con la intención de ser estructuras más flexibles.

⁴ La descentralización constituye para una empresa grande un medio de contar con algunas de las ventajas de las empresas medianas-pequeñas.

La creación de nuevas estructuras organizativas con unidades más autónomas responde al objetivo de ser más eficientes, y por tanto persiguen:

- ⊗ que los costes fijos tengan menos peso relativo,
- ⊗ que se cuenten con auténticos responsables de gobierno más comprometidos con la gestión del centro,
- ⊗ que se puedan implantar nuevos sistemas de control de gestión para favorecer la evaluación por resultados y
- ⊗ que de ésta dependa un sistema de incentivos a la dirección⁵ y pasar a ser unos proveedores con peculiaridades especiales.

156

Este objetivo se puede conseguir mediante la flexibilización de estructuras gracias a la utilización de sistemas de información que eviten los problemas de coordinación y un aumento del grado de informatización de las organizaciones para conseguir poder delegar la toma de decisión y a la vez una toma de decisión más rápida; una mejor distribución de las tareas; creación de formas jurídicas nuevas (consorcios, fundaciones,...) para poder adaptarse a las características macro que les exige en entorno y adaptarse a las necesidades micro de los clientes,... Se trata de medidas que nos ayuden a pasar de una organización burocrática a una organización más plana⁶ (el llamado downsizing estructural⁷, Amabile y Conti, 1999; Rodríguez y Robles, 1999; Suárez y Vicente, 2000).

⁵ J.R. Marsal, Fulls Econòmics 31, Febrer 1998

⁶ Fernández de Arroyabe, J.C., Arranz Peña N. "Las redes de cooperación empresarial: ¿una organización para el próximo milenio?". Diseño y organización. 1999. Pág. 12-19.

⁷ La mayor parte de la literatura académica sobre el fenómeno se ha centrado en el análisis de las principales consecuencias de estos programas:

- ⊗ Consecuencias económicas-financieras: Worrel, Davidson y Sharma, 1991; Iqbal y Shetty, 1995; Cascio, Youung y Morris, 1997; Lee, 1997; Krishanan y Park, 1998; Morris et al, 1999; Suárez, 2000
- ⊗ Efectos en estructuras organizativas: Sutton, D'Aunno, 1989; DeWitt, 1993; McKinley, 1992
- ⊗ Efectos en la capacidad innovadora: Dougherty y Bowman, 1995
- ⊗ Efectos en la motivación y productividad de los empleados: Brockner, Grover, O'Malley, Reed y Glynn, 1993; Wagar, 1998; DeWitt, Trevino y Mollica, 1998; Turnley y Feldman, 1998; Barroso y Casillas, 1998

Y la forma más adecuada de poner en práctica este tipo de estrategias: Hitt et al., 1994; Bruton, Keels y Shook, 1996; Mishra, Spreitzer y Mishra, 1998; Nelson y Burke, 1998.

Tal fenómeno sí que ha llegado al ámbito sanitario⁸ pero todavía no se ha aplicado masivamente a la organización hospitalaria, aunque sobre esta línea está trabajando la reforma del SCS (2001) del sistema sanitario catalán.

Los sistemas sanitarios europeos⁹, incluidos el español y por supuesto el catalán, se encuentran en una etapa de evolución hacia una descentralización geográfica y de servicios (Reverte-Cejudo, Sánchez-Bayle, 1999; Koivusalo, 1999; Armstrong, Armstrong, 1999; Saltman y Figueras, 1997; Wai-Ching Leung, 2000; Martín y Pérez, 2001) y el objetivo de este capítulo es aplicar esta tendencia descentralizadora a la concepción organizativa actual de los hospitales.

157

Hasta ahora los hospitales habían sido grandes instituciones, organizadas de forma funcional o divisional (ver capítulo 3), es decir por especialidades, con la filosofía de que su tamaño debía ser el más elevado para hacer frente a las importantes inversiones en infraestructuras. A la vez la gran dimensión posibilita tener todas las especialidades posibles por el carácter multi-producto que les es propio. De esta manera los hospitales se han convertido en grandes gigantes con pies de barro: grandes organizaciones, con una gran estructura administrativa, muy centralizada, con un número elevado de personal, con una contabilidad presupuestaria con grandes inversiones, trabajadores altamente profesionales, con una estructura muy jerarquizada y muy piramidal... Es decir grandes estructuras con gestiones fuertemente centralizadas y burocráticas.

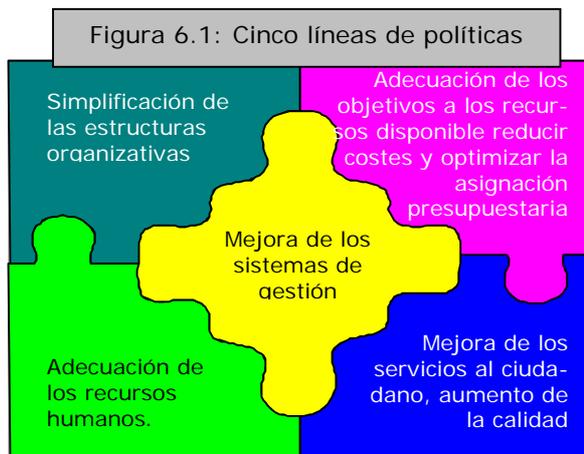
Cuando hablamos de nuevas fórmulas de organización de instituciones sanitarias, como en nuestro caso, no se piensa en crear nuevas figuras o mecanismos de gestión especiales para este tipo de servicio, sino en la incorporación de figuras existentes que han demostrado ser idóneas a la hora de satisfacer las expectativas en otro tipo de sectores, adaptándolas a las características de este tipo de mercado, clientes y trabajadores (J.R. Morena, 1998; Wagar y Rondeau, 2000).

Por ello cabe preguntarse y examinar qué alternativas están al alcance de quien diseña el modelo organizativo. Pero antes de empezar a ver que

⁸ Hoy en día en la Sanidad Pública Catalana cuando desea gestionar nuevas infraestructuras, constituye empresas públicas, como por ejemplo la que se acaba de crear el Parc Sanitari Pere Virgili que gestionará des de 1 de juny de 1999, l'antic Hospital Militar (Full Econòmic, nº33:33)

nuevas fórmulas de organización podemos aplicar, importadas desde otros sectores veamos las últimas iniciativas que se han emprendido al respecto, desde los organismos públicos sanitarios¹⁰. Las líneas de acción se agrupan en cinco grandes ámbitos (Fulls Econòmics, 1998) dibujados en la Figura 1.

Observamos que una de las líneas de acción de los organismos públicos es la mejora en la eficiencia de la organización de una institución sanitaria y la adoptamos como nuestra¹¹.



Fuente: Elaboración propia a partir de Fulls Econòmics

En los últimos años hemos asistido a la aparición y puesta en marcha de políticas hospitalarias o de nuevas ideas de gestión, que persiguen la eficiencia. A tenor de esta línea, en este estudio vamos a centrarnos en analizar posibles alternativas de organización a la existente en estos momentos, es decir, ver cómo cambios en el diseño

organizativo pueden dar lugar a organizaciones más competitivas (I. De Val, Goñi, 1999; Pedrosa y García, 1997; Berenguer, Bestard y Hernández, 1998)¹². Como afirmaba Fernando Astorqui, ex-director del Servicio Vasco de Salud, el objetivo es dividir a las macroorganizaciones, que resultan poco operativas, en otras más funcionales, fáciles de estructurar y controlar, en sintonía con los objetivos generales de la institución y que vincula más la responsabilidad con centros de decisión o centros operacionales.

⁹ No solamente sistemas sanitarios europeos, ya que por ejemplo Colombia está sufriendo desde hace 10 años un proceso de descentralización de su Superintendencia Nacional de Salud.

¹⁰ Nos gustaría resaltar que hacemos incapié en los organismos públicos porque la mayoría de centros hospitalarios tienen este tipo de propiedad. Aunque durante todo el estudio no nos vamos a centrar únicamente en este tipo de centros.

¹¹ Razones para mejorar la gestión de los centros hospitalarios: para controlar y dominar el gasto; elevar la calidad de los servicios y por que el hospital se había convertido en un centro demasiado complejo para seguir con los métodos antiguos.

¹² No es objetivo de este estudio ver la relación existente entre estructura organizativa y rendimiento, les remitimos a estudiar les sugerimos los siguientes autores: Burns y Stalker, 1961; Lawrence y Lorsch, 1967; Khandwalla, 1973; Child, 1974; Chandler, 1962; Rumelt, 1974; Serra, 1993.

Evidentemente nuestras modificaciones organizacionales¹³ buscan solucionar los problemas hospitalarios actuales, teniendo en cuenta que nuestra propuesta de organización no tiene porqué ser aplicable a la totalidad de hospitales (ya que existen factores de contingencia individuales que provocarán que no siempre sea efectiva). Intentamos, mediante la innovación, aumentar la autonomía de decisión y flexibilidad organizativa - teniendo en cuenta la legislación existente- que posibilite realizar una utilización más eficaz y eficiente de los recursos hospitalarios, siendo conscientes que tiene una serie de aspectos negativos, como podrían ser los costes de la puesta en marcha de estas políticas de flexibilidad y descentralización, el temor de los superiores a la pérdida de poder, elevados aspectos de coordinación (solucionado vía sistemas de información), trabajadores y directivos dispuestos a llevarlo a cabo, etc[U1]...

Resumiendo los argumentos anteriormente presentados, el objetivo es aumentar la eficiencia de los hospitales y para ello creemos que lo podemos hacer cambiando su estructura organizativa, evolucionando hacia organizaciones más descentralizadas que permitan tomar decisiones más rápidas y precisas. Para ello a continuación presentamos una serie de estructuras organizativas que tienen un carácter más descentralizado que se puede aplicar a los hospitales catalanes y así conseguir aumentar su eficiencia.

6.2. Nuevas formas organizativas: evolución, tendencias y nuevas formas de organización.

6.2.1. Evolución y tendencia

Las organizaciones, como todos los sistemas sociales, son organismos vivos; esto significa que evolucionan en el tiempo y al lado de un entorno que también evoluciona a la par, por tanto su diseño organizativo ha de ir evolucionando en paralelo. Este hecho ha llevado a que los académicos de la organización identifiquen la posible existencia de unas pautas de desarrollo y evolución de las organizaciones: es lo que se ha llamado, la elaboración de una teoría del cambio organizativo (Greiner, 1972; Bueno Campos, 1984; Veciana, 1985; Val Pardo, 1997; Uriz, 1996).

¹³ Un cambio en la estructura organizativa modifica un elevado número de aspectos relacionados con la gestión: autoridad, poder de decisión, control, canales de información, cultura de la empresa, relaciones con los trabajadores, procesos de actuación... por tanto a partir de ahora, no hablaremos de posibles estrategias de cambios de la estructura organizativa, sino que hablaremos de cambios de la organización en general (Masiferm, 1984).

Mucho se ha escrito sobre el cambio, sobre su importancia, resistencia, etapas, procesos, radicalidad, su planificación,... Quizás uno de los retos más importantes al que deban hacer frente las organizaciones modernas sea la necesidad de identificar qué es lo que han de cambiar y cómo alimentar y mantener dichos cambios a múltiples niveles (Hodge, Anthony, Gales, 1998). De todas las áreas¹⁴ dónde pueden darse cambios en una organización, nos vamos a centrar en el cambio de la estructura y diseño ya que es el objetivo de la investigación. En este sentido, el cambio de estructuras organizativas pone de manifiesto que, desde su nacimiento, la empresa va adaptando de forma paulatina su estructura orgánica más conveniente u oportuna para adecuarla a la naturaleza de cada momento (Aguirre, Castillo y Tous, 1999). Este proceso evolutivo presenta una serie de regularidades o fases, que unas se suceden detrás de las otras, aunque hay que señalar que no necesariamente todas las organizaciones recorren la secuencia que ahora pasamos a describir (ni todas las fases, ni en el orden expuesto).

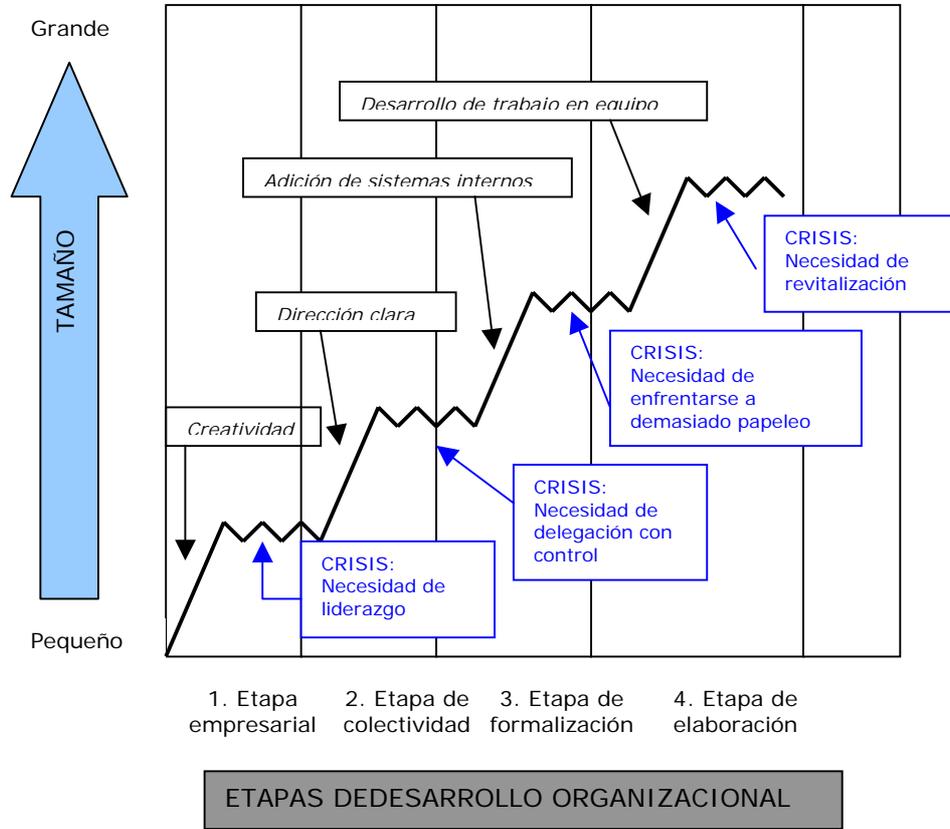
El modelo que adoptamos para explicar el cambio evolutivo es el modelo crecimiento de Greiner. En el se observa como las organizaciones van deslizándose por cada una de las etapas. Partimos de este modelo porque pone de manifiesto claramente la necesidad de "reinventar" y "rediseñar" una organización madura, como es el caso de muchos hospitales; y también fundamentalmente porque es uno de los modelos evolutivos más utilizados por los investigadores de esta área.

Como es lógico no todos los hospitales evolucionan al mismo ritmo y por tanto no están situados en la misma fase del Modelos de Greiner (Figura 6.2). Sin embargo, después de estudiar nuestro universo a estudiar los situáramos en la fase 2 y 3: los menos evolucionados, a final de la fase de crecimiento (fase 2) y, los más avanzados, en la fase de madurez (fase 3)¹⁵.

¹⁴ Revisando la literatura sobre el cambio, nos podemos encontrar con cambios en la estrategia (Bueno Campos, 1984), cambio en los productos y servicios, cambios en la tecnología (tecnología de producción avanzada), en el desarrollo organizativo (área del cambio ligada al factor social), cambio de estructuras y diseño, cambio de cultura,...

¹⁵ Zona sombreada de la figura es la zona dónde se sitúan los hospitales de nuestra población.

Figura 6.2. Modelo de crecimiento de la organización de Greiner



Fuente: Adaptado de R.E.Quin y K. Cameron y de Robey, 1986 apud Val Pardo, 1997.

Básicamente se trata de organizaciones situadas en la fase dos: que han aumentado su tamaño resultado de un proceso de expansión de la actividad y que tienen la organización racionalizada, burocratizada y con procedimientos de trabajo totalmente normalizados. Tienen una estructura funcional fundamentalmente centralizada, aunque persisten rasgos individualistas de la primera etapa y que evolucionan hacia una mayor tecnificación directiva y a la aparición de comités y *staffs* de apoyo. Se crece por delegación y aparece el miedo a la crisis de control sobre las unidades subordinadas y que lleva a pasar a la siguiente fase.

El camino es avanzar hacia esta fase de madurez, dónde se tiende a una estructura más descentralizada, primero en lo geográfico, y posteriormente en la propia organización. Debido a la crisis de la etapa anterior la dirección ha de ser mucho más participativa, aunque la base de la coordinación está en la normalización de resultados, con sistemas de administración por

objetivos para permitir la descentralización al tiempo que se controla el desempeño. Por tanto el crecimiento se da por coordinación que surge de la normalización y de la utilización de las tecnologías de la información.

No todos los hospitales se encuentran en la misma fase, ni todos están evolucionando de la misma manera. En la parte empírica de la investigación se pueden observar las diferentes estrategias seguidas por cada hospital y cual es el grado de descentralización o delegación que cada uno de ellos ha sido capaz de lograr.

6.2.2. Nuevas formas organizativas

162

El entorno actual en el que nos movemos, exige a las organizaciones que sean cada vez más flexibles y capaces de adaptar su actividad, estructura, tecnología... a sus exigencias. Para poder sobrevivir y prosperar en este entorno turbulento las organizaciones requieren una alta flexibilidad para que puedan llevar a cabo innovaciones en productos y procesos, reducción de costes y mejoras en calidad y en servicio a clientes.

En este mismo sentido, se afirma que la situación actual de las empresas hace cuestionarse dos componentes básicos del paradigma tradicional de las estructuras: por un lado, la división vertical del trabajo, ya que es el principal obstáculo para la flexibilidad estructural, y por otro, el predominio de la coordinación por la jerarquía, ya que hay que tender a considerar la organización como compuesta por dimensiones de importancia equivalente (Luthans, 1980; Strategor, 1995).

Ante esta búsqueda de flexibilidad y rapidez de respuesta han surgido nuevas configuraciones organizativas. La mayoría de ellas han sido propuestas por "management consultants" y posteriormente los académicos les han dado apoyo. Palabras como "business re-engineering" (Hammer and Champy, 1995), "Fractal and modular factories" (Warnecke, 1993; Widelmann, 1992), o "virtual corporation" (Davidow and Malone, 1993), "atomized organization" (Ryf, 1993). Siguiendo esta tendencias¹⁶ podemos citar (Aguirre, Castillo y Tous, 1999; Bueno Campos, 1996b; Rastrollo y Castillo, 2001): el *downsizing* o aplanamiento de la organización (Suárez y Vicente, 2000; Karake, 1997), el *rightsizing* o ajuste del tamaño de la organización reorientándola hacia los procesos estratégicos, el *lean management* o dirección simplificada (Blumberg, 1998).

¹⁶ Las denominados tendencias porque todavía no se reconocen como nuevas configuraciones estructurales por la totalidad de los autores.

Esta descentralización ha llevado a la aparición de nuevas formas organizativas. Todas estas formas o todas estas técnicas tienen unas características¹⁷ que se resumen en **la búsqueda de la eficacia a través de la descentralización**. Por ello el estudio de esta tendencia nos ayudará, en el marco sanitario, a entender como puede mejorar la eficiencia de la estructura organizativa (Belenes,2001). A continuación vamos a citar las más relevantes, haciendo una breve interpretación de su contenido con ánimo de aplicarlas en nuestro estudio:

Figura 6.3: Resumen de las nuevas estructuras organizativas

⚙ Estructura en Grupos homogéneos o "Cluster organization"	⚙ Estructura en red o estructura virtual
⚙ Organización femenina	⚙ Estructura en trébol
⚙ "Learning organization", Organización inteligente o organización que aprende	⚙ Organización basada en equipos o estructura de equipos o en racimos
⚙ Estructura federalista	⚙ Organización sin fronteras
	⚙ Estructura horizontal

Fuente: Elaboración propia

6.2.2.1. Estructura en Grupos homogéneos o "Cluster organization"

Esta estructura es un híbrido entre la estructura divisional y el holding financiero. En este caso, se trata de una estructura organizativa adecuada para empresas con acciones, ya que ha de ser capaz de dar (mediante unos servicios centrales) un mayor valor añadido que una corporación normal para mantener a los inversores en esta empresa.

Considero que se trata de una forma organizativa interesante pero poco aplicable al caso hospitalario, ya que se pueden encontrar pocos hospitales que tengan una organización por acciones y además el objetivo de la reorganización hospitalaria no es conseguir más inversiones externas, aunque podría dar lugar a futuras investigaciones, sobre si esta forma

¹⁷ Las características son que están orientadas a procesos, los equipos de trabajo son multidisciplinarios y autónomos, con visión interfuncional; cooperación múltiple; tecnologías de la información.

organizativa mejora la financiación externa de dichas organizaciones. Cabe el caso de hospital de capital privado, pero aún así la complejidad de procesos hace de esta forma organizativa más un modelo teórico que aplicado.

6.2.2.2. Organización femenina

La organización femenina (Robbins, 1996; J.A. Fraser, 1992) que es aquella basada en valores altruistas y cooperativos, caracterizada por aspectos como la valoración de sus miembros en tanto que seres humanos, ausencia de oportunismo, la definición de carreras profesionales en términos de servicios a los demás, el compromiso de la organización con el crecimiento del empleado, el sentido comunitario de la empresa y la participación en el poder y la información (Rothschild y Davies, 1994).

Su puesta en marcha en las instituciones hospitalarias de hoy en día parece bastante obvio que no se le encuentra demasiado sentido, ya que en ningún momento intenta aumentar la eficiencia ni la productividad pero tampoco aspectos más cualitativos como la calidad del servicio. Sin embargo, valora en profundidad todos aquellos aspectos relacionados con los trabajadores y puede ser un tipo de organización a tener en cuenta en combinación con otras más centradas en el servicio y en el producto, para si poder encontrar un equilibrio entre organizaciones centradas en aspectos de productividad y otras centradas en aumentar la motivación de sus trabajadores.

6.2.2.3. "Learning organization", organización inteligente u organización que aprende.

La organización inteligente, autodidacta o de aprendizaje (*learning organization*), que es aquella que crea, adquiere y transfiere conocimiento proactivamente y que modifica su conducta continuamente con base en nuevos conocimientos y percepciones (Kreitner y Kinicki, 1996; Robbins y Coulter, 2000). El nombre de organización inteligente fue divulgado por Senge (1990) y Hodgetts, Futhans y Lee (1994) para designar a una organización que pudiera desarrollar ventajas competitivas a partir de la gestión inteligente del conocimiento; es por tanto una organización flexible y adhocrática. Sin embargo, en la caracterización de la organización inteligente pesan otros muchos aspectos, que se superponen a un diseño estructural no demasiado definido, aunque sí claramente de tipo orgánico. Las características más significativas de al organización inteligente podemos citar las siguientes (Hodge, Anthony y Gales, 1998):

A.- Capacidad para desarrollar enfoques sistemáticos para la comprensión y resolución de problemas, así como para aprender de la experiencia propia y ajena.

B.- Habilidad para pensar fuera de los esquemas convencionales, experimentando y probando nuevas maneras de trabajar.

C.- Personal con elevado dominio de habilidades, capaz de ser receptivo con los demás.

D.- Comunicación fluida y eficaz que permite la transferencia y difusión rápida y eficiente del conocimiento nuevo por la organización.

6.2.2.4. Organización federal.

Organización federal y sus dos modalidades de origen asiático: el keiretsu japonés¹⁸ y el chaebol coreano¹⁹ (Aguirre, 1999).

Esta configuración estructural es más interesante desde nuestro punto de vista porque supone una descentralización estable y se ha intentado aplicar en numerosos casos por su atractivo innato. Sin embargo queremos señalar que si bien se ve atractiva, muy pocas veces se ha implantado realmente, por el riesgo de pérdida de control que lleva implícito.

Este tipo de estructura organizativa intentar solucionar un aspecto que existe en los hospitales, que es intentar adecuar su dimensión tanto para

¹⁸ Se trata de un conjunto de grandes familias o grupos de organizaciones independientes, que en su centro se hallan los principales bancos y empresas comerciales. Estas empresas centrales actúan de manera similar a los *holdings* en Estados Unidos. El valor de los *keiretsu* para las organizaciones que lo forman, es que trabajan conjuntamente de manera cooperativa para asegurar la competitividad y viabilidad de cada una de ellas. (Hodge, Anthony y Gales, 1998).

Sus ventajas aumentan fundamentalmente en épocas de expansión y desarrollo económico, ya que en recesión los múltiples vínculos entre empresas representan una falta de flexibilidad y una imposibilidad de reducir costes (Aguirre, Castillo, Tous, 1999). Por tanto se concibió como una solución perfecta a la coordinación entre empresas, aunque las últimas incertidumbre económica que ha sufrido Japón, ha causado diversos problemas en las empresas *keiretsu* que están fuertemente unidas (Arakawa, 1993).

Los keiretsu más grandes (los llamados "Los Seis Grandes") son, por orden de tamaño Mitsubishi, Mitsui, Sumitomo, Fuyo, Dai-Ichi Kanhyo Banch (DKB) y Sanwa.

¹⁹ Se trata de agrupaciones familiares de negocio que se han constituido gracias al apoyo y cooperación del gobierno. Son un conjunto grande y diverso de empresas unidas tanto por participaciones cruzadas como por vínculos familiares. Esta organización se caracteriza por seis aspectos distintivos: control y gestión familiar; liderazgo paternalista; planificación y control centralizado; orientación emprendedora y ambiciosa; protección por parte del gobierno y fuertes vínculos con instituciones formativas que forman parte de la tradición familiar. (Hodge, Anthony y Gales,

conseguir las economías de escala o de tamaño, como la flexibilidad, es decir intentar ser grande y pequeño a la vez (Ricart y Álvarez, 1997). Esto es lo que he denominado como "la centralización de la descentralización".

Son organizaciones que se basan en una estructura mucho más flexible y dinámica, con unidades pequeñas, autónomas, es decir que se aumentará mucho la descentralización en la organización. Cada unidad debe ser capaz de organizarse de forma que desarrolle las capacidades específicas para llevar a cabo, de manera competitivas, las tareas que tienen encomendadas, ya sea a clientes externos o internos, pero para eso hay que darles autonomía. Por encima de estas microunidades, la estructura corporativa añade valor ya que integra, coordina e influye en las actividades de sus unidades, y busca la posibilidad de crear, transferir y explotar las capacidades de la empresa en su conjunto.

166

Esta estructura podría ser implantada de la siguiente manera: el concepto de federación que se ha aplicado a cada unidad estratégica de negocio, en nuestro caso, podría ser cada especialidad que fuera una unidad estratégica de negocio es decir cada servicio o actividad final, in-line, sería una federación (Rivera y Osende, 1996) (conjunto de actividades con la mayor autonomía posible) y todos los otros servicios off-line podían formar parte del conjunto centralizado de servicios que potencian las actividades para las que las economías de tamaño sean más importantes.

- Federaciones (Front-end): actividades in-line
- Conjunto centralizado (Back-end): actividades off-line

La estructura federalista implica 5 principios que vamos a ver como podrían ser aplicables para los hospitales:

- A. Principio de subsidiaridad: implica situar el poder de decisión en el punto más cercano al cliente. Esta característica, de alguna manera podríamos decir que ya se da en los hospitales, aunque matizadamente. Ya que es el médico que está en contacto con el paciente, el que toma la última decisión sobre qué pruebas hacer al paciente para diagnosticar (es decir tiene la última palabra en costes), cuantos días se va a quedar o que gasto va a hacer el paciente en el hospital. Pero hemos dicho matizadamente porque, únicamente tienen ese poder de decisión en lo que se refiere a los gastos y en cambio no

1998). Los cinco chaebos I más grandes de Corea del Sur son: Samsung, Hyundai,

puede “decidir” nada en todo lo relativo a los ingresos. Por tanto si lo analizamos desde el punto de vista de un presupuesto, únicamente puede incidir en los gastos o costes pero no en los ingresos, es decir sólo de un ámbito del presupuesto.

- B. Crear independencias y evitar la concentración de poder: en las organizaciones federales, el poder se distribuye entre las unidades federadas y las centrales. En los hospitales podría ser una forma mejor de controlar al personal médico y de aumentar su coordinación, es decir, si todos los médicos de la misma especialidad están ya no sólo físicamente alrededor sino también con las mismas normas, controles y protocolos.
- C. Mantener una ley, un lenguaje y una moneda común. Sería un buen motivo para que existiera una coordinación, no sólo entre los diferentes departamentos o federaciones, sino también entre las federaciones y la central.
- D. Separación entre poderes: las organizaciones federativas separan claramente los derechos de dirección que tienen las unidades federadas, de los derechos de control y legislación que mantienen el centro corporativo. En nuestro caso, lo que tendríamos sería que los diferentes departamentos o especialidades, contarían con su propia dirección, con todo lo que supone, se puede delegar y dar mayores responsabilidades ya que el span de control es menor, se coordinan mejor, se utilizan mejor los recursos, ... por tanto se consigue ser más eficiente (hacer más con el mismo presupuesto). Los médicos pueden tener motivos para aumentar su motivación individual. A la vez y sin perjuicio de esto, los órganos centrales, podrían tener un mayor conocimiento de cada federación porque trabajarían por objetivos y si el hecho de medir la actividad cada federación lo haría más fácil de controlar. Otro aspecto que también se quedarían los órganos centrales sería todo el tema de legislación: por ejemplo si alguna federación se hiciera Instituto, tendrá una relación jurídica diferente que si se hiciera fundación, o otro tipo de empresa.
- E. Doble ciudadanía: asegurar una presencia federal fuerte y, a la vez, independencia regional de las unidades federadas. Este aspecto en el hospital sería más difícil de tratar que en otras empresas, ya que el *handicap* que tenemos en el hospital es que el paciente no sólo tiene

un diagnóstico de una especialidad sino que es posible que tenga problemas de salud que estén en diferentes especialidades, con lo cual si dividiéramos en especialidades las federaciones, tendríamos que encontrar vínculos entre ellas, para que los pacientes pudieran pasar por ellas sin duplicar trámites, ni pruebas.

168

Esta estructuración de federalismo (teniendo en cuenta que cada federación sería una especialidad del hospital) sería como una organización divisional pero con mayor autonomía. Los problemas que pueden presentarse son de coordinación entre las federaciones ya que ha de existir una mayor coordinación entre sí, para curar al enfermo, ya que cuando llega un paciente al hospital no tiene un único diagnóstico sino que, junto con el diagnóstico principal, aparecen diagnósticos secundarios y por tanto la colaboración entre federaciones tendría que ser muy elevada.

Otra posibilidad de organización federalista en lugar de utilizar el criterio de agrupación el de especialidades, sería agrupar por procesos, que en la actividad hospitalaria sería agrupar con GRD²⁰. En este caso cada federación sería un GRD o una agrupación de GRD y seguiría existiendo una organización central dónde seguiría ubicando a los servicios off-line. En este caso se consigue, que como los GRD están definidos por diagnóstico principal en el fondo también estén reunidos por especialidades (quizás demasiado concretas) pero se tienen en cuenta otros factores como la edad, diagnósticos secundarios, procedimiento quirúrgico, complicaciones y otras cosas.

E. Ricart (1997) apoya esta idea ya que dice que las unidades "frontales" se organizan por mercados y/o clientes, mientras que las unidades "de atrás" se organizan por productos y/o tecnologías que sirven a los clientes internos "de delante". Es decir el centro corporativo, se organiza por producto y tecnología (que serían todos los productos intermedios, que actualmente ya lo hacen) y las diferentes federaciones por mercados o clientes, en este caso si lo hacemos por GRD sería por clientes.

6.2.2.5. Estructura en red o estructura virtual

"La organización en red constituye una metáfora básica para todas estas nuevas formas de organización: reingeniería, las organizaciones virtuales, horizontales y modulares, el aprendizaje organizativo y otras nociones" (J.L. Alvarez, 1997). Todas estas diferentes estructuras significan distintas

relaciones de posición o cargo, diferentes relaciones de tarea, departamento o incluso de empresa, incluso las fuentes posicionales típicas del poder de gestión dejarán de tener legitimidad (J.L. Alvarez, 1997; Baker, 1992).

Este tipo de estructura surge para responder a las presiones competitivas cambiantes del entorno y a la vez para saber diseñar tareas en entornos y ambientes que demanden una elevada flexibilidad (Baker, 1992), tanto es así que Eccles and Crane en 1988, denominaron a esta estructura "self-disingning". El objetivo de las redes es proporcionar a las empresas la flexibilidad necesaria para responder a las demandas cambiantes y heterogéneas del mercado, no significa que sean intrínsecamente inestables o que no puedan ir más allá del corto plazo y tengan que funcionar meramente como conexiones tácticas (J.L. Alvarez, 1997).

169

Definido de esta manera no tendría sentido estudiarlo en el mundo de la gestión hospitalaria, pero si tenemos en cuenta que responder a las presiones competitivas significa ser mejores que ellos en calidad y por tanto ser más eficiente, entonces esta razón sí que tiene sentido en este sector.

Las organizaciones en red son aquellas que esta derribando sus barreras y jerarquías internas, reduciendo su tamaño y funcionando a través de unidades empresariales autónomas, orientadas hacia el mercado y vinculadas horizontalmente. Son unidades más pequeñas no gestionadas por una lógica de acumulación y control de recursos, sino integradas a través de una cultura y unos valores comunes y unas relaciones sociales informales. Se trata de una ruptura de las jerarquías formales internas (J.L. Alvarez, 1997; Baker, 1992, Claver te al, 1996). Otra forma de entender este concepto es la que proponen Jones, C. y Hesterly, W. en 1993, en la que las redes son los sistemas, basados en relaciones, de intercambios repetidos, idiosincráticos o combinados entre unidades o empresas autónomas productoras de bienes y servicios.

La principal característica estructural de las organizaciones en red es el alto grado de integración no formal de los límites formales. Baker, W. (1992) considera que las organizaciones en red se caracterizan por una tendencia a la consecución del máximo grado posible de flexibilidad, planificación y control descentralizados, y de vínculos laterales (en lugar de verticales). Este tipo de organización necesita crear una cultura de responsabilidad individual para que pueda funcionar y, como es lógico pensar, en las

²⁰ Bibliografía española sobre los GRD podemos encontrar Mercé Casas, 1991, 1995; Tomás Cero, 1994; Asenjo, 1998

organizaciones hospitalarias el sistema contractual que existe dificulta la puesta en marcha de acciones de este tipo. Posteriormente se presenta la estructura de responsabilidad delegada, que se trata de un tipo de estructura que intenta, siendo consciente de la realidad que existe, combinar los objetivos y ventajas de este tipo de organización.

170

Es importante darse cuenta de que las relaciones reticulares no se limitan a los individuos o grupos del interior de la empresa sino que las organizaciones también están eliminando sus límites con el entorno; es decir con otras organizaciones, clientes, subcontratistas, proveedores,.. Muchas veces, la anteriormente mencionada reducción de escala va de la mano con una reducción de alcance, lo cual conduce al establecimiento con otras empresas de una amplia gama de acuerdos de colaboración que reciben la denominación de redes externas o interempresa.

El concepto de estructura en red, todavía no se trata de un concepto claro, y que en la literatura organizativa podemos encontrar diferentes sinónimo. Así nos lo afirma J. Huey, en un artículo publicado²¹ en la revista Fortune donde nos dice que "Llamémoslo como queramos (se refiere a las organizaciones en red) reingeniería, reestructuración, transformación, nivelación, reducción de escala, búsqueda del tamaño adecuado o búsqueda de la competitividad global, pero es real, es radical, y está ocurriéndole cada día a alguna empresa próxima a nosotros".

Dentro de la literatura de redes, nos podemos encontrar con cuatro tipos de "enfoques" al hablar de este concepto:

1. Redes sociales: redes como bloques de construcción social del tejido económico de un país.
2. Redes interorganizativas: constelaciones de empresas vinculadas entre sí.
3. Redes intraorganizativas: organizaciones no burocráticas.
4. Redes informales: Realidades organizativas no formales y fundamentales para la realización de tareas.

Este tipo de organización han provocado una debate académico acerca de si éstas deben o no considerarse como un tipo de organización nuevo e

²¹ J. Huey, 1993, Fortune, " Managing in the Midst of Chaos", 5 de abril.

independiente de los mercados y las jerarquías, o simplemente como un híbrido. Desde un punto de vista más práctico, podría decirse que los dos conceptos de redes intraorganizativas e interorganizativas no hacen referencia a tipos de organizaciones fácilmente identificables, sino a lugares intermedios entre los extremos de los mercados puros y las burocracias puras.

La estructura en red no surge de la nada. En el fondo, no deja de intentar ser una estructura que incorpora elementos de los diseños estructurales anteriores. No en vano, pretende incorporar el empuje emprendedor de la estructura simple, la eficiencia de la forma funcional, la efectividad de la autonomía de la divisional y la capacidad de transferir habilidades de la organización matricial. Pero a diferencia de aquellas, no pretende mantener bajo el estricto control de una firma todos los elementos que se requieren para fabricar un producto o prestar un servicios (Claver et al., 1996: 531).

El elementos fundamental de una red es la voluntariedad de los "partners" o jugadores (Snow, Miles y Coleman, 1992).

Estos han identificado tres tipos básicos de redes organizativas a partir de su ubicación en el recorrido que va desde la burocracias a los mercados, en otras palabras, de las redes intraorganizativas a las redes interorganizativas:

1.- Red interna: requiere la creación de un mercado interno²² en la firma donde los componentes de la red puedan tener la oportunidad de verificar los precios y la calidad de los artículos y, en su caso, poder comprar y vender fuera de la empresa. Por tanto las distintas unidades de la empresa funcionan de forma bastante autónoma y sin demasiados recursos externos, aunque dichas unidades están expuestas a las presiones del mercado con la expectativa de estimular la innovación y la competitividad.

Este tipo de red intenta obtener ventajas competitivas a través de la utilización compartida de los recursos escasos y el continuo desarrollo e intercambio de conocimientos directivos y técnicos.

Los problemas con que se encuentra este tipo de red es que puede verse dañada por el desequilibrio entre sus componentes, que en este

²² No es el caso de la sanidad en general pero si lo podría ser inter-centros o dentro del mismo centro. Podría hacerse similar al pago entre hospitales públicos y mutuas de seguros privados

caso sería entre compradores y vendedores; también es una estructura problemática cuando se introducen nuevas líneas de negocio, puede provocar una sobredimensión; y todavía más peligroso es la intervención corporativa en el flujo de recursos (mediante estímulos internos o subvenciones) o en la determinación de los precios de transacción.

Ghoshal y Barlett (1990) han señalado, que las corporaciones multinacionales contemporáneas pueden proponerse como ejemplo paradigmático de las redes internas. A un nivel de unidades más reducidas, esta forma puede aplicarse a empresas dónde se han introducido los equipos de trabajo.

172

2.- Red estable: en este segundo tipo de red organizativa, existen un grupo de empresas vinculadas contractualmente alrededor de una empresa núcleo que proporciona a otras empresas una parte sustancial de sus inputs y outputs, reservando para sí su principal actividad o la que le proporciona mayor valor, competencia para la que es más eficiente y está menos sujeta a turbulencias competitivas. Normalmente se llega a este estado mediante la externalización de parte del proceso productivo de la empresa núcleo. Tiene mucha utilidad en mercados maduros, ya que estimula las inversiones, limita los riesgos y fomenta la utilización plena de los bienes.

Los principales inconvenientes con que se encuentra esta estructura es con la sobreutilización de las competencias de los proveedores y distribuidores por la empresa central, y en la involucración excesiva de ésta en los asuntos de sus asociados. Estos inconvenientes conducen a una organización funcional altamente integrada en su dimensión vertical, con todos los problemas de adaptación y flexibilidad que esto puede suponer para la empresa.

Un diseño organizativo que se ajusta bastante bien a la red estable es la "estructura en trébol" (Handy, 1993).

3.- Red dinámica: se trata de empresas independientes que se unen durante un periodo de tiempo, que no tiene porque ser largo, para desarrollar productos o servicios concretos. Este tipo de estructura es similar a la forma divisional, es decir, incorpora los dos elementos fundamentales de ésta forma: el control centralizado y la autonomía de las unidades.

Para que opere a plena capacidad se requiere que las empresas participantes ocupen las distintas posiciones a lo largo de la cadena de valor y estén dispuestas, una vez alcanzado su objetivo, a desensamblarse y por ejemplo formar parte de otra red.

Este tipo de red es difícil de encontrar por la super-especialización que se necesita por parte de todos los componentes de la red, existen otras causas que ponen en peligro su viabilidad, como por ejemplo, el empleo excesivo de mecanismos legales para prevenir las actuaciones de los socios oportunistas, el énfasis en el secretismo y la búsqueda de relaciones preferenciales con socios particulares.

173

6.2.2.6. Estructura en trébol

La estructura tradicional está formada por un trébol de tres hojas: la primera hoja, llamada núcleo profesional, está formada por los trabajadores profesionales, técnicos y administradores esenciales en la organización. La segunda hoja, el margen contractual, estaría compuesta por aquellas personas u organizaciones cuyo trabajo no constituye la esencia de las operaciones de la empresa. Para aumentar la eficiencia y reducir rigideces, tales operaciones se subcontratan o se ceden a unidades externas. La tercera hoja está integrada por la fuerza de trabajo flexible, es decir aquellos trabajadores a tiempo parcial o temporal que se relaciona con la organización de manera eventual. Se puede entender como un elemento auxiliar guiado por una filosofía a corto plazo, sin el compromiso ni la ambición del núcleo profesional.

En una fase de diseño más avanzada se añadiría una cuarta hoja que implica la realización del trabajo por parte del cliente. Esto que a primera vista llama la atención, es muy habitual en organizaciones como gasolineras, banca y autoservicios, que difícilmente puede aplicarse a los hospitales ya que los clientes no tienen los conocimientos suficientes para realizar por ellos mismos parte del proceso.

En este caso el hospital, sólo asumiría aquellas funciones en que puede alcanzar la excelencia y subcontratar todo el resto de actividades que no son propiamente médicas, se quedaría con un núcleo de profesionales y todas las actividades del back-end, se subcontratarían. Como idea teórica no es mala, pero supone una especialización excesiva de los hospitales y para llevarla a la práctica significaría una reducción drástica de personal, un cambio de cultura, un funcionamiento diferente, mayor coordinación, utilización de comunicación electrónica,.... Se puede encontrar la puesta en

marcha de organizaciones de este tipo en la sanidad americana (Rivera Latas, J. y Osende Robert, C., 1996), aunque tenemos que tener en cuenta el tipo de sanidad de allí y el de aquí y que no son extrapolables las estrategias utilizadas en una sanidad de mercado a una sanidad pública con hospitales de referencia.

6.2.2.7. Organización basada en equipos o estructura de equipos o en racimos

174

Se denomina de esta manera ya que el equipo se transforma en unidad organizativa fundamental para la agrupación del trabajo, es decir, sustituye al departamento convencional. La toma de decisiones, la planificación, organización y el control del trabajo pasa a ser llevada por cada equipo (existe una descentralización en todos los aspectos relativos a la actividad que cada grupo realiza).

Tanto directivos como empleados se organizan en equipos que adoptan una orientación más horizontal que vertical. Por tanto este tipo de organización requerirá un tipo de trabajadores especializados y polivalentes, ya que rotan por los diferentes equipo (y de ahí que también se les denomine organización en racimo) (Kreitner y Kinicki, 1996).

6.2.2.8. Organización sin fronteras

Está considerada como avance posterior de modelos organizativos anteriores (Robbins, 1996; De la Fuente et al., 1997; Aguirre et al., 1999) Se trata de una tipo de organización en la que se intenta eliminar los límites verticales y horizontales de la estructura, rompiendo las barreras entre la empresa, sus clientes y sus proveedores. La idea central es suprimir la cadena de mando, manteniendo tramos ilimitados de control y sustituyendo a los departamentos por equipos de trabajo trans-jerárquicos y auto-administrados en cuanto a poder de decisión y de acción, lo que representa en la práctica la eliminación de los límites verticales y la desaparición de la jerarquía. Hacia el exterior también se da una eliminación de barreras, mediante el desarrollo de estrategias de cooperación con proveedores y clientes, apoyadas en el desarrollo de las nuevas tecnologías de la telecomunicaciones.

6.2.2.9. Estructura horizontal (Ostroff, 1991,2000)

La estructura horizontal tal y cómo está definida, es decir en su estado puro²³, no creo que se una organización o una forma de estructura correctamente en los hospitales y para ello vamos a ir viendo aspectos en los que creo que chocaría con el hospital:

La organización horizontal está organizada por los llamados procesos centrales, que son grupos de actividades que “engloban los flujos de trabajo, información y materiales, de principio a fin” y así cada organización divide todos sus factores en procesos centrales, ofreciendo cada proceso central un valor a cada uno de sus clientes. Pero si aplicáramos esta técnica a los hospitales, cada cliente tiene un proceso diferente con lo cual se deberían agrupar procesos similares, tanto técnicamente como médicamente, con el objetivo de no duplicar recursos, y este tipo de organización nos llevaría a una organización federalista que hemos explicado anteriormente.

175

Según los defensores de este tipo de organización, su objetivos final es atraer a nuevos clientes y conseguir proporcionarles el máximo valor posible. Esta primera afirmación que todas las organizaciones están dispuestas a hacer suyas, incluso las hospitalarias, sin embargo se quiebra cuando para realizar aumentos de valor, se necesitan duplicar recursos y por tanto costes en la organización.

Una vez repasadas todas las nuevas estructuras organizativas y después de analizar sus ventajas e inconvenientes de incorporarlas al mundo sanitario, se observa que es difícil aplicar una de ellas ya que cada una tiene sus pros y sus contras, sus ventajas e inconvenientes. Sin embargo se tratan todas de estructuras organizativas más flexibles y que pueden ayudar a crear estructuras con un nivel superior de descentralización. Para ello a continuación se presenta un apartado que nos presenta los principales aspectos de la descentralización de una organización.

²³ Según Ostroff, una estructura horizontal tiene una serie de características fundamentalmente aumentar el valor de la organización y una orientación impulsada totalmente hacia el cliente. (Ostroff 1993, 2000)

6.3. Descentralización

6.3.1. Introducción

Si coincidimos con la afirmación de Hayek (1945) de que "el éxito de una organización consiste en situar el poder de decisión allí donde se encuentra el conocimiento relevante", uno de los retos más importantes para los directivos hoy en día es encontrar el grado de descentralización óptimo. Encontrar el grado correcto de centralización y descentralización es uno de los más viejos problemas de la teoría de la organización el cual, todavía hoy, mantiene activo a los investigadores (Picot, 1993)²⁴.

176

Pero el término descentralización puede designar a muchos aspectos diferentes: descentralización territorial, geográfica, fiscal, política, monetaria,... y evidentemente organizativa que es el núcleo de esta investigación.

Siguiendo a Simon²⁵ vamos a entender la descentralización, desde el punto organizativo, como el proceso de delegar autoridad para que niveles organizativos inferiores tomen decisiones dentro de la organización. Se observa que la descentralización está caracterizada por la delegación de autoridad para una mejor toma de decisiones.

6.3.2. Tipos de descentralización

Revisando la literatura de igual modo que sucede con la autoridad formal e informal, nos encontramos con la distinción entre "formal decentralization" y "de facto decentralization", la primera situación se da cuando formalmente se ha delegado la autoridad mientras que en el segundo caso los niveles inferiores disponen de la autoridad de su superior, aunque formalmente no se le haya delegado. La descentralización formal -podríamos resumir- está determinada por el grado de obligatoriedad de la unidad inferior de preguntar a la unidad superior y de esperar que la unidad superior implemente una decisión (Gross, Rosen, 1996).

Siguiendo otro criterio clásico de clasificación como es la descentralización de la toma de decisiones (Mintzberg, 1984; De la Fuente, García-Tenorio, Guerras, Hernangómez, 1997; Morales, 2001), nos podemos encontrar con

²⁴ Citados en nota 365, pp.2

²⁵ Extraída de la nota 364. Pág. 5 Simon, H.A. Administrative Behaviour, Macmillan, New York, 1959.

dos tipos fundamentales de descentralización: vertical²⁶ y horizontal²⁷. En el primer tipo de clasificación el poder no tiene por qué estar repartido de igual forma en la organización, por lo que se distingue entre descentralización vertical paralela y vertical selectiva²⁸. Y considerando esta clasificación Mintzberg (1984) encuentra los siguientes grados de centralización y descentralización:

1. Centralización vertical y horizontal: cuando el poder de decisión se concentra en un solo individuo.
2. Descentralización horizontal limitada: el poder formal queda concentrado en los estratos superiores de la jerarquía (ápice estratégico) y gracias a la normalización de los procesos del trabajo, existen posiciones jerárquicas con poder informal, lo que implica una descentralización horizontal²⁹.
3. Descentralización vertical limitada (paralela): en este caso se trata de organizaciones que tienen dividida su estructura en unidades de mercado y en cuyos directivos se delega gran cantidad de poder formal pero limitado a su mercado o división.
4. Descentralización selectiva en grupos de trabajo: en la dimensión vertical, el poder correspondiente a decisiones de distinta índole se delega en equipos de trabajo de diversos niveles jerárquicos. En la dimensión horizontal, estos equipos utilizan a los expertos de staff de modo selectivo. La coordinación se consigue mediante la colaboración.
5. Descentralización vertical y horizontal: el poder de decisión se concentra en el personal operativo, porque sus miembros son profesionales. El trabajo se coordina primordialmente a través de la normalización.

²⁶ Por descentralización vertical se entiende la dispersión del poder de decisión a medida que se desciende por la jerarquía

²⁷ Se denomina descentralización horizontal a la cesión de parte del poder de la organización a personas ajenas a la estructura de la línea, es decir, a los órganos staffs. Se recurre a este tipo de descentralización cuando se pretende diseñar sistemas de normalización para conseguir la coordinación.

²⁸ La descentralización vertical paralela supone la dispersión del poder de muchos tipos de decisiones distintas concentradas en un mismo punto de la organización; por ejemplo, marketing, producción y logística en la línea media. En cambio la descentralización vertical selectiva, el poder correspondiente a las decisiones de distinto tipo queda situado en puntos distintos de la organización; de este modo podemos encontrar con decisión en temas de finanzas en el staff, y de producción en la línea media y que en cambio marketing esté situado en el ápice estratégico.

²⁹ Corresponde a una organización burocrática.

En un organización pequeña, el poder de decisión resulta fácil de asignar: alguien se hace responsable de las actuaciones y se le atribuye poder para poderlas llevar a cabo. Pero al aumentar la dimensión de la organización, esta distribución personalizada del poder va recayendo en otras personas con autoridad sobre otras y de ahí surge el sistema de autoridad y la complejidad del grado de descentralización.

6.3.3. Ventajas e inconvenientes

178

Ventajas de la integración vertical respecto las pequeñas unidades organizativas (Robinson, Casalino, 1996). Según Guillem López Casanovas (1992) las razones que incentivan a decidir entre una forma u otra de integración o coordinación dentro de los sistemas sanitarios, es decir, las razones de centralización de una organización son las siguientes:

- ☞ ahorros posibles en costes de producción
- ☞ aumento del beneficio
- ☞ aumento del poder frente a los proveedores que en algunas ocasiones pueden tener actitudes monopolísticas
- ☞ posibilidad de introducir factores en la organización que favorezcan la innovación, especialmente para intentar generar una nueva cultura organizativa.

Junto con las razones para no descentralización, en la siguiente tabla podemos encontrar los posible obstáculos y las posibles soluciones que se pueden dar en todo proceso de descentralización:

Figura 6.4: Obstáculos más frecuentes y posibles soluciones a la realización de medidas de descentralización

OBSTÁCULOS		SOLUCIONES
Miedo por parte del centro de la organización de perder autoridad.	⇒	Este miedo puede ser anulado si se tienen en cuenta y se utilizan todos los recursos de los sistemas de información que se tienen hoy en día. Construir eficientes sistemas de información no solo para la central sino también para que las diferentes subunidades obtengan información y puedan realizar correctamente su trabajo.
Es la falta de inclinación o desgana que puede tener	⇒	Creación de indicadores de producción y calidad: con la creación de estas

la sub-unidad, ya que quizás no esté dispuesta a aceptar la autoridad y responsabilidad que supone esta descentralización		herramientas de medida de la producción y de la calidad, tanto las subunidades como la central podrán tener un control exhaustivo de la actividad, de cómo se está gastando los recursos e incluso permitiría la construcción de presupuestos que reflejen la actividad real de cada sub-unidad.
Problemas de coordinación entre la central y las subunidades	⇒	Formación para los responsables de cada sub-unidad para que no tengan miedo a esta nueva responsabilidad que les alcanza y que sepan utilizar todos los recursos que ellos van a empezar a disponer al llegar la descentralización.
Problemas de coste tanto directo, indirecto como inherentes asociados.	⇒	Coste directo ya que la descentralización exige personal de apoyo para la toma de decisiones. Indirecto como el tiempo adicional que los directivos necesitan para coordinar y controlar y asociados, ya que para evitar los problemas anteriores exige la inversión de tecnologías de la información y también puede deberse a la duplicación de localizaciones.

La literatura al respecto de este aspecto es tajante en la idea de que es importante que la división de autoridad entre las unidades centrales y las descentralizadas ha de ser clara e inequívoca

Fuente: Elaboración propia a partir de Gross y Rosen (1996) y Nadler y Tushman (1988)

6.3.4. Formas de descentralización en nuestro ámbito de estudio

El consenso sobre la idoneidad de dar autonomía a cada área del hospital para que ellas se encarguen de su propia gestión es bastante amplio y consensuado por los diferentes agentes que forman parte de un hospital. Las posibilidades de llevar a la práctica este concepto son elevadas y a continuación pasamos a citar alguna de ellas:

- cambios en el tipos de estructura organizativa, pasando a utilizar un tipo de estructura de responsabilidad limitada.
- creación de institutos, de unidades o de grupos funcionales homogéneos (así es como se denomina a cada unidad a la que se imputan costes en el centro)
- unidades de gestión clínica

- pequeñas empresas, en cualquiera de sus diferentes modalidades: empresa pública,³⁰ consorcio,...
- fundaciones públicas

Son algunos de los ejemplos que existen hoy en día en la economía de la salud para conseguir el fin, siendo nuestro objetivo el dividir las macroorganizaciones, que resultan poco operativas, en otras más funcionales, fáciles de estructurar, organizar y gestionar y en sintonía con los objetivos generales de la institución a la que pertenecen.

180

Antes de ver las diferentes modalidades que nos podemos encontrar es necesario establecer una diferenciación importante, este tipo de organización más desagregada tanto puede formar un organismo sanitario como ser una parte especial de un centro hospitalario. En esta investigación nos vamos a centrar únicamente en aquellas formas de gestión que sean por una desagregación de un departamento de un hospital y no como forma organizativa sanitaria en general.

Los ejes de una política de descentralización de gestión son (conceptos claves que tenemos que tener en cuenta a la hora de descentralizar la gestión de los centros sanitarios):

- Ubicar el poder decisión al lado del conocimiento relevante para la toma de decisiones.
- La financiación del hospital venga dada por los contratos y los servicios que realicen y que los servicios asistenciales sean unidades estratégicas de negocio (UEN), que respondan de sus resultados solidariamente con el hospital.
- No existe un solo modelo universal de hospital pero las reformas tienen que aplanar la línea jerárquica de cada uno de los centros.
- Dentro del proceso de descentralización hay que incorporar a los recursos humanos como esencial en la gestión del cambio y explicarles los motivos del cambio.
- El grado óptimo de descentralización dependerá de factores como³¹: la propiedad del centro, la dimensión, la tecnología y la experiencia de control de gestión.

³⁰ Ver anexo 1

- ☒ Cambio en el papel de los clínicos: la descentralización supone un aumento de poder de decisión de los diferentes directores de servicios. Este nuevo reparto de poderes de decisión en cada centro supone que estos cargos tienen responsabilidad sobre el presupuesto, la existencia de nueva normativa y de reglamentos que formalicen esta nueva situación.

- ☒ Adecuación del sistema de control de gestión con sistemas de medida de servicios como centros de beneficio y los centros de apoyo como centros de coste.

6.3.5. Modelo de medición de la descentralización

El paradigma de la descentralización (Jürgen, 1995) como idea teórica sobre la que se han escrito multitud de artículos es ampliamente reconocida, pero el problema aparece cuando se ha de llevar a la práctica su implantación ya que conllevan una serie de problemas que las discusiones académicas no tienen en cuenta (Osterloh and Frost, 1994; Scholz, 1994)³². Aunque a primera vista la centralización puede parecer un concepto relativamente simple, es considerado el más problemático de las tres características estructurales (complejidad, formalización y centralización) (De la Fuente, García-Tenorio, Guerras, Hernangómez, 1997). Siguiendo a Gibson, Ivancevich y Donnelly (1983), la complejidad de este factor se deriva fundamentalmente de tres fuentes:

1. personas del mismo nivel jerárquico pueden tener distinta autoridad; en concreto al realizar el estudio de campo e intentar concretar diferentes posiciones jerárquicas, nos hemos encontrado, que no todas las personas que ocupan cargos denominados de la misma forma tienen el mismo grado de autoridad ni además realizan funciones similares, y no tienen porqué haber los mismos cargos o comisiones en todos los hospitales.

2. no todas las decisiones son igualmente importantes. En esta investigación se diferencian decisiones económicas de las médicas o asistenciales, sin entrar en ningún momento en medir o pedir que otras personas midan la importancia de los diferentes tipos de decisiones para un hospital.

³¹ Factores que posteriormente se convertirán en hipótesis a demostrar por el estudio de campo y analizaremos si se cumplen o no en nuestra investigación.

³² Citados en nota 365, pp.2

3. las individuos pueden no darse cuenta de que realmente tienen autoridad informal. Teniendo en cuenta esta complejidad, esta investigación es consciente de que la medida del grado de descentralización será de la autoridad formal.

Por tanto a la hora de intentar medir el grado de descentralización, estas fuentes de complejidad nos obligan a tratar con precaución los problemas derivados de tal medición. Robbins (1990) también nos ofrece una visión bastante amplia de los problemas que pueden surgir cuando se pretende evaluar el grado de centralización organizativa.

182

El grado o nivel de descentralización en una organización puede variar, depende del número de niveles jerárquicos con decisión y también depende del número de aspectos delegados. Podría afirmarse que el grado de descentralización aumenta si delegamos en niveles jerárquicos cada vez más bajos organizativamente pero también si aumentamos el número de actividades o la toma de decisiones de aspectos a delegar. La primera sería una descentralización personal o jerárquica y la segunda una descentralización de actividades.

En este estudio pretendemos contraponer el grado de descentralización con la eficiencia organizativa de los hospitales. Para ello proponemos crear un índice para medir la descentralización organizacional de un hospital. Para ello se han tenido en cuenta las dos diferentes descentralizaciones, no sólo si el hospital estaba descentralizado sino qué actividades y en qué niveles se sitúa la descentralización.

Hemos tenido en cuenta que a la hora de descentralizar, sé descentraliza la autoridad formal y la toma de decisiones, pero debemos preguntarnos, autoridad y toma de decisiones ¿de qué? o ¿sobre qué?.

Se han realizado estudios cuyo objetivo ha sido medir la autoridad de los directores de hospitales (Nirel, Schmid, Stern, 1994) y dividen la variables autoridad en los diferentes aspectos: autoridad sobre el personal (reclutamiento, promoción, salarios,...), sobre las compras (de maquinaria, elección de proveedores,..), sobre el presupuesto (realización, fijación de objetivos, control de presupuestos, ...), sobre su actividad, sobre la planificación y sobre la organización de cada departamento.

Los pioneros en la utilización de dimensiones estructurales para caracterizar a una organización (entre ellos la medida de la descentralización) son los miembros del grupo de Aston (Pugh et al. 1968) y aunque dependiendo de

los autores que los utilizaban eran renombrados de otra maneras las variables que ellos utilizaron se encuentran comúnmente aceptadas³³ como dimensiones útiles para establecer la estructura de una organización, en consecuencia una metodología para la medición del grado de centralización (Val y Goñi, 1999).

El grupo de Aston, liderado por Samuel Pugh, ha sido el primer grupo de investigación que intentó medir esta magnitud. Ellos utilizaron 37 ítems, la respuesta de los cuales nos daban una medida de la descentralización. Los ítems no eran más que decisiones que se toman en cualquier empresa. La metodología que utilizaron fue la siguiente: cada una de las empresas debían contestar en que nivel jerárquico tomaba cada una de las 37 variables de decisión. Los niveles jerárquicos también fueron reducidos y cerrados; consideraron seis niveles jerárquicos con los que todas las empresas podían contestar. En la tabla 8.2 presentamos los ítems y los niveles jerárquicos utilizados por estos autores.

Tabla 6.1. Ítems utilizados para medir la descentralización según el Grupo de Aston

<i>Labor force requirements</i>	↔ Necesidad de trabajadores
<i>Appointments to direct worker jobs</i>	↔ Nombramiento de directores
<i>Promotion of direct workers</i>	↔ Ascenso o promoción
<i>Representing the organization in labor disputes</i>	↔ Representante de la organización en conflictos laborales
<i>Number of supervisors</i>	↔ Número de supervisores
<i>Appointment of supervisory staff from outside the organization</i>	↔ Nombramiento de asesores externos
<i>Promotion of supervisory staff</i>	↔ Promoción de los asesores
<i>Salaries of supervisory staff</i>	↔ Sueldo de los asesores
<i>Spending of unbudgeted or unallocated money on capital item</i>	↔ Gastos imprevistos de inversiones
<i>Spending of unbudgeted or unallocated money on revenue items</i>	↔ Gastos imprevistos de gastos corrientes
<i>Selection of type or brand for new equipment</i>	↔ Seleccionar el tipo de equipo o la marca de un nuevo equipo
<i>Overtime to be worked</i>	↔ Horas extras
<i>Delivery dates or priority of orders</i>	↔ Decide fechas o prioriza los trabajos

³³ Vease Child (1972), Reimann (1973), Champion (1975), Van de Ven (1976), Jackson and Morgan (1982), Fredrickson (1984), Lawrence and Lorsch (1967), Galbraith (1973), Mitzberg (1979)

<i>New products or service</i>	↔ Nuevos productos o servicios
<i>Marketing territories to be covered</i>	↔ Mercado territorial objetivo
<i>Extent and class of market (operational field) to be aimed for</i>	↔ Interés del tipo de mercado
<i>Costing; i.e. to what costing system, if any, will be applied</i>	↔ Sistema de costes
<i>Inspections; i.e. to what items, processes, etc, the inspection system, if any, will be applied</i>	↔ Control, inspecciones
<i>Operations that will have work studies made of them</i>	↔ Solucionar problemas de producción
<i>Plans to be worked on</i>	↔ Plan de trabajo
<i>Output to be scheduled against given plans</i>	↔ Resultados a contraponer al plan de trabajo
<i>Dismissal of operative</i>	↔ Despedir trabajadores
<i>Dismissal of supervisor</i>	↔ Despedir supervisores
<i>Methods of personnel selection</i>	↔ Métodos de selección de personal
<i>Training methods</i>	↔ Métodos de formación
<i>Buying procedures</i>	↔ Procedimientos de compra
<i>Suppliers of materials to be used</i>	↔ Proveedores contratados
<i>Method of work to be used (not involving expenditure); i.e. how a job is to be done</i>	↔ Métodos de trabajo utilizados (protocolos)
<i>Machinery or equipment to be used for a job</i>	↔ Asignación de instrumental de trabajo
<i>Allocation of work among available worked</i>	↔ Asignación de trabajos a los trabajadores
<i>Welfare facilities to be provided</i>	↔ Provisión de zonas de descanso
<i>Price of the output</i>	↔ Precio del producto
<i>Altering responsibilities or areas of work of functional specialist departments</i>	↔ Cambios en las responsabilidades en áreas funcionales
<i>Altering responsibilities or areas of work of line department</i>	↔ Cambios en las responsabilidades en áreas lineales
<i>Creation of a new department (functional specialist or line)</i>	↔ Creación de nuevos departamentos
<i>Creation of a new job (functional specialist or line, of any status, probably signified by a new job title)</i>	↔ Creación de nuevos puestos de trabajo
<i>Who takes over in the chief executive's absence</i>	↔ ¿Quién toma decisiones en ausencia del director general?

Fuente: Elaboración propia basada en Pugh et al.1968

Tabla 6.2. Ítems utilizados para medir los niveles jerárquicos

<i>Above chief executif</i>	↔	Nivel inferior al gerente
<i>Whole organization</i>	↔	Toda la organización
<i>All workflow activities</i>	↔	Director de grupo de servicios
<i>Workflow subunit</i>	↔	Jefes de servicio o unidad
<i>Supervisory</i>	↔	Supervisores
<i>Operating</i>	↔	Trabajadores

Fuente: Elaboración propia basada en Pugh et al.1968

En el próximo capítulo (capítulo 7) hemos analizado estas variables y hemos repetido el estudio como punto de partida aplicado.

Gordon y Narayanan (1984) para medir el nivel de descentralización de la estructura organizativa de su muestra eligieron 5 ítems que medían el nivel de descentralización global del centro. Los ítems fueron sobre los siguientes temas: desarrollo de nuevos productos y servicios; la contratación y despido de trabajadores, compras de equipo, precio y distribución de los servicios. Se aprecia como, igual que los anteriores autores, para medir el nivel de descentralización lo dividen en diversas áreas que intenta englobar a toda la organización.

Siguiendo estos autores, fundamentalmente el Grupo de Aston (ya que es dónde la fuente metodológica del resto de los autores) y, teniendo en cuenta las características de los hospitales catalanes, se buscó una fórmula que permitiera medir el grado de descentralización de cada uno de ellos, teniendo en cuenta los diferentes aspectos que se pueden descentralizar en unidades más pequeñas.

Se realizó el planteamiento de que el grado de descentralización se podía medir a través de un índice de descentralización global o total; que sería la suma de los diferentes aspectos que se pueden descentralizar en un hospital, que lo hemos denominado índice *global de descentralización de la acción-decisión*³⁴.

Después de revisar en la literatura los diferentes aspectos que se han creído que se podía descentralizar se puede dividir entre tres subíndices: un índice

³⁴ Hemos considerado llamarlo "descentralización de la acción-decisión" ya que a la hora de descentralizar se puede descentralizar la acción y la decisión pero habitualmente

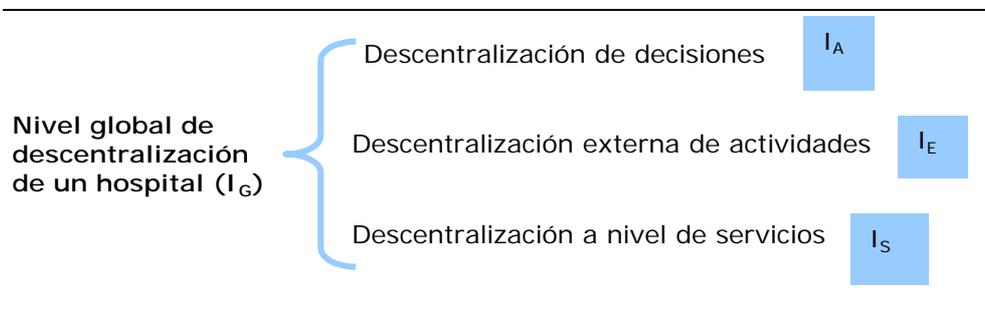
de descentralización de decisiones globales que afectan a todo el centro, otro índice de medida de descentralización externa de actividades y por último otro índice que nos mida la descentralización existente en los servicios de cada centro (figura 6.6).

El primer subíndice de descentralización, el de decisiones (I_A), lo vamos a medir a través de la metodología de Aston, con ellos lograremos conocer el nivel de descentralización sobre las decisiones generales que existen en cada hospital. Como hemos visto anteriormente se trata de medir quién decide unas decisiones en cada centro hospitalario. Este subanálisis nos permitirá conocer por un lado las decisiones más descentralizadas y por otro el nivel de descentralización de las decisiones en los diversos hospitales.

186

Con el segundo subíndice se quiere medir la descentralización de externa de actividades (I_E), por un lado el número de servicios o acciones subcontratadas, es decir externalizadas, y también sí se han o no independizado secciones o servicios del hospital convirtiéndose en unidades autónomas con diferente personalidad jurídica. La intención es tener en cuenta dentro del índice de descentralización global, la subcontratación y la independencia de servicios de la globalidad del hospital.

Figura 6.5. Esquema sobre el estudio de la descentralización



Fuente: Elaboración propia

El objetivo del tercer subíndice es tener en cuenta el nivel de descentralización que existe en un servicio standard del hospital. Evidentemente el principal problema es que no existen servicios standards pero cómo se trata de preguntas generales, pueden ser aplicados a un servicio medio. Este subíndice de descentralización a nivel de servicio (I_S) es aquel que está formado por la suma de pequeños índices de descentralización concretos: el económico, el de control, el de recursos humanos

una va ligada a la otra, por tanto consideramos que se deben medir las dos magnitudes a la vez.

y el de organización. De esta manera será el nivel de descentralización a nivel de servicios de un hospital será la suma del grado de descentralización económica más el grado de descentralización del control más el grado de descentralización de los recursos humanos y por último más el grado de descentralización organizativa. Siguiendo una formulación que se recoge en la siguiente ecuación:

$$I_s = IDE + IDC + IDRRHH + IDO$$

Para conseguirlo se creó la siguiente formulación:

187

Tabla 6.6. Nomenclatura utilizada en el modelo

IDE = Índice de descentralización económica
IDC = Índice de descentralización del control
IDRRHH = Índice de descentralización de los recursos humanos
IDO = Índice de descentralización organizativa

Fuente: Elaboración propia

Con este índice de descentralización global (I_G) podemos medir el grado de descentralización de cada hospital y llegar a cuantificar numéricamente este fenómeno. Cada hospital tendrá sus propio índice que le asignará un nivel de descentralización. Contra mayor sea el índice mayor será el grado de descentralización.

$$I_G = I_A + I_E + I_s = I_A + I_E + (IDE + IDC + IDRRHH + IDO)$$

En este modelo teórico y con esta forma de cuantificar el grado de descentralización global de un hospital se recoge tanto la descentralización de decisiones, como la descentralización de actividades y el nivel de descentralización de los servicios, ya que será la suma de la descentralización de cada uno de sus subíndices (descentralización por actividades), dónde cada uno de ellos nos indica un tipo diferente de descentralización y con él, podemos medir la descentralización personal de cada actividad y que la suma de estos índice nos dé el nivel de descentralización global de toda la organización.

A continuación pasamos a explicar brevemente los diferentes subapartados de la descentralización en un servicio, y la razón de porqué se ha dividido y cómo se ha medido cada uno de ellos.

DESCENTRALIZACIÓN DE ACTIVIDADES

Los trabajadores de un centro hospitalario se componen de profesionales (médicos, enfermeros, fisioterapeutas,...) a los que se les puede delegar aspectos, fundamentalmente si son aspectos que ellos conocen, controlan y además, será un factor motivante para ellos.

188

Las actividades de un hospital son muchas y además de diversos sectores, como ya hemos analizados en la parte II de esta investigación. Para ello diferenciaremos entre las actividades no médicas y médicas. Respecto las primeras hemos preguntado acerca del nivel de subcontratación que consideramos como reflejo del mayor grado de descentralización junto con la independencia de algún servicio o departamento³⁵. Respecto de las segundas, se pueden volver a dividir entre las que son propiamente médicas o las diagnósticas. Las médicas supondrían aumentar la independencia o autonomía de los trabajadores de un hospital a la hora de decidir los tratamientos a los pacientes, teniendo como restricción los protocolos. Se trata por tanto de actividades altamente formalizadas y normalizadas, cuya autonomía implica que son los trabajadores quienes tienen el control de los recursos y por tanto los costes de la organización. Por otra parte, también se trata de actividades con una alta implicación de los pacientes y que es cada uno de los profesionales los que conocen propiamente cada uno de los casos, ya que cada "cliente" es diferente.

Respecto a las actividades médicas diagnósticas, actividades back office, son servicios con poca implicación y con poco valor para los clientes, actividades que podrían ser subcontratadas. Para ello consideramos importante conocer el nivel de subcontratación de cada hospital y ver cómo se correlaciona con el grado de descentralización.

DESCENTRALIZACIÓN DEL CONTROL y PLANIFICACIÓN

Cualquier teoría de gestión estratégica recuerda que no hay control posible si no hay posibilidad de evaluación (López Casanovas, 1989). Con esta frase queremos empezar el análisis de la descentralización del control, ya que para que se pueda descentralizar primero ha de existir un control que

³⁵ Ver en la encuesta (Anexo 2) la pregunta nº 22

se pueda evaluar, y evaluar la actividad hospitalaria es enormemente complicado como se ha visto en capítulos anteriores.

Anthony ha definido el control de gestión (control management) como el proceso mediante el cual la dirección trata de asegurarse que los recursos se obtienen y se usan eficaz y eficientemente para el logro de los objetivos organizacionales (Ricart y Rosanas, 1989). Definición tan conocida nos lleva a otra aportación también ampliamente conocida "la planificación y el control son dos actividades complementarias". Esta es la razón de que en esta investigación se estudien conjuntamente.

189

El establecimiento de objetivos, planes y su conocimiento por parte de los trabajadores (utilización de técnicas de dirección por objetivos), permite que exista un control de la actividad. Es igualmente importante conocer quién realiza el control y si tiene implicaciones futuras para los trabajadores.

DESCENTRALIZACIÓN ECONÓMICA

Con este título nos referimos a que los diferentes niveles organizativos inferiores tengan poder de decisión y de ejecución de sus presupuestos sin tener que pedir permiso a niveles organizativos superiores, teniendo en cuenta tanto el punto de vista de sus ingresos como de sus gastos.

Esta descentralización económica se debe realizar mediante la asignación de un presupuesto clínico a cada servicio y/o unidad responsable, en relación con la actividad y calidad a desarrollar y tiene que conllevar necesariamente "transferencia de riesgo".

Para poder realizar esta gestión es necesario que se cumplan una serie de condiciones o requisitos previos (Alonso y Rodríguez, 1998 apud. Del Llano Señaris et al., 1998):

1. organización como unidad independiente, es decir que la estructura organizativa de los hospitales permita una gestión más independiente, con una actividad propia y diferenciable, susceptible de medición.
2. un único responsable
3. cartera de servicio aprobada por la dirección del centro, es decir que cada unidad gestione su propios recursos pero siempre dentro de un marco más macro-organizativo

4. que tengan un presupuesto asignado
5. criterios de calidad pactados
6. autoevaluación periódica
7. ausencia de conflictos intra-unidad
8. existencia de incentivos
9. alta fiabilidad de las auditorías de los sistemas de información
10. realización periódica de auditorías externas
11. capacidad de maniobra del responsable, en aspectos de personas, adquisición y gestión de bienes y servicios.

Hoy en día difícilmente encontramos un servicio en ningún hospital catalán que cumpla todos estos requisitos, ni siquiera aquellos que han hecho un mayor esfuerzo de descentralización. No obstante, sí que es cierto que sería lo óptimo y que es la línea que se debe seguir y que esperamos que sea la tendencia de la evolución de la descentralización de los hospitales.

DESCENTRALIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La flexibilización de la gestión de los recursos humanos resulta prioritario para conseguir un mayor nivel de descentralización y que nos afecte a la eficiencia (López Casanovas, 1992) y la actitud del personal puede contribuir al éxito de aplicación de formas estructurales más desarrolladas (Saiz, Azofra y Manzanedo, 1999; Baryona, Goñi, Madorrán, 1999).

Este apartado de la descentralización es el que presenta más problemas ya que en algunos hospitales, fundamentalmente los públicos el actual marco laboral rígido (en régimen estatutario) impide la adopción del área de recursos humanos a niveles de mayores niveles de descentralización.

Si dejamos de banda, este "pequeño" aspecto, la investigación sobre la descentralización de los recursos humanos se debe centrar en la motivación, incentivos y retribución de cada uno de ellos. Aumentar el nivel de descentralización de un servicio, significa que todo el personal va a tener mayor responsabilidad y por tanto han de aceptar esta nueva situación y a la vez tiene que haber un motor, un líder, que sea capaz de motivar y tener poder para incentivar a su personal (B.J. Merkens y J.S. Spencer, 1998).

El conocimiento de los objetivos de la organización fundamentalmente del área en los que trabajan y que deben alcanzar son un importante incentivo para los trabajadores. El compromiso con los objetivos es una condición necesaria para la mayor implicación del personal en la actividad del servicio. Evidentemente el salario, los complementos y gratificaciones económicas elevan el grado de motivación de la plantilla.

Para poder llevar a cabo esta política es necesario una serie de cambio en dos direcciones:

- ☒ uno en la política retributiva actual y conseguir sistemas salariales más flexibles y motivantes (en estos momentos existe la idea en los trabajadores de "que hagas lo que hagas al final cobraras lo mismo") Osorio y Espinosa, 1986, citado en pp. 332 nota 24 en del Llano Señaris).
- ☒ La segunda es crear criterios e indicadores precisos sobre los que aplicar el incentivo. Los sistemas de incentivos económicos más innovadores y efectivos tienden a ser flexibles, diversificados e individualizados, y han de estar ligados a los resultados y por tanto a la consecución de los objetivos fijados al servicio³⁶.

DESCENTRALIZACIÓN ORGANIZATIVA

Respecto al último punto de la descentralización en este caso lo que nos interesa conocer es si cada pequeña unidad en la que se ha dividido la gran organización posee decisión a la hora de organizarse bajo unos criterios particulares y cada uno individualizados. Es decir si pueden crear ellos su propia normativa, regulación, decidir sus niveles jerárquicos,... Se trata de un nivel de descentralización muy unido con el de recursos humanos ya que al ser un hospital una organización de servicios, la mayor parte de los recursos son humanos.

Una vez presentado todos los niveles de descentralización en el siguiente capítulo presentamos las variables utilizadas para medir cada uno de los índices y por tanto la concretización de cómo medir el grado de descentralización de una organización, en este caso con las particularidades de un hospital.

³⁶ En España existen experiencias en este sentido como la de Martín y López del Amo (1994)

6.4. La gestión clínica: un "análisis médico" de la descentralización

José Ramón Repullo, en las XIX Jornadas de Economía de la Salud³⁷ presentó un estudio que identificaba los patrones evolutivos de las reformas en el ámbito sanitario, planteadas desde mediados de los años 70 y diferenció 5 patrones diferentes, siendo el último patrón un nuevo emergente que se podría denominar la gestión clínica.

Este concepto está siendo introducido en nuestro país desde la década de los 90. Se trata de un concepto anglosajón³⁸ y que está siendo el motor de estudios e investigaciones por parte de estrato médico de nuestra sociedad.

192

El concepto de Gestión se recoge en las siguientes definiciones, queriendo mostrar de que se trata de un concepto muy cercano al objetivo general de esta investigación, ya que no es más que seguir con la idea de realizar unidades estratégicas de negocios:

- 1.- La gestión clínica *consiste básicamente en la agrupación de servicios afines para un abordaje multidisciplinar de las patologías y una orientación de los centros más centrada en el paciente, posibilitando una mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, según Jesús Caramés*³⁹.
- 2.- Gestión clínica por Mercé Casas en el libro Gestión de Hospitales, *se trata de un movimiento de renovación cultural que apunta a la devolución del poder e influencia a los profesionales y que ha ido cuajando en diversas iniciativas tendentes a reorganizar los servicios asistenciales, descentralizar la gestión.*
- 3.- Este concepto al que nos referiremos como gestión clínica, *supone de hecho dotar de instrumentos de información a los jefes de servicios hospitalarios con responsabilidad directa sobre pacientes, para el*

³⁷ Jornadas tituladas "Necesidad sanitaria, demanda y utilización", 1999

³⁸ En Gran Bretaña este concepto ha evolucionado hacia lo que aquí se ha traducido como la GESTIÓN CLÍNICA COMPARTIDA, que consiste en algo tan simple como la introducción de la opinión del paciente en los puntos críticos de su proceso asistencial para que sea corresponsable de las decisiones que se toma. Como se puede observar es un grado más de descentralización, dónde no únicamente decide el trabajador más cercano al problema sino también el cliente que en este caso es el propio problema. Como vemos la evolución del grado de descentralización en Gran Bretaña es superior al nuestro. Es necesario comentar que se hace referencia a este país, por ser un país al que a lo largo de los tiempos se ha observado su sistema sanitario para estudiarlo y copiar ciertos aspectos que se han considerado oportunos.

³⁹ Gerente del Hospital Juan Canalejo, de La Coruña, por la experiencia que ha puesto en marcha en este campo con la creación de su Área de Corazón.

ejercicio de sus responsabilidades como gestores de dichos servicios
(Cuervo, Varela et al. 1994)

- 4.- La gestión clínica trata el diseño, ejecución y evaluación de los procesos de cuidado directo del paciente, de forma adecuada y eficiente, incluido la reingeniería de los mismos si se precisa, sustentada en tres pilares básicos: garantizar una práctica clínica apropiada, favorecer una organización centrada en la necesidad de los pacientes y desarrollar un sistema de información centrados en el proceso asistencial que evalúen sistemáticamente la práctica asistencial (Guerrero, 1997).

En la sanidad, y los hospitales como brazo ejecutor, los clínicos son los que aportan el valor añadido y la gestión clínica apunta a la devolución de poder e influencia a los profesionales y que ha ido cuajando en diversas iniciativas tendentes a reorganizar los servicios asistenciales, descentralizar la gestión, dotar de más autonomía a los servicios clínicos, y pactar y consensuar política y programas de mejora y cambio. También han hecho evolucionar los valores de la organización: la cultura de la autoridad, ordenancista y rígida, ha dejado paso a una cultura basada en el diálogo y el consenso.

Tabla 6.3. Nueve ideas esenciales de la gestión clínica

1. *Agotamiento del modelo de organización y gestión hospitalario iniciado en los setenta.*
2. *Necesidad de devolver el poder a los clínicos: proceso a medio y largo plazo. Es la idea central para la gestión del siglo XXI, el cambio más importante.*
3. *Nuevo equilibrio entre gestores y clínicos. Posibilidades organizativas diversas.*
4. *Orientación de procesos y estructuras hacia el cliente.*
5. *Nueva cultura de empresa: confianza, diálogo, consenso, objetivos comunes. Acercamiento, la cultura de gestión y cultura clínica. Proyecto gerencial y proyecto clínico-profesional.*
6. *Nuevos perfiles y habilidades de los clínicos: mejor formados en instrumentos y técnicas de análisis y toma e decisiones, en conocimientos en gestión y en organización.*
7. *Desarrollo de sistemas de información*
8. *Mejora de procesos asistenciales y de soporte: desplazamiento de los procesos de mejora al nivel de operaciones asistenciales*
9. *El gerente como líder, visionario, gestiona el cambio, prevé turbulencias, resguarda de amenazas a la organización, deja espacios de poder a os clínicos.*

Fuente: Belenes, 1999

A nivel organizativo, la gestión clínica implica dotar a una unidad asistencial, ya sea servicio o departamento, de una estructura pequeña de gestión, con autoridad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades. Este enfoque responde bastante a las tendencias modernas de la organización empresarial más innovadora: estructuras simples, unidades con gran autonomía, énfasis en trabajo en equipo, aplanamiento de estructuras, y delegación y

descentralización de poder y autoridad, que coincide con la hipótesis de esta investigación.

Por tanto, la gestión clínica es la denominación que se está dando al reconocimiento de la función de gestión de la actividad médica en los hospitales para adoptar las medidas adecuadas necesarias para ejercer la autonomía de decisión a fin de conseguir los objetivos previamente establecidos y responder frente a la organización de los resultados alcanzados. Es esencialmente un proceso de cambio organizativo y cultural marcado por la descentralización de las decisiones a los responsables de las unidades de producción del hospital, las unidades clínicas.

194

Resumiendo los diferentes puntos de vista, es otra forma de descentralizar la gestión (si consideramos a gestión la responsabilidad, la toma de decisiones, la motivación de sus trabajadores, la planificación de sus recursos...). Lo que intenta es dar más poder de decisión al médico, es decir responsabilizarlo de la gestión de sus recursos... Y todos estos cambios requieren cambios organizativos (Valera,1994) y nuevos instrumentos adecuados a los médicos para que puedas ejercer dicha responsabilidad.

Figura 6.7. Materialización organizativa de la gestión clínica: modelos diversos de agrupación de servicios



Fuente: Belenes, 1999

Siendo el objetivo de cualquier medida, incluida aumentar el grado de descentralización y la gestión clínica, aumentar la eficiencia del sistema sanitario, esto exige entrar cada vez más a considerar aspectos de efectividad y eficiencia, que implican tomar en consideración a la "caja negra" y a aspectos científicos-técnicos de la producción de servicios. Por tanto veamos las ventajas de la utilización de la gestión clínica⁴⁰, agrupadas en dos grandes áreas, reorganización y administración o dirección de servicios:

⁴⁰ Ventajas que coinciden con las ventajas de la descentralización, ya que se trata de una forma de realizarla.

Tabla 6.4..Ventajas de la utilización de la gestión clínica

REORGANIZACIÓN	ADMINISTRACIÓN
Evitar la realización y repetición de pruebas innecesarias	Lograr una continuidad asistencial que redunde en la satisfacción del paciente
Optimizar la utilización de los servicios centrales del hospital	Favorecer la responsabilidad de los jefes de servicio para que puedan hacer una mejor gestión de los medios que se ponen a su disposición, según José Luis García Arboleya, consejero de Salud de la junta de Andalucía .
Mejorar la actividad y los indicadores, aumenta la calidad, baja los costes, mejora la motivación del personal, mejora la coordinación y la calidad de los procesos.	
Reducir la estancia media, y aumenta la actividad	
Aportar un cambio en el papel de los facultativos ya que han de asumir más responsabilidades, y paralelamente en la actitud de los gestores, que tienen que dar más autonomía a los médicos, abandonar cualquier posición de jerarquía para tomar otra de total coordinación.	

Fuente: Elaboración propia

6.5. Ejemplo de hospitales que han llevado a cabo procesos de descentralización o procesos de gestión clínica

A continuación presentamos una muestra de procesos reales de descentralización⁴¹ en el ámbito hospitalario que se han llevado en los últimos años y opiniones de personas relevantes del sector respecto a modificaciones organizativas de aumento de la descentralización:

El Director del Área Clínica Materno-Infantil del Hospital Pius en Valls (Tarragona), Pedro Clemente, afirmó en las IV Jornadas de Gestión y

⁴¹ Descentralización en cualquiera de las formas que nos podemos encontrar actualmente en el ámbito sanitario.

Evaluación de Costes Sanitarios, "del modelo divisional se debe pasar al clínico porque el antiguo ha demostrado ser ineficaz". El nuevo modelo busca conseguir la satisfacción del cliente y lograr resultados clínicos y económicos. En este sistema el director de área es el responsable de la gestión, que lleva a cabo a través del contrato de gestión y la DPO. Se produce una descentralización y por tanto una transferencia del riesgo y el jefe de área se convierte en responsable de la consecución de los objetivos plasmados en el contrato de gestión. El jefe pasa a ser el responsable global. La recogida de información es clave en este nuevo sistema, ya que a partir de buenos datos se puede realizar la evaluación, lo que posibilita actuar para cambiar lo que no va bien.⁴²

6.5.1. Hospital Clínic de Barcelona. Proyecto PRI SMA⁴³

Todos los ojos están puestos sobre el Hospital Clínic de Barcelona, ya que es el primer centro que se ha atrevido a adoptar el nuevo modelo organizativo (se ha convertido en un banco de pruebas dadas las grandes dimensiones del hospital tanto médicas, científicas como docentes).

Proyecto que comenzó a desarrollarse en septiembre de 1995 y que todavía está en fase de ejecución. El proyecto se plantea en 3 niveles de reingeniería de la organización de sus servicios médicos, de procesos y de actividades. Los objetivos a alcanzar son los siguientes: consolidar la corporación, renovar su proyecto estratégico, abordar una reorganización extensiva, descentralizar la gestión de los servicios médicos y aplicar iniciativas de mejora de operaciones en la cadena de valor del hospital; asimismo, contempla un plan ambicioso de inversiones y una amplia renovación de los sistemas de información.

Los instrumentos que han utilizado para el desarrollo de su plan son:

1. Diagnóstico estratégico y plan de gestión
2. Plan de desarrollo organizativo: fusión de centros y nuevo modelo organizativo (creación de institutos descentralizados).
3. Plan asistencial
4. Implantación de centros de cuidados orientados al paciente

⁴² M.A. Madrid, "Diario Médico" Noviembre 1998

⁴³ Presentadas el 12 de mayo de 2000 en las II Jornadas Técnicas de Gestión Sanitaria

5. Planes de empresa para los servicios centrales clínicos
6. Proyectos de mejora operativa y rediseño en todo el hospital
7. Implantación integral de un software de gestión

Centrándonos en el modelo organizativo, se fundamental en la organización de los actuales servicios en clusters o centros orientados al paciente, que combinan servicios clínicos y quirúrgicos e incluso algunos servicios de soporte. El criterio principal de conformación de los institutos (denominación que reciben los soportes) es la agrupación de unidades que comparten los mismos procesos (GRD⁴⁴); ello garantiza una adecuada coordinación entre profesionales de diferentes especialidades o grupos, que antes "entraban y salían" de los procesos según iba siendo requerida su participación y ahora comparten los procesos.

197

El primer centro creado fue el Instituto de Cardiología. Cada instituto tiene su propia cuenta de resultados ligados a la actividad a la cual se imputan tanto los consumos como los recursos generados por la actividad asistencial, docente e investigadora.

Su filosofía es: "es el hospital el que debe seguir al paciente". El responsable de todo el proyecto es Antoni Trilla. Los resultados relativos a la organización se pueden resumir en:

- crear un hospital de día
- adjudicar a cada paciente un sólo médico responsable,
- reducir la estancia media
- aumentar la actividad global a pesar de contar con las mismas camas, plantilla y medios técnicos que antes del cambio.
- se ha reducido los tiempos muertos
- no se han reducido las listas de espera
- los gastos han aumentado inicialmente.

⁴⁴ Siglas que significan Grupos Relacionados de Diagnósticos y es una clasificación utilizada en sanidad para agrupar procesos según su complicación.

6.5.2. Hospital Santiago de Compostela⁴⁵

Se trata de una experiencia de microorganizaciones. La autonomía de gestión es una de las principales demandas de los profesionales que ahora está empezando a llegar a los hospitales. Según María Codesido, jefa de Control de Gestión, "lo que se pretende es dinamizar el hospital a través de las microorganizaciones, lo que significa un gran cambio cultural". Los hospitales pasan de ser grandes estructuras a un conjunto de organizaciones pequeñas. Para empezar no se trata de autonomía plena, pero un primer paso puede ser que se descentralice la información, "cada servicio puede tomar sus propias pequeñas y grandes decisiones e incluso puede cambiar sus objetivos en función de la demanda". Se ha llevado a cabo en las siguientes áreas: Cirugía General, Ainterna, Pediatría, Traumatología y Cardiología, que actualmente también funcionan como microorganizaciones.

6.5.3. Servicio Vasco de Salud⁴⁶

La agrupación de servicios médicos afines en organizaciones más complejas con autonomía de funcionamiento y de gestión dentro de los hospitales es una idea que está cuajando, tal y como demuestra la iniciativa del Servicio Vasco de Salud de experimentarla en tres de sus centros.

José Ignacio Erausquin comentó que la "idea" la extrajo de su experiencia en la creación de minempresas en el sector del automóvil (compañía vasca GK Nayra Durez). Las dificultades que se pueden encontrar con este tipo de modelos organizativos son:

mucho tiempo que exige la planificación de las miniempresas

registro continuo de la actividad

dificultad de conseguir la cooperación total de todas las partes desde el principio.

6.5.4. Fundación Jiménez Díaz

Según Fernando Astorqui, ex director del Servicio Vasco de Salud y nuevo gerente de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, "para que las unidades de

⁴⁵ A. García, "Diario Médico" Abril 1997

⁴⁶ A. Pedrosa, A. García, "Diario Médico" Abril de 1997

gestión clínica incrementen la eficiencia de la organización, estimulen la calidad y logren la adhesión de los profesionales hay que tener en cuenta aspectos tan variados como su estructura, el contrato que firman con la institución, las herramientas que deben emplear y los incentivos que se han de aplicar."

"Las unidades tienen que cambiar cualquier actitud centralista y burocrática para entrar a formar parte de una estructura horizontal. Sus responsables deben llevar a cabo un liderazgo participativo aunque manteniendo el control, aplicando incentivos y utilizando la DPO (objetivos como actividad, calidad y costes).

199

Este gerente también afirma que hay que procurar que los objetivos de los trabajadores de las miniorganizaciones se adecuen a los del centro. ¿Cómo? Mediante sistemas de información, modelos de autoevaluación con lo que puedan comprobar los resultados de su trabajo y el cumplimiento de su contrato.

También piensa "que el trato igualitario desmotiva al personal" y por eso ha de haber de existir los incentivos. Pero incentivos con imaginación, por ejemplo: becas, ayudas a la investigación, dotación de recursos, participación en órganos de responsabilidad, permisos, y, cómo no, dinero.

6.5.5. Complejo Hospitalario Juan Canalejo (La Coruña)

Centrado en el Área de Corazón, merece una especial atención, ya que supone un proceso de transformación efectiva hacia nuevas formas organizativas de tipo horizontal, incluyendo aspectos críticos como la orientación a procesos, el diseño flexible del trabajo en equipos multidisciplinares, la descentralización operativa con involucración de los profesionales en las decisiones esenciales, el apoyo en tecnologías y sistemas de información avanzados o el desarrollo de objetivos y resultados vinculados al paciente.

Esta experiencia creativa de rediseño organizativo viene a representar un cambio profundo de cultura en nuestro entorno hospitalario, que afecta de manera radical a los procesos de dirección de los recursos humanos y a su competencia distintiva. La elaboración del plan estratégico del Área de Corazón está sustentada sobre principios de autonomía de gestión estructura de red dinámica y cooperación mutua; integra, desde un enfoque

global del cambio organizativo, diferentes desarrollos, entre los que se destacan:

- diseño funcional
- protocolización de procesos asistenciales
- autoevaluación clínica
- plan de gestión de recursos humanos
- presupuesto clínico y cuenta de resultados
- planificación de cuidado de pacientes.

6.5.6. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Bajo la dirección de Ventura Arjona, jefe del Servicio de Neurología del citado hospital, el Instituto de ciencias neurológicas ha logrado integrar en la práctica el concepto de gestión clínica por procesos como modelo de eficiencia. Este instituto basado en el rediseño de procesos, nace de la coordinación del personal y recursos de una serie de servicios.

Esta iniciativa persigue superar el desfasado paradigma de la organización vertical hospitalaria. Se trata de buscar un modelo de gestión que añada valor a nuestros pacientes, orientando la organización hacia la gestión de procesos a través de la modalidad según la cual una mejor calidad es igual a un mejor servicio. En definitiva, se trata de aplicar los contenidos y herramientas de la gestión clínica en el área de conocimientos de las ciencias neurológicas, con independencia del marco jurídico con que posteriormente se dote.

La estructura orgánica y funcional del instituto vertebrará las funciones ejecutivas en torno a los jefes de servicio implicados. Está previsto que se elija al director de área, actuando otro jefe de servicio como director en funciones en ausencia del primero. Cuando esté en pleno funcionamiento el instituto, los jefes de servicio y unidad configurarán una comisión de dirección como órgano de asesoramiento de la dirección, incluyéndose la unidad de gestión y de supervisión de enfermería. Además se incorporarán a la comisión de dirección un representante de los facultativos especialistas de área y otro de los jefes de sección.

6.5.7. Hospital de Manresa

En Manresa, los médicos se dedican a la medicina y sus gestores a rentabilizar y hacer funcionar una estructura de organización horizontal. Su director Carlos Padua afirma que se trata de un ejemplo curioso ya que han pasado de una estructura jerárquica a otra horizontal, con personal laboral, dirigida por una fundación, concertada al 90% sin déficit en los últimos tres años y sin necesidad de contar con empresas externas. En su caso subcontratar la actividad no supone un ahorro, ya que opinan que "siempre será más caro que si nosotros asumimos la gestión, ya que hay IVA, el margen de beneficio que la empresa contratada incluye, el tiempo para controlar a este servicio y además si aceptamos la externalización, en cierto modo damos por hecho que no somos capaces personalmente de hacer rentable nuestro hospital".

201

La dimensión del hospital, comenta el director, es un elemento determinante para la adopción de esta estructura horizontal. La estructura se fundamenta en las llamadas unidades asistenciales y unidades no asistenciales, que son fruto de la reingeniería de procesos. Funcionan como centros de prestación autodirigidos, con criterios de dirección por resultados y con total orientación hacia el cliente, siendo uno de los criterios que prevalecen en dichas unidades la autonomía de decisión.

Los resultados parecen avalar dicha reforma: han conseguido reducir las listas de espera, reducir costes por paciente, el control de la calidad se realiza sobre el proceso asistencial y además se ha reducido los conflictos interprofesionales.

6.6. Estructura de responsabilidad limitada

En 1994, Hinterhuber y Levin escribían: (..) *La organización megalítica, burocrática se está rompiendo. Las unidades de gestión cada vez son más pequeñas para poder tener objetivos y puntos de referencia claramente definidos. Se pretende que estas unidades operen con un grado muy elevado de independencia y que se asocien entre ellas para formar una red flexible. Son las llamadas unidades estratégicas de negocio y se centran en una competencia fundamentalmente específica (core competence). Un grupo de estas unidades forma la estructura estratégica de la organización, los llamados cluster (...).*

Frases como esta permiten pensar en la posibilidad de crear un nuevo tipo de estructura que, se caracterizará por una elevada descentralización y que su mayor innovación fuera dividir la organización en unidades más pequeñas, con mayor flexibilidad, con objetivos claros y con autoridad a la hora de la toma de decisiones,... es decir con responsabilidad en sus actuaciones.

202

Aplicándolo a un hospital, sería un centro dividido en especialidades, ninguna novedad respecto las actuales, pero cada una de ellas les otorgaría una mayor autonomía, fijando unos objetivos, responsables de sus resultados, con plantillas definidas por ellos mismos, ratios de control, e incluso precios intermedios para obtener datos cuantitativos de la actividad realizada (Padula, 1998; Valor y Ribera, 1990; Jelovac y Machostadler 1998; Obeso, 1996; García Tenorio y Guerras, 1998; Rivera y Osende, 1997). Esta iniciativa persigue superar el "desfasado" paradigma de la organización vertical hospitalaria e intentar buscar organizaciones más planas (Ostroff, 1998), dónde la autonomía y flexibilidad supongan una mayor eficiencia organizativa y por tanto un aumento del valor añadido a nuestros pacientes.

La horizontalidad es uno de los mitos más arraigados dentro de los sistemas sanitarios: organización por redes de equipos autónomos. La descentralización, sin embargo, es una apuesta arriesgada y así es percibido desde la dirección: representa un cambio en las reglas del juego y una cesión de poder. Sin embargo hemos visto que existen organizaciones que siguen esta tendencia. Los objetivos perseguidos con esta innovación, con la creación de unidades pequeñas, son (Otea Ochoa y Hernández, 1998; Belenes, 1999):

- ❑ Otorgar poder de decisión a unidades más pequeñas que se encuentran más cerca del usuario y por tanto conocen mejor sus necesidades y las pueden satisfacer.
- ❑ Trabajar por la dirección por objetivos cuantificable en términos de producción, calidad y costes.
- ❑ Conceder autonomía para que el poder de decisión se materialice y se concrete cada una de las unidades y, esté más cerca del paciente, debe poder disponer de dinero y de poder de contratación de personal laboral, por tanto unos recursos adecuados a los objetivos fijados con la dirección.

- ❑ Establecer unos mecanismos de control, por parte de la dirección de cada unidad ya que se tendrá que controlar el consumo de recursos, la productividad y la calidad del servicio, y será en base a unos objetivos planificados con la dirección general del hospital que sean o no alcanzados, lo que haga que el año que vienen les den más o menos dinero.
- ❑ Definir un responsable de la unidad que establezca sistemas de responsabilidad acordes al poder de decisión e incentivos.
- ❑ Definir un marco con unas reglas de juego de la unidad.
- ❑ Aumentar la autonomía a los niveles inferiores de la organización
- ❑ Acercar responsabilidad al nivel más próximo a las operaciones de gestión asistencial
- ❑ Supresión de niveles y aplanar estructuras
- ❑ Trabajo en equipo e integración de profesionales
- ❑ Aumento de los puestos de trabajo de tipo ejecutivo y concertación de los tipos de staff muy cerca del máximo directivo hospitalario
- ❑ Cuantificación y asignación de objetivos a las unidades asistenciales y a sus responsables
- ❑ Márgenes de libertad en la creación y diseño de modelos organizativos adaptados a la historia y situación de cada centro hospitalario.

El concepto de descentralización, ya se ha comentado anteriormente, ha evolucionado tendiendo a la responsabilización de las unidades autónomas de dimensión reducida y nivel inferior, de la creación y desarrollo de los negocios (no solo implantación); realizándose en el nivel medio (responsable de áreas técnicas y geográficas) la labor de formación, apoyo y obtención de recursos; y en el nivel superior (reduciendo al mínimo el personal de este nivel y nivel medio) la orientación general y el establecimiento de objetivos y estándares (Beascochea, 1998).

La tendencia en la gestión sanitaria se dirige hacia una nueva realidad en la que el paciente sea el eje del sistema provisor, la calidad del producto ofrecido sea una cuestión en la que el paciente intervenga activamente y un

mayor y evidente protagonismo de los profesionales que desarrollan el servicio (Harrison y Miller, 1999; Guerrero, 2001). Es este aumento del protagonismo que desean los profesionales el que alimenta las tendencias descentralizadoras, ya que la toma de decisiones estará situada dónde más información poseen (Nio Ong, 1998).

La organización que se propone para un hospital, se ha nombrado teóricamente como una organización con *estructura de responsabilidad delegada*.

204

Los sistemas organizativos tradicionales tienden hacia la jerarquía y al orden establecido. Todo sistema organizativo refleja una forma de pensar y de tomar decisiones (Andrews, 1980), y la propuesta de estructura más descentralizada (de responsabilidad delegada a partir de ahora) supone un cambio. Rompe el molde tradicional (Pfeffer, 1981; Zerilli, 1992; Kast, K.E. y Rosenzweig, J.E., 1987; J.M. de la Fuente Sabaté, J. García-Tenorio Ronda, L.A. Guerras Martín, J. Hernangómez Barahona, 1997; R. Andreu, J.E. Ricart, J. Valor, 1995), para acercarse más hacia la adaptabilidad de los mercados y hacia un proceso, no estable en el tiempo ni sistemático en el proceso, de comportamiento organizativo. Asumimos, como punto de partida y como modelo de referencia, que el mercado actúa de manera eficiente en la asignación de recursos y que identifica instantáneamente la aparición de problemas que le afectan. Pensamos que una estructura organizativa deberá actuar de modo similar a como lo hace el mercado, trabajando cerca de sus clientes para conocer los problemas y a actuar sobre ellos rápidamente, o empleando otro símil más claro, de modo parecido a como actúa el sistema inmunológico de un cuerpo vivo, que rodea, analiza, aísla y neutraliza para incorporar a los agentes extraños beneficiosos y eliminar al resto. Sin embargo de sobras conocemos que los mercados no son perfectos, pero los defectos que pueden aparecer tenderán a la autocorrección, bien sea por el propio sistema o por la acción de control por parte de la dirección de la empresa.

La asunción de una estructura más descentralizada en un hospital implicará, junto con el cambio de maneras de pensar, el cambio en las maneras de actuar (Moran y Brightman, 1998). Ello supondrá el cambio en el proceso burocrático del trabajo administrativo en sus tres ámbitos: proceso, relación y control.

La administración y coordinación requiere de procedimientos que se sistematizan en burocracia eficaz, que aparecen ineludiblemente con el tamaño de la organización, pero que frecuentemente terminan en rutinas

que apagan la iniciativa y que tienden a encerrar al sistema en sí mismo provocando un gran número de ineficiencias. Con el aumento de tamaño aparece también la complejidad en la relación, en la comunicación y en el control, y que la burocracia intenta solucionar con formalismos que fueron adecuados pero que no pensamos que sean las más eficientes hoy en día. La estructura descentralizada aplicada a un hospital permite modificar el tamaño del "span" de control, y establecer múltiples canales de comunicación entre los miembros de la organización (Thomas y Dunkerley, 1999). Si es cierto que la complejidad puede parecer ilimitada con nuestra propuesta, pero también es cierto que los canales de comunicación siguen unos patrones sistemáticos y habituales. Lo importante de la estructura de responsabilidad delegada reside en la posibilidad de modificación, ya sea por ampliación de las relaciones actuales o creando nuevos canales, con una peculiaridad fundamental: que no tendrán que mantenerse más allá de la temporalidad que requiera el compromiso de acción que suponga una determinada colaboración.

Pero una organización en unidades descentralizadas no es un simple conjunto de piezas unidas de forma temporal. En ese sentido todas las organizaciones son unidades y todas las estructuras suponen una descentralización. La estructura que tratamos de adaptar a una organización sanitaria no es un conjunto unido de tareas separadas. No se trata de descomponer una organización en equipos de trabajo en los que se realizan las mismas, o parecidas, tareas profesionales. No, eso sería simplemente una reordenación de actividades funcionales para actuar de forma descentralizada y repartidas en grupos o pequeñas divisiones. Eso no supondría novedad alguna en la organización. La estructura que queremos para los hospitales supone un cambio de mentalidad y de forma de trabajar. Supone la conservación de las especializaciones correspondientes a modelos actuales y probados por años de experiencia, pero se aplican sobre un proyecto singular, definido por el proceso que debe llevarse a cabo en base a un "case-mix", un grupo de diagnóstico relacional (GRD) u otro identificador de similitud que entendamos como válido para nuestra actividad asistencial (Rivera y Osente, 1995)

La adopción del sistema que planteamos necesita del cumplimiento de unos requisitos previos: evidentemente en primer lugar una descentralización que ha de arrancar de la visión positiva hacia el trabajo y contando con un alto nivel de cualificación profesional de los partícipes (McGregor 1967, Drucker 1954). Supone, también, la existencia de una importante actividad de planificación en la institución, tanto a nivel central como de unidades de

salud, que desencadenará una instrumentación de autocontrol y de negociación de objetivos, así como una comunicación dentro de la organización acorde con la dinamicidad que caracterice el "mercado" del hospital⁴⁷. Por tanto, como decíamos anteriormente, supone una nueva manera de trabajar y de entender las responsabilidades, compromisos y beneficios de las distintas habilidades reunidas en cada unidad de actuación.

206

No será posible el funcionamiento de esta estructura sin el desarrollo de un liderazgo en cada unidad descentralizada. Este líder puede ser múltiple, en función de la complejidad de cada unidad y de cómo se concrete el proceso de tratamiento de cada individuo. De entre ellos entendemos que uno deberá poseer unos conocimientos más generalistas, conocimientos que podríamos llamar administrativos, pero sin llegar a tener que asumir propiamente actividades de un directivo formal⁴⁸. Descomponer una empresa en los dos grandes ámbitos tradicionales, directivo y operativo (Mintzberg, 1984) acaba por desarrollar habilidades específicas en cada uno de esos dos enormes universos.

En una estructura de responsabilidad delegada, cualquiera de los integrantes sanitarios no tiene porque renunciar a sus actividades asistenciales en favor de las directivas, sino que cada uno de ellos sólo necesitará adquirir un mínimo de conocimientos útiles para desarrollar la actividad a la que se ha comprometido como parte del grupo y fijar las metas que ve como realizables gracias a los recursos que ha razonado como necesarios. Ya otros administradores realizarán las tareas propias de sus conocimientos económicos, jurídicos o de dirección general que le sean propios como directivo de la organización sanitaria. Del mismo modo que cada unidad desarrollaría su programa de actuación también debería razonar el proceso de selección de miembros de cada unidad. Puede parecer que se está empezando a complicar mucho el proceso, pero no es así. Se trata de responsabilizar a los distintos actores de la organización de las propias responsabilidades, mientras se mantiene el principio de unidad de mando (Drucker 1999) que la estructura matricial viola y que entendemos como un criterio fundamental a respetar, aunque admita una gradación e intensidades distintas.

⁴⁷ Problema que es solucionado mediante la incorporación de sistemas de información.

⁴⁸ En particular para el ejercicio de la profesión médica del futuro serán exigibles nuevas competencias que refuercen y cualifiquen actividades médicas y de gestión combinadas de forma adecuada (descritas en la actividad con términos como gestión clínica o management care). Sutnick et al, 1993; Gómez Sáez et al, 1995; Simpson, 1994.

Este planteamiento supone un cambio importante, la construcción de equipos orientados hacia los procesos choca con la estructura funcional y burocrática y por tanto exige pasar a una estructura más piramidal a una más horizontal que puede otorgar un mayor o menor grado de autonomía a cada una de las unidades, según la gestión de cada centro, y dependiendo de ese grado de autonomía estaríamos delante de organizaciones en forma de red, federativas, de gestión clínicas,...(Nohria, 1992)

La idea de pequeñas agrupaciones no es nueva, Mintzberg ya señalaba en su clásica obra "La estructuración de las Organizaciones" (Mintzberg, 1984), que el agrupamiento refuerza la coordinación dentro de una unidad particular, ya que ofrece un sistema de supervisión común, exige que los recursos se compartan, genera mediciones comunes del desempeño y alienta la adaptación mutua entre los trabajadores.

207

La estructura descentralizada que se ha sugerido para organizar un hospital tiene en cuenta no sólo que se trata de una organización compleja (de gran tamaño, multiproducto y multisectorial, Valor y Ribera, 1990) sino también que existen tantos productos finales como pacientes o tipología de pacientes del centro, y es incidiendo en esta idea de agrupación de pacientes similares por medio de los Sistemas de Clasificación de Pacientes, en las que se podría buscar el criterio para las diferentes unidades descentralizadas (Rivera y Osende, 1997).

El objetivo fundamental es dinamizar el hospital a través de la creación de microorganizaciones⁴⁹ (divisiones de las grandes áreas médicas en unidades clínicas con una mayor autonomía) para dotarles de un presupuesto propio, de una gestión autónoma de los recursos humanos, de una mayor y más autónoma política de incentivos, que se trabaje mediante la fijación de objetivos, para poder aumentar la calidad del servicio..., es decir aumentar su autonomía, flexibilidad y la eficacia del hospital en general, creando centros de responsabilidad periféricos (Belenes, 1994; Jelovac y Macho-Stadler, 1998). Se trata de agrupar servicios afines para mejorar la organización y enfocarla hacia una mejor satisfacción de las necesidades de los pacientes.

Esta descentralización puede tener muchos nombres o llevarse a cabo por muchos motivos: creación de institutos, unidades de gestión clínica, pequeñas empresas públicas, fundaciones... No se trata de cambiar ninguna

estructura de poder ni de desmembrar el patrimonio público, sino de permitir una mayor adaptabilidad y responsabilidad de cada una de las unidades.

Si tenemos en cuenta los inconvenientes que hemos visto anteriormente para llevar a cabo una acción de descentralización en una estructura organizativa vamos a ir analizándolos y estudiar si es posible superarlos.

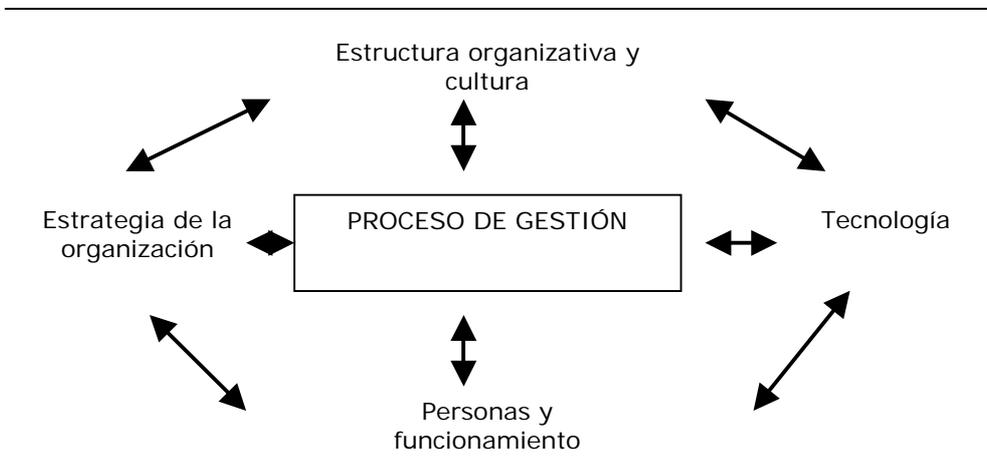
- 1.- El primer inconveniente está relacionado con el tema de costes. Como argumentan Goodrich, R.G. y Hastings, G.R. (1985) la gestión mediante unidades estratégicas de negocio, es decir, unidades más pequeñas y autónomas, "permite al hospital operar más eficientemente; los costes pueden ser más saneados; la duplicación de recursos puede ser observada más fácilmente; y la localización de recursos, planificación y comunicación pueden ser mejoradas".
- 2.- El segundo inconveniente⁵⁰ expuesto por López Casasnovas vamos a dividirlo en dos para tratarlo con toda su importancia. El aumento de beneficio se fundamenta principalmente en el ahorro de costes de las estructuras más descentralizadas y también se verá favorecido al mayor aprovechamiento de las economías de información. Como hemos explicado en el punto anterior se trata de convertir las grandes organizaciones en pequeñas unidades flexibles y más autónomas pero sin perder la unión entre ellas para poder seguir aprovechándose de las economías de escala que proporciona el gran tamaño de las organizaciones y por tanto un mayor poder ante los proveedores.
- 3.- El último inconveniente el otorgamiento de autonomía de gestión a los hospitales es el riesgo de fragmentación que implican, que obligan a considerar la posibilidad de combinar los instrumentos contractuales y los mecanismos de rendición de cuentas, decisión corporativa y evaluación (Repullo, 1999).

Pero este cambio organizativo que es un instrumentos útil para eludir las rigideces del marco burocrático de funcionamiento de la administración, también tiene una serie de limitaciones, existe una serie de requisitos externos e internos a la organización, para que funcione ya que como nos

⁴⁹ El Hospital Virgen de las Nieves de Granada, ha creado el Instituto de Ciencias Neurológicas, que supone poner en práctica el concepto de gestión clínica por procesos como modelo de eficiencia. Diario Médico, miércoles 18 de junio de 1997.

muestra Leavitt el cambio en una organización ha de estar equilibrado (Figura 8.11).

Figura 6.8. Equilibrio de Leavitt



Fuente: H. J. Leavitt, 1965

Externos, es necesario una buena red informática, que permita una buena coordinación entre los diferentes entes con autonomía y que permita el conocimiento exhaustivo de las decisiones tomadas por otros grupos. El funcionamiento externo de los grupos será por medio de autonomía basada en una dirección por objetivos, en la consecución de los objetivos pactados, objetivos que se han de medir, controlar y adecuar a una serie de plazos (Uriarte, 1989).

Internos, es importante establecer mecanismos de control. Dado que se trata de profesionales muy celosos de su actividad necesitan un control y unos incentivos acordes a sus potencialidades permitiéndoles jugar su papel como decisores y dotarles de iniciativa en las instituciones para las que trabajan. En otras palabras: concediéndoles responsabilidad en la propia organización y vinculando el sistema de incentivos personales a los corporativos. Evidentemente el sistema de control (definido como compromiso con la misión del proyecto, centralidad en el cliente, estándares de calidad, orientación a resultados, capacidad de innovación y creatividad, consistencia de los equipos de trabajo, autogestión y aprendizaje o implicación formal en el cambio) debe ser establecido con la participación de los agentes implicados en el proceso de cambio, evaluar los objetivos comprometidos y plantear nuevas alternativas.

⁵⁰ El segundo inconveniente trata de una posible disminución en los beneficios y el tercero de la menor fuerza de poder frente a los proveedores a la hora de negociar.

Las tensiones y resistencias al cambio que surgen en el ciclo de innovaciones pueden y deben ser reconducidas con la ayuda de una estrategia de coordinación y comunicación que facilite la mejor comprensión de las dimensiones del proyecto y los efectos positivos del mismo (Longest y Klingensmith, 1988 apud. en del Llano Señaris, 1998).

Es importante que en innovaciones organizacionales radicales, la organización se dote de herramientas y conocimientos que le ayuden a predecir el resultado de las decisiones de cambio, sobre todo en lo que afecta al impacto sobre el factor humano, para así poder minimizar los efectos adversos.

210

El cambio cultural que genera todo el proceso de innovación lleva implícito nuevas actitudes y comportamientos en los recurso humanos. Alinear positivamente estas dimensiones humanas debe ser un objetivo primordial del "grupo de responsables para revitalizar el proyecto y la capacidad de aprendizaje organizativo". La formalización del aprendizaje, en sus diferentes formas (discusión de casos, grupos de análisis y de consenso,...) representa el factor de dinamización más relevante para el cambio organizativo.

Para la gestión interna de cada una de las unidades será importante una buena política de incentivos no estandarizados y basados en criterios conocidos por todos los trabajadores. Es fundamental y necesario un cambio de cultura en la organización, tanto por parte de los administradores, como de los médicos y del personal sanitario en su conjunto.

En el sector de la salud, cualquier cambio y fundamentalmente cualquier estrategia de renovación exige crear un entorno cooperativo y de participación. Este compromiso participado con el cambio reformado ha de ser exigido a toda la organización, tanto como organismo como a cada persona que trabaja en ella. Por tanto exige una implicación total del personal de la organización.

Este tipo de estructura tiene unas exigencias que podemos resumir en siete puntos:

- La existencia de un director-líder que motive a sus trabajadores y los implique en este cambio de filosofía de trabajo⁵¹ con lo que los propios gestores afirman que un factor importante es la implicaciones del personal en el cambio y que es fundamental la actitud del director.
- Voluntad de cambio por parte de todos los trabajadores: Según Luis Carretero, de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), al cambiar un proceso o actividad incluyéndola en un completo rediseño - transformación total- es un proceso complejo que puede tener consecuencias sobre los profesionales y es básico que el cambio sea participativo y que haya apoyo por parte de la gente que trabaja en el proceso. Este autor afirma que *"no se puede hacer un rediseño si el personal no dispone de una verdadera mentalidad para el cambio"*⁵²⁵³. Este aspectos también es considerado por Gines Sanz, responsable del Instituto o Unidad de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínic.
- Mayor coordinación y trabajo en equipo
- Cambio en el papel del gerente. El papel de los directivos va a dejar de ser el mando total y ejecutivo para convertirse en un coordinador de equipo y en un inductor. "La época de los yuppies ha pasado", el futuro de la gestión depende de la capacidad de trabajar en grupo. En este nuevo cambio los gerentes ya no va a desempeñar una labor completamente jerárquica sino de "apagafuegos, todoterreno y encañadores natos, puesto que tienen que adaptarse a frecuentes cambios en las reglas de juego". Se le tiene que notar poco que está. Un buen gerente es aquél que pasea por el hospital. Sus características son de carácter innovador, con formación práctica, gran capacidad de comunicación, negociación y liderazgo. Ha de promover

⁵¹ En el Hospital Clínic de Barcelona, este proceso de innovación organizativa se ha llevado a cabo en 7 especialidades con los mismos parámetros y ha tenido éxito diferente, lo que sus instigadores han llevado a concluir que depende del factor humano que dirija el proyecto (Presentación del Proyecto Prisma, Barcelona)

⁵² Diario Médico GESTIÓN, 27 de julio de 1997.

⁵³ Este autor añade: A su juicio hemos de diferenciar claramente entre rediseño de procesos y actividades de reingeniería que se están llevando en algún hospital. Está última consiste en agrupar servicios afines para mejorar la organización y enfocarla hacia una mejor satisfacción de las necesidades de los pacientes (gestión clínica, estructura horizontal). El rediseño supone reinventar un proceso o procedimiento, analizar a fondo y cambiarlo radicalmente. Y para llevar a cabo un cambio así es preciso que el personal piense que existe un problema y que hay que solucionarlo. El objetivo del rediseño es atacar los problemas que afectan a un determinado proceso de raíz.

un aplanamiento de la organización, haciendo desaparecer cargos intermedios entre ellos y los responsables de cada línea de actividad⁵⁴.

- Respaldo total de los directivos del centro
- Definición exhaustiva de las relaciones operativas de cada unidad con el resto y con los diferentes servicios comunes.
- Comunicación constante entre las unidades descentralizadas y los responsables de la institución en la que éste se encuadra.

212

Hoy en día ya podemos encontrar ejemplos de instituciones que han adoptado este tipo de organización, aunque disponemos todavía, de pocos datos reales para analizar su resultado. Una institución que ha empezado a trabajar en esta línea y que dispone de resultados, es el Hospital Clínico de Barcelona. En este centro se ha creado el Instituto de Enfermedades Cardiovasculares, como unidad autónoma y flexible del resto del hospital. Sus resultados son esperanzadores: la reorganización ha permitido crear un hospital de día, adjudicar a cada paciente un sólo médico responsable, reducir la estancia media y aumentar la actividad global (se han reducido los tiempos muertos)⁵⁵.

Descentralización en un primer momento significa que los médicos tienen una mayor toma de decisiones. aquí surge la pregunta: ¿Cómo pueden participar los médicos? Corresponsabilizándose en la gestión. El gerente ha de saber que tiene unidades de gestión y ha de conseguir su autonomía. Como señala Ángel Otero, director del Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, ahora se le conoce como gestión clínica⁵⁶. Esto significaría que las riendas las quieren tomar los médicos, quieren que se les dé un presupuesto a principio de año y gestionarlo ellos mismos, porque ahora nunca les dicen del dinero de que disponen.

⁵⁴ García y A. Pedrosa, , "Diario Médico" Abril de 1997

⁵⁵ Diario Médico, 18 de septiembre de 1997

⁵⁶ L.G. Sánchez, Diario Médico, Noviembre 1997

BIBLIOGRAFÍA

ADAME, C., 2000, Nuevas formas de diseño de organizaciones: las propuestas de Handy, Nonaka y Takeuchi y Galbraith. XIV Congreso Nacional y X Congreso de AEDEM, Asociación Europea de Dirección y Economía de la Empresa, Jaen.

AGUIRRE, A.A.; CASTILLO A.M. y TOUS, D.; 1999, *Administración de organizaciones. Fundamentos y aplicaciones*. Pirámide. Madrid.

ALONSO, P. y RODRÍGUEZ, J., 1998 en Del Llano, J.; Ortún, V.; Martín, J.M.; Millan, J.; Gene, J., 1998, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona.

ALVAREZ, J.L., 1997, Las redes frente a las burocracias, capítulo del libro de J.E. RICART; J.L. ALVAREZ, 1997, *Como prepararse para las organizaciones del futuro*, Ediciones Folio S.A. Estudios y Ediciones IESE, S.L.,Barcelona.

AMABILE, T.M.; CONTI, R., 1999, Changes in the work environment for creativity during downsizing, *Academy Management Review*, Vol. 42, nº6, pp.630-640.

ANDREU, R., RICART, J.E., VALOR, J., 1995, *La organización en la era de la información*, Navarra Estudios y Ediciones IESE DL.

APPELBAUM, S.H., HENSON, D., KNEE, K., 1998, Downsizing failures: an examination of convergence / reorientation and antecedents - processes-outcomes, *Management Decision*, nº37/9, pp.473-490.

ARMSTRONG, P., ARMSTRONG, H., 1999, Decentralised health care in Canada, *British Medical Journal*, nº318, pp.1201-1204.

ARTEMIS URIZ VANDENDRIES, 1996, Cambio organizacional a través del aplanamiento de la estructura organizativa, *Estudios Empresariales*, nº 91, 35-43.

ATKINS, R.G., ALBERT L.H., JOAS, A., 2000, ¡Qué venga la recesión!, *Harvard Business Deusto Review*, nº 94, pp. 48-54.

BAKER, W, 1992, *The Networking organization in theory and practice*, capítulo del libro N. NOHRIA AND R. ECCLES, 1992, *Networks and organizations: structure, form, and action*, Papers presentados originalmente en la conferencia de 1990, sponsorizada por la Harvard Business School, Editado por N. Nohria and R. Eccles.

BALIGA, S. y SJÖSTRÖM, T., 1998, Decentralization and Collusion, *Journal of Economic Theory*, pp.196-232.

BARCENA RUIZ, J.C., 1993, Jerarquías, pérdida de control y forma organizativa, *Cuadernos economicos de ICE*, nº52, pp.47-77.

BAYONA, C., GOÑI, S., MADORRÁN, C., 1999, *Compromiso organizacional: Implicaciones para la gestión estratégica de los Recursos Humanos*, Documento de Trabajo o Working Papers, Departamento de Gestión de Empresas. Universidad de Navarra, Navarra,.

BEASCOECHEA ARICETA, J.M, 1998, Técnicas de dirección particulares (II), *Alta dirección*, vol. 33, nº200, pp. 65-75.

BELENES,R., 1994, *Innovación en la gestión. Nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios*. En Cuervo, Varela, Belenes, 1994, "Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias". Ed. Vicens Vives, Barcelona.

BERENGUER, E., BESTARD, J.J.; HERNÁNDEZ, F., 1998, El plan estratégico del INSALUD, *Papeles de Economía Española*, nº76, pp. 191-198.

BLUMBERG, D.F., 1998, Strategic assessment of outsourcing and downsizing in the service market, *Managing Service Quality*, Vol 8 Issue 1.

BROWN, M. Y MCCOOL, B.P., 1990, *Health care systems: Predictions for the future*. Health Care Management Review. V. 15 (3), pp. 87-94.

BUENO CAMPOS, E. 1996, *Organización de empresas. Estructura procesos y modelos*, Ed. Pirámide.

BUENO CAMPOS, E., 1984, Dirección estratégica y cambio estructural, *Información económica española. Revista de economía. ICE*, nº 611, pp. 23-31.

BURNS, T. y STALKER, G.M., 1961, *The Managment of Innovation*. 1ª Ed. Londres. Tavistock.

CABASES, J.M.; MARTIN, J.,1997, Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López Casanovas, Rodríguez, D. *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid. Biblioteca Civitas de Economía y Empresa.

CANTERA HERREO, F.J. y CATALINA GILABERTE, J.L., 1994, La corporación virtual o empresa en red. Una nueva configuración de la gestión empresarial, *Dirección y Progreso*, pp.50-54.

CLARKE, A., ROSEN R., 2001, Length of stay. How short should hospital care be?. *European Journal of Public Health*, nº 11, pp.166-170.

CLAVER, E.; LLOPIS, J.;LLORET, M. Y MOLINA,H.; 1996, *Manual de Administración de Empresas*, Ed. Civitas, Madrid.

COSIALLS, D., CASANELLES, J.M., 1996, Sistema de información hospitalario: imagen, situación actual. El siguiente paso. *Gestión hospitalaria*, nº2, pp. 34-40.

CUERVO, J.I., 1996, Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales, *Todo Hospital*, abril, pp.45- 48.

CHANDLER, JR., 1962 , *Strategy and Structure*. M.I.T. Press. Cambridge Mass.Pp 14-51

CHILD, J., 1974, What's determines organization?, *Organizational Dynamics*, vol.3, nº 1, pp.2-18.

DAWES, P.L.; LEE, D.Y.; DOWLING, G.R., 1998, Information control and influence in emergent buying centers, *Journal of Marketing*, vol. 62, issue 3, pp. 55-68.

DAVIDOW, W.H. y MALONE, M.S., 1993, *The Virtual Coportation: Structuring and Revitalizing the Corporation for he 21st Century*. Harper-Collins Publications, New York.

DE LA FUENTE SABATÉ, J.M.; GARCÍA-TENORIO RONDA, J.; GUERRAS MARTÍN, L.A.; HERNANGÓMEZ BARAHONA, J.;1997, *Diseño organizativo de la empresa*, Editorial Civitas. Madrid.

DE VAL PARDO, I., GOÑI LEGAZ, S., 1999, Eficiencia y configuraciones organizativas: un análisis empírico, *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, pp.55-70.

DEL LLANO, J.; ORTÚN, V.; MARTÍN, J.M.; MILLAN, J.; GENE, J., 1998, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona.

DOPPLER, k., LAUTERBURG, C., 1998, *Change Management. Cómo configurar el cambio en las empresas*, Ariel Sociedad Económica.

DRUCKER, P.F., 1998, Management's new paradigms, *Forbes Global Business & Finance*, publicado el 5 de octubre, pp.52-63.

DYNAN, L., BAZZOLI, G.J., BURNS L.R., 1998, Assessing the Extent of Integration Achieved Through Physician-Hospital Arrangements, *Journal of Healthcare Management*, nº43 (3), pp. 242-262.

ECCLES y NORIA, 1992, *Networks and organizations: structure, form, and action*, Papers presentados originalmente en la conferencia de 1990, sponsorizada por la Harvard Business School, Editado por N. Nohria and R. Eccles.

FERNÁNDEZ DE ARROYABE, J.C. Y ARRANZ PEÑA, N., 1999, Las redes de cooperación empresarial: ¿una organización para el próximo milenio?, *Dirección y Organización*, pp.12-18.

FRASER, J.A., 1992, Women, Power, and the New GE, *Working Woman*, diciembre , pp. 58.

GALBRAITH, J., 1994, *Competing with Flexible Lateral Organizations*, Addison-Wesley, Boston (2ª edición).

GARCÍA GÓMEZ, M.C; MONTORO, M.A., 1998, El efecto de la centralización-descentralización de una organización sobre su nivel de conflicto: un análisis teórico. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, nº8, pp. 149-165.

GARCÍA PONT, C., 1994, ¿aprovecha usted sus activos estratégicos?, Nota técnica de la División de Investigación del IESE. Universidad de Navarra. Barcelona.

GARCÍA-TENORIO RONDA, J. y GUERRAS MARTIN, L.A, 1998, Necesidades estratégicas en la concepción organizativa de los hospitales: aplicación práctica, *Dirección y organización, Revista de dirección, organización y administración de empresas*. Fundación General Universidad Politécnica de Madrid, pp.14-25.

GARCÍA-TENORIO, J., PÉREZ RODRÍGUEZ, M.J., 1999, El éxito empresarial, sus niveles de análisis y formas alternativas para su evaluación, *Dirección y organización*, pp.188-197.

GAYNOR, M., y ANDERSON, G.F., 1995, Uncertain demand, the structure of hospital cost, and the cost of empty hospital beds, *Journal of Health Economics*, nº14, pp. 291-317.

GHEMAWAT, P. y DEL SOL, P., 2000, ¿Compromiso o flexibilidad?, *Harvard DEUSTO Busines Review*, nº94, pp.14-26.

GHOSHAL, S. ; BARLETT, C., 1990, The Multinational Corporation as an Interorganizational Network, *Academy of Management Journal*, Vol. 15, nº4.

GIL ESTALLO, M.A., 2000, *Como crear y hacer funcionar una empresa. Conceptos e instrumentos*, ESIC, Barcelona.

GOLDSMITH, J.C., 1944, The illusive logic of integration, *Healthcare Forum Journal*, Setembre/Octubre, pp.26-31.

GONZALEZ, J.M.; CASAIS, L.; BARATECH, F., 1984, Estructura y organización de una unidad de toxicomanos en un hospital general, *Folia neuropsiquiatrica del sur y este de España*, nº 19, pp. 279-285.

217

GOOLD, M. y CAMPBELL, A., 2002, ¿Do you have a Well-Designed Organization?, *Harvard Business Review*, marzo, pp.117-124.

GORDILLO, A., 1991, Las bases teóricas de fundamentación utilizadas para el estudio de los recursos de un hospital de media y larga estancia (I). *Gestión hospitalaria*, nº2, pp. 22-32.

GORDILLO, A., 1991, Las bases teóricas de fundamentación utilizadas para el estudio de los recursos de un hospital de media y larga estancia (y II). *Gestión hospitalaria*, nº3, pp. 27-36.

GRECO, J., 1998, Designing for the 21st century, *Journal of business strategy*, vol. 19, issue: 6, pp. 34-37.

GREEN, G., 2000, Clinical service lines bring patients into focus, *Nursing Management*, vol. 31, issue 3, pp. 40

GREINER, L.E., 1972, Evolution and revolution as organizations growth. *Harvard Business Review*, julio-agosto, vol. 50, nº 3, pp. 37-46.

GROES, E., y TRANES, T., 1999, On the efficiency of decentralized exchange with resale possibilities, *International Economic Review*, vol.40, nº2, pp.423-438.

GROSS, R., ROSEN, B., 1996, Decentralization in a sick fund: Lesson from an evaluation, *Journal of Management in Medicine*, Vol 10 Issue I.

GUERRERO FERNÁNDEZ, M., 1999, Gestión de los hospitales y de la práctica clínica ante un nuevo siglo, *Todo Hospital*,185-190.

GUERRERO HERNÁNDEZ, M., 2001, Los límites de la descentralización clínica, *El Médico Interactivo . Diario Electrónico de la Sanidad*.

GUILERA, E., 1991, Criterios de coordinación. Descentralización, conceptualización y bases metodológicas, *Gestión Hospitalaria*, nº2, pp. 11-16.

HAMMER, M.; CHAMPY, J., 1995, *Reingeniería de empresa*. Parramón. Barcelona

HALES, C., 1999, Leading horses to water? The impact of decentralization on Managerial behaviour, *Journal of Management Studies*, nº 36:6.

HANDY, Ch. 1993, Modelo federalista. Equilibrio de poder en la empresa, *Harvard Deusto Business Review*, vol.2, nº54, pp. 40-51.

HANDY, CH., 1992, *Balancing corporate power: A new federalist paper*, Harvard Business Review, Pág. 59-82.

HANSON, JOHN G.S. ; MEYER, CHRISTOPHER, 1995, Gestión horizontal: el desmantelamiento de las barreras organizativas al crecimiento, *Harvard-Deusto Business Review*, Nº68, pp. 4-13.

HARRIS, N., 1998, The art of delegation: officer- delegation in development control, *Planning Practice & Research*, vol. 13, issue 3, pp.267-283.

HARRISON R. y MILLER, S., 1999, The contribution of clinical directors to the Strategic Capability of the organization, *British Journal of Management*, vol. 10, pp.23-39.

HAYEK, 1945, The use of knowledge in society, *The American Economic Review*, nº35, pp.519-530.

HECKSCHER, Ch., 1996, El fracaso de la gestión participativa, *Harvard Business Deusto Review*, nº 74, pp. 40-46.

HINTERHUBER, H.H. & LEVIN, B.M., 1994, The organization of the future, *Long Range Planning*, Vol. 27, núm. 3, 43-53.

HODGE, B.J.; ANTHONY, W.P.; GALES, L.M., 1998, *Teoría de la organización*, Prentice Hall (5ª edición), Madrid.

HOPE, J; FRASE ,R., 1998, Measuring performance in the new organisational model, *Management Accounting-London*, vol.76, issue 6, pp. 22-23.

INKSON, J.H.K, PUGH, D.S., HICKSON D.J., 1970, Organization Context and structure: an abbreviated replication, *Administrative Science Quarterly*, nº15, pp.318-329.

IVANCEVICH, GIBSON Y DONNELLY, 1983, , *Organizaciones. Conducta, estructura o proceso*, Editorial Interamericana, Mexico.

JACOB, R., 1995, The struggle to create and organization for the 21st century, *Fortune*, 3 de abril.

JELOVAC I., MACHO-STADLER, I., 1998, *Comparing organizational: Structures in health services*, Documento de Trabajo o Working Papers, Universitat Autònoma de Barcelona i CSIC, Barcelona.

JONES, C. y HESTERLY,W., 1993, *A Network Organization: Alternative Governance Form or a Glorified Market?*, publicación presentada en la reunión de la American Academy of Management, Atlanta.

219

JÜRGEN DRUMM, H., 1995, The paradigm of a new decentralization. Its implications for organization and HRM, *Employee Relations*, Vol 17 Issue 8.

KALUZNY, A. D., 2000, Organizational directions for the Millennium: What needs to be done!!, *Health Care Management Review*, Aspen Publishers, Inc., nº25 (1), pp.29-34.

KARAKE, Z.A., 1997, Relative index for downsizing employees (RIDE): a measure of performance, *Logistics Informations Management*, Vol 10 Issue 6.

KAUFMAN, K., 1995, Who manages ... who leads?. *Hospitals & Health Networks*, vol. 69, issue 21, pp. 62- 63.

KHANDWALLA, P.N., 1973, *Environment and its impact on the organization*, International Studies of Management and organization, otoño.

KOIVUSALO, M., 1999, Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland, *British Medical Journal*, nº318, pp.1198-1200.

KREITNER, R. y KINICKI, A., 1996, *Comportamiento de las organizaciones*, 3ª edición, Irwin, Madrid.

LAWRENCE. P, y LORSCH, J., 1967, *Organization and Environment*, Irwin, Homewood.

LAWRENCE, P.R. y LORSCH, J.W., 1972, *Environmental Factors and Organizational Integration*, Irwin y Dorsey.

LEAVITT, H.J., 1965, "Applied organizational change in industry". Handbook of organizations. Ed. Rand McNally. Chicago; citado en "Ocho imperativos

para la nueva organización de tecnología de la información", *Harvard Deusto Business Review*, nº 80, pp. 54-66.

LONGO, F., 1994, *Diseño Postburocrático de organizaciones públicas: la perspectiva divisional*, Documento de Trabajo o Working Papers, ESADE, Barcelona.

LÓPEZ CASASNOVAS, G., 1989, Descentralización y simulación de mercados: instrumentos para la eficiencia en el sector público, *Papeles de Economía Española*, nº41, pp. 172-181.

220

LÓPEZ CASASNOVAS, G., 1992, Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: Las formas organizativas son importantes, *ICE Economía de la Salud*, nº708-709, pp.63-77.

LUTHANS, F., 1980, *Introducción a la administración. Un enfoque de contingencias*, McGraw-Hill, Mexico.

LLOYD, C., 1997, Decentralization in the NHS: prospect for workplace unionism. *British Journal of Industrial Relations*, vol, 35, issue 3, pp. 427-446.

MACHO STADLER, I., PÉREZ CASTRILLO, J.D., 1993, ¿Delegar o centralizar? Qué dice la Economía de la Información, Cuadernos económicos de ICE, nº52, pp. 25-46.

MARSDEN, P.V.; COOK, C.R, 1994, Organizational structures. Coordination and control, *American Behavioral Scientist*, vol.37, issue 7, pp. 11-31.

MARTÍN Y LÓPEZ DEL AMO (1994), *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública.

MARTÍN, J.J y PÉREZ, M.C., 2001, *Reformas organizativas en el sistema nacional de Salud Español*. XI Jornadas Hispano-Lusas. Universidad de Extremadura. Febrero 2001.

MASIFERN, E. y MASIFERN, C.C., 1997, La empresa como federación, capítulo del libro C.CAVALLE, P.NUEVO, E. MASIFERN, C.C. MASIFERN, 1997, *La regeneración de la empresa*, Ediciones Folio (IESE), Barcelona.

McWILLIAMS, B., 1997, ¿Ha pensado en la subcontratación interna?, *Harvard Business Deusto Review*, nº79, pp. 98-103.

MERKENS, B.J. Y SPENCER, J.S. 1998, *A successful and necessary evolution to share leadership. A hospital's story*. Leadership in health service. Poner en BD

MINTZBERG, H., 1984, *La naturaleza del trabajo directivo*, Ariel, Barcelona.

MONTORO, M.A. y GARCÍA GÓMEZ, M.C., 1999, *Análisis de la relación centralización-conflicto en las empresas del sector químico español*, VII Congreso Nacional de ACEDE, Asociación de Economía y Dirección de la Empresa. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

MORALES GUTIÉRREZ, A.C., 1997, *Análisis de las organizaciones. Fundamentos, diseño y aplicaciones*, ETEA, Córdoba.

MORALES GUTIÉRREZ, A.C., 2001, *Arquitectura de sistemas organizativos*, ETEA, Córdoba.

MORAN, J.W., y BRIGHTMAN, B.K., 1998, Effective management of healthcare change. *The TQM Magazine*. Vol. 10, nº1, pp. 27-29.

MORENA, J.R., 1998, *Fulls Econòmics*, Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

NAULT, B.R., 1998, Information technology and organization design: Locating decisions and information, *Management Science*, vol. 44, issue 10, pp. 1321-1335.

NIREL, N., SCHMID, H., STERN, Z., 1994, Formal and Informal Authority of hospital Directors, *Journal of Management in Medicine*, MCB University Press, vol.8, nº5, pp.37-48.

OBESO ABALDE, C., 1996, Estrategia y desarrollo organizativo en las organizaciones sanitarias, *Boletín de estudios económicos*, nº159, pp. 435-449.

Osterloh and Frost, 1994;

OSTROFF, F. y SMITH, D., 1993, La organización horizontal, *Harvard Deusto Business Review*, pp. 4-19.

OSTROFF, F., 2000, La organización horizontal, *Harvard Deusto Business Review*, nº94, pp. 89-93.

PADULA, C., 1998, Reorganizar los hospitales, *Papeles de Economía Española*, nº 76, pp.199-209.

PALOM IZQUIERSO, F.J., 1992, *El Organigrama Network : management de 5a. generación*, Barcelona : ODE : Gestión y Planificación Integral, DL.

POLLAR, O., SOLOMO, R., 1996, Giving up control, *Successful Meeting*, vol. 45, issue1, pp. 75-80.

POLLOCK, T., 2000, On the Management Side, *Automotive Manufacturing & Production*, vol. 112, issue 9, pp. 10-13.

PRADHAN SHAH, P., 2000, Network destruction: the structural implications of downsizing, *Academy Management Review*, Vol. 43, nº1, pp. 101-112.

PRADHAN SHAH, P., 2000, Network destruction: the structural implications of downsizing, *Academy Management Review*, Vol. 43, nº1, pp. 101-112.

PUGH, D., HICKSON, D.H., HININGS, C.R., TURNER, C., 1968, Dimensions of Organization Structure, *Administrative Science Quarterly*, nº13, pp.65-105.

PUGH, D., HICKSON, D.H., HININGS, C.R., 1969, An Empirical Taxonomy of work organizations, *Administrative Science Quarterly*, nº14, pp.115-126.

QUIN, R.E. y CAMERON, K., 1983, Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: Some Premiminary evidence. *Management Science*, nº 29, pp. 33-51.

RASTROLLO Y CASTILLO, 2001, *Nuevas formas organizativas: una propuesta de sistematización*. XI Jornadas Hispano-Lusas de la Asociación ACEDE. Universidad de Extremadura.

REVERTE-CEJUDO, D., SÁNCHEZ-BAYLE, M., 1999, Devolving health services to Spain's autonomous regions, *British Medical Journal*, nº318, pp.1204-1205.

REYNOLDS FISHER, S., WHITE, M.A., 2000, Downsizing in a learning organization: are there hidden costs?, *Academy Management Review*, Vol. 25, pp.244-251.

RICART, J.E., 1997, *Nuevas formas organizativas: funcionamiento, características*, Estudios y Ediciones IESE, S.L. ,Barcelona.

RICART. J.E.; ALVAREZ, J.L., 1997, *Como prepararse para las organizaciones del futuro*, Ediciones Folio S.A. Estudios y Ediciones IESE, S.L. ,Barcelona.

RIVERA LATAS, J. Y OSENDE ROBERT, C., 1997, El hospital del siglo XXI, *Harvard Deusto Business Review*, vol. 76, pp.59-65.

ROBBINS, S.P., 1996, Comportamiento organizacional, 7 edición, Prentice Hall. México.

ROBBINS, S.P., COULTER, M., 2000, *Administración*, Prentice Hall, Mexico.

ROBEY, M., 1986, citado en Val Pardo, 1997, *Organizar. Acción y efecto*. Esic, Madrid

ROBINSON, J.C. y CASALINO, L.P., 1996, Vertical integration and organizational networkd in health care, *Health Affairs*, vol. 15, nº1, pp.7-22.

RODRÍGUEZ, J.R., 1997, La gestión por actividades en el hospital. Consecuencias sobre el modelo organizativo. *Gestión hospitalaria*, nº4, pp.22-26.

RODRÍGUEZ FELIZ, L., y ROBLES RABAGO, E., 1999, La estrategia de downsizing en las organizaciones: técnicas efectivas de implantación, *Dirección y organización*, nº 22, pp. 63-71.

RUMELT, R.P., 1974, *Strategy, structure and economic performance*, Harvard Business School, Boston.

SAIZ, AZOFRA Y MANZANEDO, 1999; *Nuevas orientaciones para una vieja aspiración el diseño de la estructura organizativa*; VIII Congreso Nacional de ACEDE. Empresa y Economía Institucional, ACEDE, Asociación de Economía y Dirección de la Empresa. Las Palmas.

SALAS FUMÁS, V., 1999, Poder, relaciones y complementariedades en la teoría de la empresa, *Papeles de Economía Española*, nº 78, 79; pp. 2-16.

SALTMAN, R.B. y FIGUERAS, J., 1997, European Health Care Reform: analysis of Current Startegies, *Copenhagen WHO Regional Office for Europe*.

SANDERS, R.L., 1997, The future of bureaucracy, *Records Management Quarterly*, vol. 31, issue 1, pp. 44-52.

SAUNDY, R., 1998, The limits of flexibility: the case of UK Television, *British Journal of Management*, vol.9, pp. 151-162.

SCHOLZ, C., 1994, Corporate Culture and Strategy. *Long Range Planning*, vol. 20, nº4, pp.78-87.

SENGE, P.M., 1990, *La quinta disciplina. Cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Granica, Barcelona.

SERRA RAMONEDA, A., 1993, La empresa en el análisis económico. Un comentario, *Papeles de Economía Española*, nº 57, pp. 152-155.

SNOW, C., MILES AND COLEMAN, 1992, Managing 21st Century Networks Organizations, *Organizational Dynamics*, invierno, pp- 5-20.

STILES, R.A. y MICK, S.S., 1997, What is the cost of controlling quality? Activity-Based cost accounting offers an answer, *Hospital & Health Services Administration*, Summer, nº42, pp. 193-204.

STONER, J.A.F., 1991, *Administración*, Prentice Hall. México.

STRATEGOR, 1995, *Estrategia, estructura, decisión, identidad*, Masson, Barcelona.

SUÁREZ GONZÁLEZ, I., y VICENTE LORENTE, J.D., 2000, *Decisiones de reestructuración organizativa en la gran empresa española durante la década de los noventa*, U. de Salamanca, Documentos de Trabajo.

SUÁREZ GONZÁLEZ, I., y VICENTE LORENTE, J.D., 2000, Factores explicativos del "downsizing" en la gran empresa española (1989-1997), Congreso de ACEDE de 2000, Las Palmas.

SUBRAMANIAM, N. y MIA, L. 2001, The relation between decentralised structure, budgetary participation and organizational commitment. The moderating role of managers' value orientation toward innovation, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol 14. Issue 1.

SUNSERI, R., 1999, Outsourcing on the outs, *Hospitals & health Networks*, vol.73, Issue 10, pp.46-56.

TEMES MONTES, J. L., PASTOR, V.; DIAZ, J.L., 1992, *Manual de gestión hospitalaria*, McGraw-Hill, Interamericana.

TENA, J., 1982, Un enfoque del control organizativo, *Alta dirección*, nº18, pp. 367-378.

THERESA, L. WONG, Y.H., CHAN, K.F., LAW, M., 2001, Information technology and the work environment?x2013; Does it change the way people interact at work?. *Human Systems Management*, vol. 20, issue, 3, pp. 267-280.

THOMAS, R., DUNKERLEY, D., 1997, Careering Downwards? Middle Managers' Experience in the Dowsized Organization, *British Journal of Management*, vol. 10, pp. 157-169.

THOMAS, P., GRIFFITHS, F., KAI, J., O'DWYER, A., 2001, Networks for research in primary health care, *British Medical Journal*, nº322, pp.588-590 (10 de marzo).

THOMAS, P., GRIFFITHS, F., KAI, J., O'DWYER, A., 2001, Examples of three general practice networks with different organizational structures, *British Medical Journal*, nº322, pp. 588, Data suplement.

225

URIARTE, P., 1989, Centralización vs. Descentralización en la toma de decisiones I: Perspectiva organizativa, *Boletín de estudios económicos*, nº44, pp. 89-96.

URIZ VANDENDRIES, A., 1996, Cambio organizacional a través del aplanamiento de la estructura organizativa, *Estudios Empresariales*, nº 91, pp. 35-43.

VAL PARDO, I. De, 1988, Configurando el sistema 4, *Alta Dirección*, nº,24, pp. 105-117.

VAL PARDO, I. de, 1997, *Organizar. Acción y efecto*. Esic, Madrid.

VALOR SABATIER, J.; RIBERA SEGURA, J., 1990, Gestión en la empresa hospitalaria, *Información Comercial Española*, ICE, Mayo-Junio.

VECIANA VERGES, J.M, 1985, "La estructura de las organizaciones". En *Enciclopedia de Dirección y Administración de Empresas*, toma V. Orbis

VENKATRAMENN, N. y HENDERSON, J.C., 1998, Real Strategies for Virtual organizing, *Sloan Management Review*, Fall, pp. 33-48.

VENTURA, J., 1992, La reforma del servicio nacional de salud, *Información Comercial Española ICE*, nº708-709, pp. 53-77.

WAGAR, T.H., y RONDEAU, K.V., 2000, Reducing the workforce: examining its consequence in health care organizations, *Leadership in Health Services*, Vol 13, Issue 3.

WALSTON, S.L., KIMBERLY, J.R. y BURNS, L.R., 1996, Owned vertical integration and health care: Promise and performance, *Health Care Management Review*, Aspen Publishers, Inc., nº21 (1), pp.83-92.

WAI-CHING LEUNG, 2000, Managers and professionals: competing ideologies, *British Medical Journal*, nº321, S2-7266.

WISSEMA, J.G., 1994, *Dirección de Empresas Descentralizadas*, Ediciones Folio, S.A., Barcelona.

YATES, S., 2001, Centralization versus decentralization: the real dichotomy, LewRockrell. Com ([http: www.lewrockwell.com](http://www.lewrockwell.com))

ANEXO 1

EMPRESA PÚBLICA

De acuerdo con la LOSC y la *Llei de l'estatut de l'empresa pública catalana* existe la posibilidad de crear empresas públicas adscritas a organismos públicos, que están demostrando que es posible introducir en la gestión pública actuaciones empresariales mediante fórmulas admitidas en el derecho y que rompen con la rigidez administrativa. Su creación tiene que ser aprobada por el Parlamento de Cataluña y publicada con rango de Ley en el DOGC.

227

Habitualmente se ha utilizado la creación de empresas públicas para desconcentrar la función gerencial de centros sanitarios y así mantener y promover la separación de las funciones de financiamiento y compra de las de provisión del servicios sanitario⁵⁷.

Después de estudiar, a grandes rasgos, cada una de las empresas pública, creo conveniente agruparlas en cuatro tipologías diferente de empresas pública:

Primero, empresas públicas que no son más que subdivisiones de SCS, es decir una descentralización de la gestión pública. Dentro de este primer grupo nos encontraríamos con las siguientes empresas públicas: Gestió de Serveis Sanitari, Gestió i Prestació de Serveis de Salut y Institut de Assistència Sanitària (IAS).

Un segundo grupo formado por empresas con una gestión más privada y que prestan servicios asistenciales intermedios, que habitualmente son prestados por unidades del servicio del ICS. Nos podríamos encontrar con el IDI y la entidad de Serveis Sanitaris de Referència-Centre de Transfusió i Banc de Teixits.

Un tercer grupo que serían empresas con una gestión también más orientada hacia la privada (como en el segundo caso), pero que han asumido servicios una atención más integral, como sería el caso de ICO, que asumió la gestión del servicio de oncología del Bellvitge.

⁵⁷ J.R. Marsal, *Fulls Econòmics* 31, Febrer 1998

Y por último un cuarto grupo que está relacionado con el ICS por la contratación de servicios intermedios y con el SCS por la contratación de servicios finales. Serían las tres restantes.

En Catalunya, actualmente (datos de agosto 1998) existen nueve empresas públicas sanitarias⁵⁸:

- Instituto de Diagnóstico por la imagen, (IDI): su objetivo primordial es la gestión, la administración y la ejecución de los servicios de diagnósticos de alta tecnología mediante la utilización de diversas técnicas de diagnósticos por la imagen. Está ubicado en el Hospital del Vall d'Hebró, en Bellvitge y el Lleida y sus actividades principales son la resonancias magnéticas (que se realizan en los tres hospitales), las tomografías computadas (sólo en los hospitales de la provincia de Barcelona) y las angio-radiologías, sólo se ofrece este servicio en el Vall d'Hebró. Fue creada el 22 de enero de 1991.
- Energètica d'Instal·lacions Sanitàries, S.A, (EISSA): el objetivo es el establecimiento de programas, ejecución de proyectos y la realización de actuaciones que conduzcan a la mejora de la eficiencia energética en los centros sanitarios que configuran en SCS. Creada en julio de 1991.
- Gestió de Serveis Sanitari⁵⁹ (*): es una empresa pública que gestiona diversos centros y servicios en el área de Lleida: atención especializada, salud mental, drogodependencia, atención sociosanitaria y atención primaria. Su actividad se centra en el Hospital de Santa Maria, en UFISS y en PADES. Fue creada en la resolución de 31 de agosto de 1992.
- Gestió i Prestació de Serveis de Salut (*): es una empresa pública que gestiona 57 camas del Hospital Mare de Déu de la Salut de Tarragona (centro hospitalario dedicado a la atención sociosanitaria), dos PADES y una UFISS; colabora también con programas universitarios de docencia y presta servicios asistenciales en las comarcas del Tarragonès, el Baix Camp y el Alt Camp. Fue creada en la resolución del 31 de agosto de 1992.
- Institut de Assistència Sanitària (IAS) (*): cuyo objetivo es responder a las necesidades de salud de la población, a la vez que se han

⁵⁸ Información extraída de la Memoria del SCS. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1997 y de las respectivas páginas webs de las empresas públicas.

⁵⁹ Se ha señalado con un asterisco a tres empresas públicas que fueron creadas para gestionar centros sanitarios y a causa de las transferencias de competencia a las provincias de Lleida, Girona y Tarragona.

desarrollado también en las áreas de formación, docencia e investigación. Está centrada en el área de Girona (Hospital de Santa Caterina, Breda-Hostalric). Fue creada en la resolución de 31 de agosto de 1992.

- **Sistemes d'Emergència Mèdiques, S.A.:** tiene por objeto la atención de las emergencias médicas para garantizar en todo momento la atención prehospitalaria, el transporte y el ingreso en cada uno de los centros de los enfermos críticos. Esta empresa pública tiene bases de actuación en todas las regiones sanitarias y realiza traslados interhospitalarios de adultos, infantiles y de asistencia primaria. En 1997, realizó 15.432 actuaciones, tanto en traslados como en servicios primarios de emergencia. Fue creada en diciembre de 1992.
- **Agencia de Evaluación Tecnológica Mèdica (AATM):** su misión principal es dar apoyo en la toma de decisiones para que la introducción, adopción, difusión y la utilización de las tecnologías médicas se realicen de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia demostrada científicamente. Fue creada por una resolución del 17 de junio de 1994 y modificada por una resolución del 9 de mayo de 1995.
- La AATM es una empresa pública sin ánimo de lucro, adscrita al Servei Català de la Salut, creada en mayo de 1994, por el Acuerdo de Gobierno de la Generalitat de Catalunya (DOGC núm. 1016, de 4.7.1994). El servicio de esta agencia es potencialmente útil a los diferentes decisores y agentes del sistema sanitario, como por ejemplo los agentes planificadores (Servei Català de la Salut, Departamento de Sanitat i Seguretat Social), personal financiador (Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social), compradores, proveedores (Institut Català de la Salut, otros centros hospitalarios y consorcios), usuarios y responsables de programas de docencia e investigación (Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT), Industria del sector sanitario, Sociedades científicas y Fundacions, Universidades y centros de formación, Institut d'Estudis de la Salut).
- **Instituto Catalán de Oncología (ICO):** es un centro de atención oncología integral que nace como resultado de un proyecto de las diferentes estrategias de lucha contra el cáncer en una sola institución, desde la investigación y el tratamiento oncológico hasta las curas paliativas. Se encuentra ubicado en la Ciudad Sanitaria de Bellvitge. Se trata de una institución tanto con hospitalización como con actividad ambulatoria

(dispone de 126 camas y realiza 6.248 primeras visitas y 38.883 visitas sucesivas). Fue creada en el mes de marzo de 1995, publicado en el DOGC el 7 de febrero de 1995 (igual que sus objetivos y sus estatutos, con una modificación del 10 de julio de 1995) y está adscrita al Servei Català de la Salut.

- Serveis Sanitaris de Referència-Centre de Transfusió i Banc de Teixits: Su actividad productiva consiste en la promoción de la donación de sangre, el análisis de sangre y plasma sanguíneo y el subministro de productos hemoderivados. Está ubicado en el Hospital del Vall d'Hebró. Creada el 30 de marzo de 1995, publicado en el DOGC (con modificaciones el 11 de julio de 1995 y una resolución en 5 de agosto del mismo año).

230

CONSORCIOS

La creación de consorcios se ha hecho con el mismo objetivo que la creación de empresas públicas pero además, intenta solucionar necesidades concretas de ordenación y optimización de recursos. Pueden estar formadas por entidades públicas y privadas, pero cualquier de ellas no puede tener ánimo de lucro y han de tener intereses comunes o concurrentes con el SCS.

En la actualidad (datos de agosto de 1998) existen 11 consorcios, en los que todos tienen una misión asistencial excepto el Consorcio Sanitario de Barcelona que asume las funciones típicas del SCS:

- Consorcio Hospitalario de Vic, creado en 1986 por el decreto 302/1986 y modificado posteriormente por el 107/1990.
- Consorcio Hospitalario del Parc Taulí de Sabadell, creado en 1986 por el decreto 341/1986 y modificado posteriormente por el 103/1991 y el 6/1998.
- Consorcio Sanitario de Terrassa, creado en 1988 por el decreto 58/1988 y modificado posteriormente por el 11/1992.
- Consorcio Sanitario de Barcelona, constituido por la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona en 1988. Sus estatutos fueron modificados en la orden de 7 de agosto de 1992.
- Unidad de diagnóstico por la Imagen de Alta Tecnología, (UDIAT): creado en 1990 por el decreto 88/1990.

- Consorcio para la gestión del Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet de Llobregat, creado en 1991 por el decreto 240/1991.
- Consorcio del Laboratorio del Anoia, creado en 1992 por el decreto 293/1992.
- Consorcio Sanitario de la Selva, creado en 1992 por el decreto 312/1992.
- Consorcio Instituto de Salut Pública de Catalunya, creado en 1994 por el decreto 10/1994.
- Consorcio Sanitario del Alt Penedès, creado en 1994 por el decreto 345/1994.
- Consorcio Sanitario del Maresme, creado en la resolución de 17 de julio de 1998.

Capítulo
7

Identificación de
variables

232

7.1. Introducción.

El análisis de los datos implica la separación, identificación y medida de la variación en un conjunto de variables, las variables del estudio.

En el anexo 2 se presenta cual ha sido la escala de medida utilizada en cada una de las variables¹ pudiendo ser de dos modos: escalas no métricas o cualitativas (escala nominal u ordinal); o escalas métricas o cuantitativas (escala de intervalos o de razón).

En lo relativo a la distribución de variables utilizadas en el cuestionario nos podemos encontrar la siguiente distribución:

¹ Están indicadas las variables iniciales del estudio, ya que posteriormente al tratar, analizar y estudiar los datos nos han surgido otras variables por recodificación, cálculos o interpretación de las anteriores.

Tabla 7.1: Tipos de variables resultado del trabajo de campo de esta investigación

VARIABLES	Escala	Nº de Variables
Cualitativas o no métricas	Nominal	173
	Ordinal	
Cuantitativas o métricas	De intervalo	7
	De razón	75

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

A continuación se presentan las variables que hemos utilizado para medir cada magnitud y se razona el por qué de cada elección. Comenzamos por las magnitudes claves: descentralización y eficiencia; y la aceptación de la Teoría Contingente, como marco teórico del estudio, implica la necesidad de analizar la influencia de otra serie de aspectos contingentes que afectan al nivel de descentralización. Por ejemplo, en el sector sanitario Cuervo (1996) afirma que el grado de descentralización depende de factores como: la propiedad, la dimensión, la tecnología de información que disponga y la experiencia del control de gestión. Por tanto las variables que se han utilizado para medir todos los fenómenos relacionados con la investigación están resumidas en la tabla 7.2.

Tabla 7.2: Resumen de magnitudes y las variables de medida utilizadas

MAGNITUDES	VARIABLES
Descentralización	Grado de Autonomía General: índice de Aston, nivel de subcontratación, número de comisiones, participación de los órganos de gestión en la dirección, servicios subcontratados; empresas públicas asociadas a un hospital De un servicio: económico, RRHH, control, organización
Eficiencia	Estancia media ajustada e ingresos por UBA
Tamaño	Número de camas; número total de trabajadores y número de médicos, enfermeras y personal no sanitario; metros construidos
Tamaño organizacional	Evolución de los niveles jerárquicos; número de departamentos, servicios y secciones; número de especialidades; número de departamentos no médicos
Edad	Fecha de inauguración del centro; fecha de la última reforma jurídica
Propiedad del	Titularidad pública o privada

centro	
Estrategia	Tipos de usuarios y tipo de usuarios potenciales
Entorno	Dinamismo económico, tecnológico; Exigencia de los usuarios; estabilidad de las restricciones legales, políticas y económicas; frecuencia de innovación tecnológica en el sector.
Coordinación	SISTEMAS DE INFORMACIÓN: existencia de intranet; si los trabajadores disponen de dirección de correo electrónico. EQUIPOS:
Complejidad	Diferenciación vertical y horizontal

Fuente: Elaboración propia

7.2. Metodología de análisis de la variable principal del estudio: el grado de descentralización.

7.2.1. Introducción

Quizás es el factor más importante que afecta la estructura organizacional de cualquier organización sea el nivel de descentralización de las decisiones (Dunning, 1993, op. Cit, p. 224). Cuando decimos que un hospital está muy centralizado, nos referimos a que el proceso de decisión tiene un carácter muy jerárquico, es decir que son los niveles jerárquicos superiores quienes toman las decisiones en lugar de los niveles jerárquicos más cercanos al paciente.

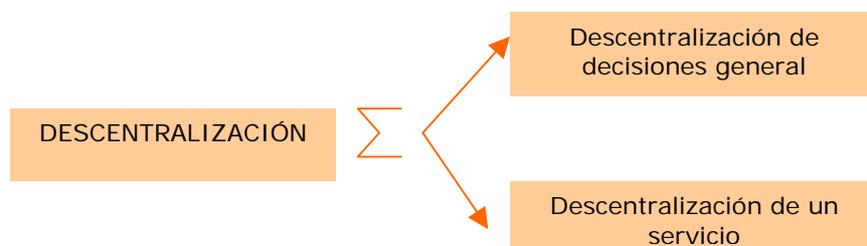
Para poder medir el grado de descentralización de cada centro se llegó a la conclusión de que directamente, a través de una sola variable, era imposible lograrlo y tras la revisión de estudios anteriores² se llegó a la conclusión de que debíamos medirlo mediante el estudio de la autonomía. Por ello, se eligió como variable estructural en el estudio, ya que si la intención es analizar la descentralización consideramos que la autonomía es una variable que nos puede mostrar una idea del grado de descentralización.

² Tanto el Grupo de Aston (1969, 1970) como D. Miller y C. Dröge (1986), analizan una serie de variables y concluyen dando una lista de ítems para medir la centralización y evidentemente medir la centralización significa indirectamente medir la descentralización, ya que simplemente es su complementaria: o en tanto por uno o en base cien. Por ejemplo: Descentralización = 1 - Centralización o bien Descentralización = 100 - Centralización

La autonomía esta integrada por los distintos grados de libertad que en su actuación diaria tienen los miembros de una organización para tomar decisiones sobre su trabajo (Inkson et al, 1970). En los estudios de Aston, centralización y bajo nivel de autonomía se encontraron fuertemente relacionados con la concentración de autoridad, estandarización de procedimientos de personal, baja especialización funcional, porcentaje de niveles superiores y porcentajes de colaboradores (Holdaway et al, 1975). Hackman and Oldham (1976) muestran que la autonomía se correlaciona positivamente con la motivación, el rendimiento, la satisfacción, el absentismo y *turnover outcomes*. White (1997) encontró que ciertas estrategias requieren elevados niveles de control y, por tanto, obtienen mejores resultados cuando la autonomía es baja. De forma parecida, Gupta (1987) nos muestra que hay estrategias que necesitan una fuerte centralización (es decir baja autonomía) mientras que estrategias que necesitan innovación y orientación al cliente son más efectivas en un contexto de descentralización y por tanto alta autonomía.

Como hemos visto en el capítulo anterior para poder medir la autonomía de un hospital hemos creído oportuno hacer una división teórica del nivel de autonomía más general, en dónde se quiere medir la dirección general, y por otro lado se ha buscado medir el grado de autonomía de un servicio estándar³ (Figura 7.1).

Figura 7.1: Diferentes niveles de estudio de la descentralización



Fuente: Elaboración propia

³ Según Díaz Fernández y F. Arce Mateos en Temes, Pastor y Díaz, 1992 (pp.70), "las líneas de futuro expresadas en la Ley General de Sanidad (...) deben llegar a alcanzar a un nivel de servicios". Si en 1992, la legislación ya proponía llegar a un nivel de servicios se ha creído oportuno analizar su nivel de autonomía para contrastar la puesta en marcha de esta ley.

7.2.2. La metodología para medir el nivel de descentralización de decisión general

Respecto a las variables utilizadas para medir la autonomía de toda la organización, la descentralización general, se han estudiado en diferentes ámbitos que todos ellos han intentado medir la autonomía o la descentralización global de la toma de decisiones. Se ha utilizado:

- ✓ *el índice de Aston*, que como hemos visto en el capítulo anterior, es la mediana de las respuesta a 20 preguntas⁴ sobre quién toma las decisiones. Nosotros hacemos un paralelismo para un hospital. Contra mayor sea este índice mayor es el grado de descentralización en esa organización, ya que las decisiones son tomadas por niveles jerárquicos inferiores, y viceversa. Con esta pregunta también nos permite averiguar si existen algunos temas, dónde se comprueba si existe por parte de los hospitales una mayor descentralización y coincide con algún factor de contingencia; podría darse el caso de que en hospitales de gran tamaño, la formación sea un aspecto centralizado por la existencia de cierto convenio con alguna universidad, mientras que en hospitales con menos tamaño sean los propios médicos los que se busquen su propia formación.
- ✓ *Participación de órganos de gestión en la dirección económica y asistencial*: se analizó el poder que tienen ciertos órganos (por ejemplo Junta Facultativa, la Junta Clínica, los jefes de división, los jefes de sección, servicio, comisiones,...) a la hora de tomar decisiones económicas o asistenciales y por tanto autonomía en ciertos temas. También se consideró oportuno preguntar quién forma cada uno de estos órganos, para ver a qué nivel se toman ciertas decisiones y por tanto medir la descentralización. Y por último cada cuanto tiempo se reúnen, para observar la rapidez de decisión ante cambios bruscos del entorno.
- ✓ *Cuota de poder*: Si consideramos la descentralización como el grado en que está distribuido el poder dentro de una unidad (Hall, 1982 cit. en de Val y Goñi, 1999), también podemos medir el grado de descentralización como el porcentaje de decisiones que toma cada nivel jerárquico. Cuanto más peso tenga la toma de decisiones en niveles inferiores de la organización, más descentralizada puede considerarse la organización (de Val y Goñi, 1999).

⁴ Se trata de decisiones de ámbito general que van tanto desde la creación de nuevos trabajos a métodos de formación a compra de tecnología o a relaciones con instituciones.

- ✓ Nivel de subcontratación:

7.2.3. La metodología utilizada para medir la descentralización en una unidad especial, los servicios.

Junto con la autonomía en global, se ha medido la autonomía de los servicios y de las secciones⁵.

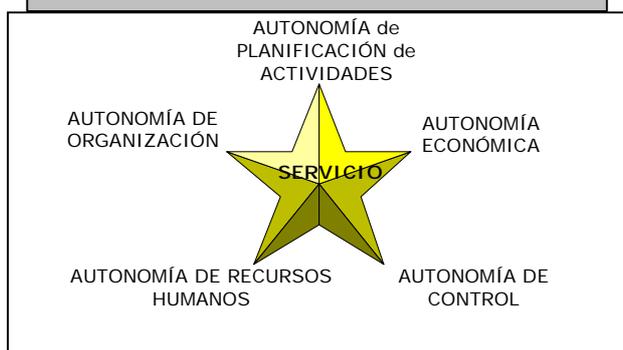
La autonomía de estos centros se ha diferenciado, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, cinco tipos de autonomía diferentes: autonomía de económica o financiera, actividades, económica, de organización, de RRHH y de control (figura 7.2).

237

Respecto a la autonomía financiera, se ha medido con las variables:

- ✓ si disponen de presupuesto propio
- ✓ quién lo realiza y quien lo aprueba y si lo aprueba una persona diferente a la que lo realiza, por cuantas personas más tiene que pasar
- ✓ si es necesario la justificación de los gastos
- ✓ si el presupuesto está relacionado con el nivel de actividad del último año.
- ✓ el ingreso por acto o por usuario, se lo queda el servicio o el hospital, en este caso se trata de una variable más de ingreso que de coste como en las anteriores

Figura 7.2: Tipos de autonomía de un servicio



Fuente: Elaboración propia

El objetivo de esta serie de preguntas es observar el grado de descentralización económica-financiera existente: no es el

⁵ Se ha tomado el servicio como unidad de estudio ya que en las reuniones que hemos tenido con diferentes expertos en el tema sanitario, y teniendo en cuenta las explicaciones de nos da la ley y los textos a los que ella se refiere, indican que el nivel actual de descentralización debía de estar en los servicios.

mismo nivel de descentralización que el servicio disponga de un presupuesto propio, que su presupuesto además lo realicen ellos mismos, que además lo aprueben y que por último no tenga que pasar por otros niveles para dar su visto bueno. Es lógico pensar que será un hospital más descentralizado cuantas más preguntas afirmativas dé a las preguntas anteriores.

Junto a esta primera medida de la autonomía, en este caso económica, se consideró oportuno medir la autonomía de planificación de actividades a la hora de establecer los objetivos. De esta manera tenemos las siguientes variables (de Val y Goñi, 1999):

- ↳ si existen o no objetivos para cada servicio
- ↳ ¿Cual es el horizonte temporal de los objetivos?
- ↳ si cada unidad los puede negociar,
- ↳ ¿Quién marca los objetivos de cada departamento?
- ↳ ¿Cómo se fijan estos objetivos?
- ↳ por último, si hubiera objetivos fijados para cada departamento conocer si los trabajadores disponen de un conocimiento objetivo y contrastable de ellos.

238

Como se puede apreciar se trata de preguntas que nos indican desde una menor a una mayor descentralización, posibles actuaciones dentro de las organizaciones.

Después del tema financiero y habiendo fijado unos objetivos, pasamos a la evaluación de rendimientos, es decir a la autonomía de control. Ballarín, Rosanas, Grandes (1999) nos indican que sin control la planificación no tiene sentido, por tanto era lógico suponer que después de los presupuestos (que se son más que una planificación cuantificada) pasaríamos a la evaluación de rendimiento. Se utiliza la misma metodología que con los presupuestos (de menor a mayor descentralización), por tanto se han utilizado las siguientes (de Val y Goñi, 1999):

- * se evalúa o no el rendimiento, entendiendo por rendimiento la relación entre capacidad y operatividad
- * si ha participado o no el servicio a la hora de establecer los criterios de medición de este rendimiento ¿Participa el departamento en la elección del criterio de rendimiento?

- * ¿Qué organismo o quién controla los datos obtenidos?
- * ¿Quién aprueba el presupuesto de cada departamento?
- * ¿Cuántas personas firman el presupuesto de cada unidad?
- * ¿Cada departamento tiene un presupuestos cerrado anual?
- * ¿Tienen que justificar los gastos?
- * El presupuesto que le otorgaran el próximo año, ¿tiene que ver algo con su nivel de actividad?

El cuarto nivel de autonomía que se trató fue **la autonomía organizativa**. En este caso se considerarán más descentralizados organizativamente a aquellos servicios que pudieran organizar sus “departamentos” como creyeran oportunos, adaptándose al máximo a las necesidades de su demanda en concreto y por tanto disminuyendo a niveles jerárquicos más cercanos al usuario la decisión de cómo organizar los recursos para ser más eficientes. Las variables que se han tomado para medir esta magnitud ha sido la siguiente:

239

- cada servicio, ¿dispone de su propia normativa?
- se pueden organizar libremente, ¿Cada departamento puede crear sus propias divisiones internas?
- ¿Cuántas comisiones existen?, ¿Solo son asesoras o tienen poder de decisión?, ¿Quién participa?
- ¿Han de pedir permiso para utilizar ciertos recursos?
- ¿Podrían utilizar servicios externos de otros organismos directamente o tienen que preguntarlo?

Por último se investigó el último apartado de la descentralización: la **autonomía relacionada con los recursos humanos**, es decir aspectos relacionados con la organización habitual de su personal. Variables o preguntas como las siguientes:

- ⚙ ¿Quién decide las tareas a ejecutar?
- ⚙ si pueden crear sus propias plazas de trabajadores,
- ⚙ si proponen los candidatos,

- ⚙ los criterios de selección de los mismos
- ⚙ ¿deciden al candidato?
- ⚙ existen diferentes políticas de salarios dentro de cada departamento
- ⚙ Cada departamento tiene su propia política de promoción, incentivos y formación
- ⚙ ¿Todas los departamentos tiene las mismas clases de trabajadores?
- ⚙ ¿Puede cada departamento fijar políticas de motivación diferente? (incentivos, cursos de formación, becas,...)

7.3. La variable eficiencia

240

Determinar un criterio adecuado para definir o determinar la eficiencia de una organización no es un trabajo sencillo ni que conlleve una aceptación por parte de la comunidad científica. Revisando la literatura observamos que existen múltiples listas de criterios de diversos autores Cambell (1977), Scott (1977),... para medir la eficacia. Por ejemplo Campbell nos presenta una lista de 30 criterios diferentes para medir la eficiencia y Steers limita la lista a 17. El por qué de la existencia de tantos y variados criterios tienen una explicación en las diferentes concepciones de organización que tiene cada autor. De esta manera si entendemos la organización como un organismo racional, "rational system model", los criterios utilizados serán aquellos que enfatizan el número y la calidad del output. Mientras que si consideramos a la organización como un organismo social, "natural system model", en este caso se enfatizará la ética, motivación y satisfacción de los participantes. Esta concepción va a depender de cada uno de los agentes en los que vamos a medir esta eficiencia.

De estas múltiples propuestas, que existen en la bibliografía para determinar el grado de excelencia empresarial y en las múltiples formas de calcularlo, no se consideran apropiados a la hora de aplicarlos a un hospital ya que su cálculo es complicado o casi imposible. Conceptos como beneficios, competitividad, rentabilidad de recursos propios,..., no son apropiados para medir la eficiencia de un centro hospitalario y por eso se han buscado criterios equivalentes pero en base a las características propias de los hospitales.

La bibliografía referida al ámbito de los cuidados de salud pone de manifiesto la existencia de una notable variedad en la elección, igual como pasa en el caso general, tanto en relación a qué variables se eligen como output más representativos de las unidades evaluadas, como en relación al número de outputs considerados (J.L. Navarro, 1999).

Para medir esta eficiencia vamos a utilizar una metodología concreta. La literatura del sector sanitario ha presentado varios métodos que intentan medir la eficiencia en la operaciones en los hospitales. Se pueden diferenciar, fundamentalmente, dos grandes aproximaciones en la valoración de la eficiencia (Daft, 1988):

- ✓ Existe una corriente clásica, los llamados modelos tradicionales, que los instrumentos que aplica a la consecución de esta medida son los modelos regresionales y los cálculos de cocientes (Feldstein, 1968; Navarro y Pastor, 1992; Peiró Moreno, 1998;) y caracterizados por la utilización de medidas centradas únicamente en determinadas partes de la organización.
- ✓ Y los contemporáneos, que rompen con la utilización de este tipo de metodología y además emplean una visión más integradora de toda la organización^{6, 7}.

Por la no existencia de datos, el ocultismo de cierta información del sector, cuestiones de recursos y tiempo⁸, se ha optado una una corriente más clásica y por tanto la utilización de modelos tradicionales a la hora de medir la eficiencia de los centros.

Existen unos indicadores o parámetros, utilizados de manera general y continua por el sector⁹, como son el número de estancias, los ingresos,

⁶ Jackson y Palmer, 1988, "The Economics of internal organizations: the efficiency of parastatals in clds". En Privatization in less developed countries, editado por Cook and Kirkpatrick, Wheatsheaf, Sussex citado en S. Goñi, 1998 indica que el rendimiento de las organización públicas se realiza con base en tres indicadores específicos: eficiencia, economicidad y eficacia.

⁷ Actualmente una de las técnicas más utilizadas para valorar la eficiencia es el Análisis Envolvente de Datos (DEA, Data Envelopment Analysis). Dicha técnica desarrollada a mediados de los años 70 por Charnes, Cooper y Rhodes 1978, se enmarca dentro de los modelos frontera de evaluación de la eficiencia. Permite el cálculo global de eficiencia, permitiendo comparar organizaciones que producen múltiples productos o servicios, lo cuál supone una ventaja clara sobre los tradiciones indicadores de rendimiento parcial (Charnes, Clark, Cooper y Golany, 1985, citados en S.Goñi, 1998).

⁸ Aunque en un principio el estudio iba a realizar un estudio DEA de la eficiencia de los hospitales catalanes, por razones de insuficiencia de información ha sido totalmente imposible realizar este estudio, teniendo que realizar un estudio más parcial a base de ratios e índices.

⁹ En la página 193 del libro "Manual de Gestión Hospitalaria" de Temes et al.1992; se pueden encontrar diferentes indicadores de actividad hospitalaria:

ratio personas/camas, el número de intervenciones quirúrgicas... que se han utilizado frecuentemente para medir el rendimiento de los hospitales. Sin embargo, no se trata de medidas del todo correctas ya que si utilizamos esta serie de indicadores para llevar a término el estudio, lo que estaremos midiendo es la gestión que se realiza en cada hospital desde el punto de vista de la actividad, y esta perspectiva nos da una medida burocrática de la gestión¹⁰ (Temes et al, 1994).

Otra crítica que se hace a la estancia media es que se trata de un indicador que no tiene en cuenta la calidad del servicio y no solo eso, sino que para mejorar este indicador, si es utilizado como medida de la actividad hospitalaria, puede conllevar una disminución de la calidad (Asenjo, 1998; Solà i Prior, 2002).

Para intentar solucionar este problema se han creado nuevos índices para controlar el rendimiento de los hospitales sin tener que caer en un método burocrático de gestión¹¹. La variable estancia media es uno de los

- ✓ por área de hospitalización: estancia media, porcentaje de ocupación, índice de rotación, estancia preoperatoria
- ✓ por área de consultas externas: promedio diario de consultas, índice sucesivas/primeras, rendimiento de locales de consulta externas
- ✓ por área de urgencia: promedio diario de urgencias atendidas, presión de urgencia
- ✓ por área de quirófanos: promedio diario de intervenciones realizadas en horario programado, promedio diario de intervenciones urgentes, promedio diario de intervenciones ambulatorias, porcentaje de intervenciones ambulatorias, porcentaje de intervenciones suspendidas, rendimiento de quirófanos
- ✓ por área de obstetricia: promedio de partos, porcentaje de cesáreas, estancia media en obstetricia
- ✓ por servicios centrales: laboratorio (promedio de determinaciones analíticas/promedio de determinaciones analíticas por ingreso/ porcentaje de determinaciones analíticas urgentes en hospitalización/ promedio de determinación analítica por urgencias atendidas/ promedio de determinaciones analíticas por consulta externas), radiodiagnóstico (promedio diario de estudios, promedio de estudios por ingresos, promedio de estudios por consulta externas, promedio de estudios por urgencia, promedio de radiografías por estudio, porcentaje de radiografías desechadas), anatomía patológica (porcentaje de necropsias, porcentaje de biopsias a enfermos ingresados, porcentaje de biopsias en consulta externas, porcentaje de piezas quirúrgicas estudiadas sobre el total de intervenciones, promedio diario de estudios), anestesia (promedio diario de anestésicos generales, porcentajes de anestésicos generales sobre intervenciones programadas, porcentaje de anestésicos generales sobre intervenciones urgentes), medicina nuclear (promedio diario de estudios de Medicina nuclear, promedio de estudios por ingreso, promedio de estudios por consulta externas), rehabilitación (promedio diario de enfermos atendidos, índice de enfermos atendidos por primera vez, promedio de sesiones por enfermo atendido, promedio de enfermos atendidos por fisioterapeuta y día)

¹⁰ La gestión hospitalaria puede ser estudiada por diversos métodos, como el de recursos, el de actividad, el de rendimiento y el de producción (Temes et al, 1994)

¹¹ Para que un indicador sea de utilidad debe cumplir una serie de criterios (Temes et al. 1992): tener relevancia, permitir la toma de decisiones y establecer prioridades en la resolución del problema, debe estar formado por componentes independientes entre sí y fácilmente identificables, conociéndose en cada caso la contribución de cada uno al valor del indicador, debe ser sensible a las variaciones del fenómeno que se desea medir y debe ser elaborado mediante datos de fácil recogida.

indicadores que intenta medir el rendimiento de los hospitales (Temes et al, 1994), conociendo que existían una serie de condicionantes:

La estancia media (EM), nos indica el número de días que por término medio ha estado un paciente en el hospital. La fundamental crítica que se le realiza, es que depende mucho del tipo de enfermedades que se traten en el hospital y de los servicios de cada uno de ellos, lo que M.Feldstein llamó case-mix y nosotros hemos traducido por casuística hospitalaria¹². Por tanto para solucionar este problema se debería comparar por servicios o incluso mejor por enfermedades, pero es mucho más complicado o tener en cuenta el case-mix de los hospitales. Es decir, se trata de conseguir indicadores que tengan en cuenta la composición de casos a la hora de medir la producción hospitalaria. Sin embargo el volumen y la tipología de casos como expresión de la producción hospitalaria, sólo es posible si se dispone de un sistema de clasificación de pacientes.

243

Desde el año 1993 es obligatorio que todos los hospitales que forman parte de la XHUP cumplimentaran el CMBD, que ha hecho posible hacer estudios basados en la casuística entre los diferentes centros o incluso en el mismo hospital pero en diferentes épocas. El desarrollo de los sistemas de clasificación de pacientes ha tenido mucho que ver con el auge de la gestión por línea de producto, ya que permite definir y clasificar el producto hospitalario y por tanto se trata de un acercamiento a lo que realmente constituye el producto final hospitalario (Temes et al., 1994).

En este sentido adquiere un enorme papel la medida de la casuística o del case-mix, del que los hospitales catalanes utilizan fundamentalmente los GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico).

Siguiendo con estas indicaciones, existen en la actualidad los siguientes indicadores de actividad basados en GRD (N.Guadalajara, 1994):

- Estancia media depurada¹³
- Estancia ajustada por la casuística o case-mix (EMCM): es la EM que tendría el hospital *i*, tratando el número de pacientes del estándar o de años anteriores, con la EM por GRD propia del hospital *i*. Se pretende eliminar el efecto de la casuística y controlar la efectividad¹⁴.

¹² Temes et al, "El costes por proceso hospitalario", 1994, McGrawHill. Pág. 21

¹³ Es la estancia media excepto los casos extremos

¹⁴ Si resulta una EMCMi mayor que la EM del estándar, quiere decir que el hospital *i* es menos efectivo que el estándar, ya que consume mayor número de días de hospitalización para tratar a los mismos tipos de pacientes, y al contrario. Si la EMCMi resulta ser mayor que su EM bruta, nos indica que trata un menor porcentaje

- ☒ Estancia ajustada por funcionamiento (EMF): es la EM que tendrá el hospital i , tratando el número de pacientes que efectivamente ha tratado, si tuviera una EM por GRD propia del estándar. Se pretende, así, eliminar el efecto de la efectividad hospitalaria y analizar, por separado, la complejidad de la casuística¹⁵.
- ☒ Índice Case-Mix (ICM): es un cociente entre la EMF de un hospital y la EM del estándar. Si un hospital tiene una mayor complejidad que el estándar, su EMF es mayor que la EM estándar y, por tanto, su ICM debe ser mayor que la unidad¹⁶.
- ☒ Índice Funcional o índice de eficiencia relativa (IF o IFU): es el cociente entre la EMCM de un hospital concreto dividido entre la EM estándar¹⁷.
- ☒ Razón de Funcionamiento Estándar: indica una mayor o menor eficiencia en la gestión de camas respecto a la gestión estándar, tratados los dos con igual casuística.
- ☒ Peso relativo (PR): este índice es el cociente entre el peso medio del periodo actual dividido entre el peso medio del periodo anterior o del estándar. Este índice nos indica la mayor o menor complejidad de la casuística del hospital en este período respecto al anterior o respecto a un estándar valorada en términos de costes estándar.
- ☒ Benchmark III 99 (HCFA 16.0): está formado por la casuística de 16 centros hospitalarios españoles, con un número concreto de camas entre 500 y 900, y por la EM por GRD de los cinco centros de mejor funcionamiento.
- ☒ Producción hospitalaria: se consigue multiplicando las altas por el peso relativo.

de paciente en GRD de larga EM en el estándar, o lo que es lo mismo una menor complejidad y viceversa.

¹⁵ Una EMFi mayor que la EM des estándar, indica que el hospital i tiene un mayor porcentaje de casos en GRD de larga EM estándar, o lo que es lo mismo una mayor complejidad, y viceversa. Si la EMFi es mayor que la EM bruta indica que el hospital es, en realidad, más efectivo que el estándar, ya que utiliza menos días de hospitalización de lo normal para tratar el mismo tipo de casos y viceversa.

¹⁶ De acuerdo con este índice, se puede afirmar que: $ICM > 1 \rightarrow$ el hospital es más complejo en enfermedades que el estándar; $ICM < 1 \rightarrow$ el hospital es menos complejo en enfermedades que el estándar

¹⁷ Siguiendo el mismo razonamiento aplicado anteriormente, podemos añadir que: $IF > 1 \rightarrow$ el hospital es menos efectivo que el estándar, dado que el hospital precias más días de hospitalización que el estándar para tratar igual tipo de patologías. $IF < 1 \rightarrow$ el hospital es más efectivo que el estándar

- ☒ La Norma de Hospitales¹⁸: se llama así al estándar de referencia utilizado por la XHUP para la comparación entre hospitales. Este estándar va cambiando año tras año y los últimos años ha sido lo siguiente:

Tabla 7.3. Evolución de la Norma de Hospitales

Año	Nº altas	Nº hospitales	EM	% casos extrem.	EM sin extrem.	PM
1998	264.402	21 h. de referen.	6,68	2,58%	5,97	0,9290

Fuente: Datos extraídos de la web <http://www.iasist.com>

- ☒ Índice de mortalidad ajustada por riesgo (RAMI): aunque todos los hospitales presentan mortalidad, esta medida muestra la mortalidad ocurrida donde no era esperable de acuerdo con las condiciones del paciente¹⁹. Este procedimiento utiliza el modelo estadístico de HCIA para predecir la probabilidad de muerte de un paciente basándose en el registro médico del paciente (edad, sexo y presencia de diagnósticos complicados) y en factores asociados con el tipo de hospital (estatus docente, localización geográfica, tamaño, etc).
- ☒ Índice de complicaciones ajustada por riesgo (RACI): igual que en el caso anterior, este indicador mide dónde las complicaciones efectivas

¹⁸ Desde 1991 existe una empresa en España Iasist (<http://www.iasist.com>) que es el proveedor líder en el campo de la información para la gestión clínica en España y ofrece instrumentos y bases de datos de contenido clínico y económico para la mejora de la gestión sanitaria. Esta empresa vende el programa Clinos, que es el que está permitiendo calcular todos los ratios anteriores y permitiendo una gestión más horizontal y no tan vertical y disponer de un control mucho más profundo de las diversas área, servicios o departamentos.

Dispone de patrones de benchmarking por niveles de hospital y especialidad a partir de amplias bases de datos nacionales e internacionales, que le permiten identificar áreas de mejora de la eficiencia y calidad de los servicios. Esta empresa pertenece al Grupo HCIA Internacional (www.hcia.com).

Esta empresa está elaborando un ranking de hospitales, igual que llevan 7 años haciéndolo la empresa matriz en EEUU ("100 Top: Benchmarks for succes"). Ha adaptado una serie de indicadores hospitalarios americanos a la realidad y características específicas del entorno hospitalario español.

Clasifican a los hospitales en 5 categorías en función de su tamaño, cartera de servicios, case-mix, tipo de propiedad,... Hospitales comarcales de tamaño pequeño, hospitales generales intermedios (no docentes), hospitales generales (docentes), grandes hospitales terciarios y hospitales y clínicas exclusivamente de actividad privada.

¹⁹ Se calcula de la siguiente manera: el número de muertes efectivas dividido por el número de muertes esperadas, dado el riesgo de muerte para cada paciente. El valor nominal del índice es 1,00; un valor de 1,15 indica un 15% más de casos de los predichos, mientras que un valor de 0,85 indica un 15% menos.

superan a las esperadas de acuerdo con las condiciones de los pacientes atendidos²⁰.

- ☒ Estancia media ajustada por casuística y severidad (EMAS): Una menor estancia media ajustada por severidad indica generalmente un consumo más eficiente de los recursos hospitalarios y un riesgo menor para los pacientes²¹.
- ☒ Índice de ocupación: El índice de ocupación se incorpora en el análisis a modo de indicador del grado de aprovechamiento de los recursos instalados en el hospital. En otras palabras, se interpretan mayores índices de ocupación (mediante aumentos de pacientes o reduciendo el número de camas, o ambos) como minimizadores crecientes de recursos ociosos. Para calcularlo se dividen el total de estancias anuales efectivas entre la disponibilidad anual de estancias.
- ☒ Coeficiente de ambulatorización: Como complemento (y contrapeso) del índice de ocupación, el coeficiente de ambulatorización pretende medir la orientación efectiva de la actividad del hospital hacia servicios ambulatorios, en razón de su preferencia por parte de los pacientes y su mayor coste-efectividad. En este caso el cálculo es la suma de dos rankings: Actividad ambulatoria total en relación al número de altas efectivas. Tasa de sustitución por CMA. Con este indicador se pretenden identificar patrones a favor de la ambulatorización eficiente de la actividad asistencial. En otras palabras, cuántas visitas se realizan por cada alta sin que ello suponga un exceso de actividad.
- ☒ Productividad ajustada por casuística: Este indicador ayuda a determinar con qué nivel de eficiencia atiende un hospital a sus pacientes. Valores mayores indican costes menores y una mayor eficiencia. Se calcula, la producción total del hospital, ponderada por

²⁰ Su cálculo se realiza de la siguiente manera: el número efectivo de casos con complicaciones dividido por el número esperado de casos con complicaciones, dado el riesgo de complicación para cada paciente. Para hallar el denominador, se utiliza el modelo de complicaciones ajustadas por riesgo de HCIA, que tiene en cuenta diferencias por tipos de hospital (tamaño, estatus docente,...) y por tipo y severidad de los pacientes tratados. El modelo incluye índices de complicaciones para seis grupos de pacientes: cirugía mayor, cirugía menor, cardiología, endoscopia, episodios médicos y todos los pacientes. Los episodios obstétricos y pediátricos se excluyen.

²¹ Su cálculo se consigue, la estancia media por paciente dividida por la estancia media que hubiera presentado el hospital de haber atendido la severidad estándar nacional de su conjunto de comparación.

Los ajustes se realizan mediante la metodología de los GRDs Refinados. Con la casuística y severidad del conjunto de hospitales se estandariza directamente la EM de cada uno de los hospitales.

líneas de producto, dividida por sus costes de explotación. La ponderación de la casuística total atendida por el hospital se realiza en base a estimaciones de coste validadas y comprende tanto la actividad de hospitalización cómo la de consultas externas, hospital de día, etc...

A la hora de escoger la variable para medir la eficiencia se podría escoger cualquier de las anteriores, pero nos hemos encontrado con una serie de limitaciones que a la vez nos han condicionado la elección final de las variables utilizadas para medir la eficiencia.

La primera limitación es que los hospitales no nos han dado directamente ningún criterio de eficiencia a excepción de la estancia media (datos que aparece en las memorias anuales públicas de dichos centros). Otro organismo que no ha podido facilitarnos los datos, siendo muy interesantes, es la "Central de Balanços"²². Hay que entender que esta institución, aun sabiendo que tiene los datos, está bajo un criterio de confidencialidad; igual que sucedió con el Servei Català de la Salut. En este último organismo nos explicaron como podíamos calcularlo nosotros mismos y a partir de ahí obtuvimos las variables que utilizamos para medir la descentralización.

La segunda limitación con la que nos encontramos fue que no todas las memorias publican la misma información, ni de forma homogénea. Con lo cual la extracción de información es complicada, compleja y además no siempre es la misma información para todos los centros.

Las variables son:

- ↳ Estancia media ajustada a la complejidad de la actividad hospitalaria. En este caso, conocíamos las estancias medias de los centros ya que nos habían enviado sus memorias y sino era información que se preguntaba en el cuestionario y había sido contestado. Respecto la complejidad de los centros nos pasaron dicha complejidad desde el SCS. Y por tanto la multiplicación de ambas variables nos dará un número que se podría utilizar como una estancia media ajustada a la complejidad.
- ↳ Índice de ingresos por UBA. Esta variable es un ratio que nos muestra una forma de medir la eficiencia, dividiendo los ingresos del centro (información que se obtiene de las memorias) y lo dividimos por el número de UBA'S totales del centro. El siguiente problema con el que nos encontramos es que el número de UBA'S no lo conocíamos pero lo podíamos calcular de la siguiente manera: desde el SCS nos dieron la

relación entre estancias, visitas ambulatorias, urgencias,... y UBA's, por tanto como los números de estancias, visitas ambulatorias, urgencias,... lo podíamos extraer de las memorias, pudimos transformar estos datos en UBA's aproximadas para cada centros hospitalario. Y así conseguir un ratio que mida la eficiencia, aún conociendo sus limitaciones y críticas.

7.4. Metodología utilizada para medir las variables contingentes

Las contingencias afectan a las organizaciones en mayor o menor grado y deben explorarse adecuadamente. Para ello se han estudiado las siguientes variables: tamaño, tamaño organizacional, edad de la organización, propiedad del centro, estrategia, entorno, coordinación y sistema de información y diferenciación.

7.4.1. El tamaño: físico y organizacional

La variable tamaño es el factor comúnmente utilizado para estudiar la organización (Greiner, 1972; Porter, 1982; Quinn y Cameron, 1983).

Cuando una organización crece, es decir estamos aumentando su tamaño, es capaz de obtener beneficios procedentes del incremento de la especialización sin embargo aumentará su diferenciación y su complejidad, a la vez que dificulta en gran medida la coordinación entre las sub-unidades, y esta dificultad conlleva como resultado la adopción de controles, estandarización de reglas y de establecimientos de procesos formales. (Miller, Dröge, 1986)

Los estudios clásicos de Aston (Pugh et al, 1968,1969), the National Study (Child, 1972), Meyer et al. (1993), y Blau and Schoenherr (1971) encontraron que la especialización, centralización y formalización se correlacionan positivamente con el tamaño. Otro estudios más especializados confirman esta relación (Khandwalla, 1977). Existen también otros estudios que dicen lo contrario (Blau and Schoenherr, 1971; Child, 1972; Evers, Bohlen and Warren, 1976). Esta situación desconcertante fue definida por Aldrich (1972) "como si el tamaño causa más estructuras más complejas, descentralizadas y formalizadas o si las estructuras tienden a promover el crecimiento".

A mayor tamaño en una organización mayor complejidad, no sólo en actividades, sino también en coordinación, en relaciones personales, etc. Tenemos que ser conscientes que las líneas de comunicación y autoridad se

²² La persona de contacto y que nos atendió en todo momento ha sido Anna Roman.

hacen más largas y estos puede conducir a posibles cortes o distorsiones que indirectamente afectaran disminuyendo la eficiencia.

En los hospitales se da una característica especial y es que a mayor tamaño, supone habitualmente más especialidades y con ello aumenta la complicación de los pacientes que llegan a él. En un hospital a mayor tamaño, significa que hay más especialidades, o son centros con pruebas diagnósticas más punteras, por tanto los pacientes más graves serán derivados a él.

Centrándonos en nuestra investigación, al hablar de tamaño se podría entender desde dos ópticas diferentes: el tamaño de la organización en sí, es decir del hospital en general, y por otro lado el tamaño de la unidad descentralizada. Consideramos oportuno estudiar y analizar la primera óptica, ya que es nuestro objeto de estudio, dejando para posteriores estudios analizar si el tamaño de las unidades descentralizadas afecta a su éxito posterior (se trataría pues, de un análisis comparativo).

Siguiendo con la variable tamaño, a la hora de realizar el cuestionario para conocer la información hemos diferenciado dos tipo de análisis de tamaño: un primer tamaño que tiene en consideración la dimensión física y otro tamaño (al que hemos renombrado tamaño organizacional) que intenta medir la organización del hospital en cada caso.

Para estudiar el tamaño físico existen diferentes variables de medida utilizadas en diferentes estudios. De todas estas variables encontradas en la revisión bibliográfica sobre el tema hemos seleccionado las siguientes:

- el número de camas: número objetivo que nos da el tamaño del área de hospitalización y es la variable más utilizada en este tipo de estudios (Ketchen, Thomas, and Snow, 1993)
- el número medio de trabajadores, es la otra variable frecuentemente utilizada para estudiar el tamaño de una organización (Miller, Dröge, 1986; G.Rico, 1999). Al estar analizando una empresa de servicios los trabajadores nos dan una idea del tamaño de la misma. Existe un problema con esta variable y es cómo medir el número de trabajadores, ya que por número de trabajadores se entiende a los de plantilla y que trabajan 8 horas. Sin embargo, como un hospital ha de estar abierto 24 horas, 365 días al año, esto provoca que se suplan de trabajadores no de plantilla, de guardias, etc... y por tanto esta variable de número de trabajadores es sustituida por una variable teórica que homogeneiza el número de trabajadores con una jornada laboral de 40 horas. Se ha

preguntado el número de personal médico, el número de personal de enfermería y el número de personal no sanitario homogeneizado.

- Los metros construidos, también nos dan una idea del tamaño del hospital. Teniendo en cuenta que puede haber hospitales que por paciente tengan más metros cuadrados que otros, por tanto entraría también un aspecto de calidad entre hospitales privados y público y su diferencia de metros por paciente.

Respecto al **tamaño organizacional**, nuestra intención es conocerlo para poderlo relacionar con la descentralización. Hemos considerado oportuno preguntar por las siguientes variables para tener una idea del tamaño organizacional:

- Evolución del número de niveles jerárquicos en los últimos 10 años: con esta pregunta observamos cual ha sido la evolución de la organización y podremos comprobar si ha existido un cambio organizativo, ya sea aumentando el número de niveles (crecimiento vertical de la estructura) o disminuyendo el número de niveles jerárquicos (aplanamiento de la organización).
- Número de departamentos, número de servicios y de secciones: para comprobar si cada especialidad está descentralizada o existen especialidades que están unidas organizativamente. Las razones de porqué hemos preguntado a todos los hospitales por estas tres divisiones, es para intentar que sea cual sea la nomenclatura que utilice cada uno la encuesta es capaz de recoger todos la casuística²³.
- Número de especialidades: con este dato nos podemos dar una idea del tamaño médico de cada hospital. Si es un hospital con actividades diversificadas o altamente especializado.
- Número de departamentos no médicos: para observar si existen dos organizaciones paralelas, una la médica y otra la no-médica.

7.4.2. La edad de la organización

Es una variable asociada al cambio organizativo (Ben-David, 1968-1969; Downs, 1967) y por tanto una manera indirecta de medir la descentralización. Las organizaciones más antiguas (de edad) tienen una actitud menos propensa al cambio de estructura ya que se trata de estructuras más consolidadas, mientras que las organizaciones más jóvenes

²³ Nos encontramos con que diferentes hospitales tienen diferente nomenclatura.

están más predispuestas al cambio organizacional (Van de Ven, 1980; Baker and Culler, 1993). Por tanto la variable edad de la organización, nos puede llevar a concluir que: *Los hospitales más antiguos, son más propensos a tener un menor grado de descentralización.*

La edad de la organización ha sido medida por el año de creación del hospital y por su última reforma jurídica.

7.4.3. La propiedad del centro

Un tercer factor externo a la estructura pero que consideramos que influye en la descentralización sería la PROPIEDAD del centro²⁴. La variables utilizada para medir la propiedad es la variables si es de titularidad pública o privada. Si el centro es de titularidad pública estará más ligado a legislaciones, formalizaciones y restricciones a posibles cambios (sin contar que no puede llevar a cabo acciones de reducción de plantilla ya que su personal es funcional) por tanto será mucho más complicado que sean hospitales descentralizados. En cambio los de titularidad privada, puede ser más sencillo. Por tanto, se podría concluir en que *los hospitales públicos tenderán a tener una menor grado de descentralización.*

También se ha utilizado otra variable a tener en cuenta, que ha sido extraída de las características del modelo catalán, y es el tipo de centro que es, si es del ICS (es decir de la Seguridad Social), si se trata de una fundación, si pertenece a la Iglesia, o se trata de una sociedad limitada o anónima. El objetivo de esta pregunta era comprobar si la descentralización estaba correlacionada con el tipo de hospital o de estructura jurídica que tuviera cada caso.

7.4.4. La estrategia

Respecto a la influencia que puede tener la ESTRATEGIA sobre la descentralización, podemos empezar diciendo que en 1962 A. Chandler resumió su estudio sobre estos dos factores en su frase "la estructura sigue a la estrategia"²⁵. A este autor le siguieron multitud de otros que observaron, estudiaron y analizaron esa misma relación (Ansoff, 1997;

²⁴ En el libro de A.C. Morales, hay un estudio del Dr. Casale de la Lancaster Heart Foundation dónde demuestra que existe una tasa más alta de mortalidad en centro afiliados a HMO comparado con las de los pacientes afiliados a medicina de pago. Elaboración del autor a partir de Medicine Today, Asociación Americana del Corazón, Mayo 1998, p. 11.

Miles y Snow, 1984; Miles y Snow, 1978; Porter, 1982 y 1985; Hannan y Freeman, 1984; Mintzberg, 1991; Rumelt, 1974).

Miles y Snow (1978) y posteriormente Nicholson, Rees y Brokks-Rooney (1990) han desarrollado una serie de patrones estratégicos basados en el análisis de la organización como un todo integral y dinámico, que tiene en cuenta las interrelaciones entre estrategia, proceso y estructura²⁶. De esta manera, nos podemos encontrar con patrones estratégicos que enfatizan la innovación, "prospector strategy" es mejor implementarla en aquellas estructuras que dan a sus miembros una mayor libertad y autoridad; "defender strategy", tendrá mejor éxito de implementación si la estructura organizativa tiene fuertes controles y se trabaja mediante estándares de contabilidad, producción; analistas in innovación; analistas con innovación o híbridos; reactivos.

Gupta (1987) muestra que las estrategias de diferenciación están asociadas con organizaciones más descentralizadas, mientras que estrategias de bajo coste son mejores con ambientes centralizados.

En nuestra población de estudio podemos encontrarnos con organizaciones que tienen una estrategia de contención de costes o una estrategia de diversificación de especialidades y que sería interesante estudiar si hay alguna relación con aquellos hospitales que únicamente ofrecen servicios a SCS o aquellos otros que dan servicios a públicos y privados.

De esta manera podemos aportar las siguientes hipótesis a comprobar: *Si la estrategia es defensiva la descentralización será baja o que una estrategia defensiva corresponde a centros que únicamente sirven a SCS.*

Otro factor muy ligado a la estrategia que siguen los diferentes centros es la titularidad de los usuarios. Después de estudiar nuestro campo de análisis nos encontramos con hospitales que realizan su actividad para la Seguridad Social y otros para mutualidades y normalmente compaginan ambas actividades. Este factor, indirectamente, nos puede mostrar la idea de diferentes tipos de estrategias (si los hospitales centrados únicamente en dar actividad a la Seguridad Social están más centralizados o todo lo

²⁵ Vid. A. Cuervo (1989); L.A. Guerras y J. García-Tenorio (1995); C. De Pedro; A. Rivas y F. J. Galán (1997), "La relación estrategia-estructura. Una revisión de las aportaciones más recientes". Dirección y Organización, nº18, pp.70-77

²⁶ Dicha tipología ha sido comprobada por autores como Smith, Cuthrie y Chen, 1989; Roth y Miller, 1990. Sobre la determinación del patrón estratégico puede verse J.A. Aragón Correa (1996) "La medición de las estrategia empresarial: propuesta y validación de una escala multi-item para la medida de la estrategia del negocio de Miles y Snow (1978). Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales, 31, pp45-61.

contrario). De esta manera preguntamos la procedencia de los clientes del año pasado (sanidad pública o privada) pero también la de sus clientes potenciales, con el objetivo de diferenciar la tipología de los clientes reales de los que en un futuro podría tener.

Hospitales con una estrategia de usuarios únicamente públicos están menos descentralizados que los hospitales con una estrategia doble de usuarios públicos y privados.

El objetivo es comprobar estadísticamente si las posibles estrategias o acciones de los hospitales pueden provocar niveles diferentes de descentralización y por tanto concluir que existe una relación entre estrategia y nivel de descentralización.

7.4.5. El entorno

Es el medio, tanto interno como externo, en el que se mueve toda organización y ante el que ha de responder a la hora de diseñar su estructura. Mintzberg a partir de su definición del entorno (estable o dinámico; complejo o simple; integrado o diversificado y apacible u hostil) dibuja cuatro tipos de estructuras concretas.

Figura 7.3. Cómo afecta al entorno según Mintzberg

	Estable	Dinámico
Complejo	Descentralizada	Descentralizada
	Burocrática (Normalización de habilidades)	Orgánica (Adaptación mutua)
Simple	Centralizada	Centralizada
	Burocrática (Normalización de los procesos de trabajo)	Orgánica (Supervisión directa)

Fuente: Elaboración propia a partir de estudio de Mintzberg

Si consideramos que el entorno puede influir en el nivel de descentralización organizativa, hay un cuestionario sobre la percepción de incertidumbre, elaborada por Alfonso C. Morales, siguiendo los factores de R.B. Duncan (1972) en su artículo "Characteristic of Organizational Enviroments and Perceived Environmental Uncertainly" en la Administrative Science Quarterly, vol 17, Sep, pp. 313-327.

La influencia del entorno ha sido tradicionalmente analizada en términos de su complejidad, dinamismo y hostilidad (G.Rico, 1999). Teniendo en

cuenta que nuestra investigación se centra en un único sector, el sanitario y más concretamente el hospitalario, y además con unas características concretas y comunes a todo nuestro universo, no consideramos como importantes ahondar en grandes diferencias de entorno, ya se trata de un factor estable en las distintas organizaciones (de Val y Goñi, 1999). Sin embargo, hemos preguntado al gerente, por tanto obtenemos su percepción, por la estabilidad tecnológica y económica de su entorno, sobre la evolución de las exigencias de los usuarios, y sobre si las restricciones legales, políticas y económicas han permanecido estable para asegurarnos de no cometer ningún fallo de falta de información.

Relacionado con esta variable contingente podemos afirmar que (A.C. Morales, 2000):

- ☒ *Cuanto más ambiguo es el entorno más orgánica pasa a ser la estructura de la organización*
- ☒ *Un entorno complejo genera estructuras descentralizadas*
- ☒ *Cuanto más incierto es el entorno, más compleja es la estructura de la organización*
- ☒ *La hostilidad del entorno conduce a una centralización provisional de la estructura*
- ☒ *La diversidad del entorno orienta la estructura a la divisionalización o departamentalización por mercados.*

7.4.6. La coordinación y sistemas de información

El siguiente factor que estudiamos es la coordinación en los centros. Después de obtener información sobre si el centro está dividido o no, quién toma las decisiones, cuantos niveles jerárquicos nos podemos encontrar,...., debemos estudiar si existe coordinación entre cada uno de estos centros de trabajo, ya que la descentralización para que sea eficiente obliga a dar mucha atención a este parámetro porque sino que puede llegar el caso de no ser deseable (Nadler y Tushman, 1998). La coordinación permite que cada centro no sea un islote desértico sino que esté totalmente relacionado con los departamentos de sus misma división como con el resto de la organización.

Figura 7.4: Rejilla entre la autonomía y la coordinación

		Nivel de autonomía	
		Alto	Bajo
Nivel de coordinación	Alto	A	B
	Bajo	C	D

Fuente: J.Camps, (*Dirección y Organización*, 1998)

La autonomía y la coordinación son conceptos generalmente opuestos (figura 7.4) y que situados en la misma organización y como nuestro objetivo es que ambas características se den en un grado elevado, nos gustaría estar situados en el modelo B, que se consigue mediante un estrategia horizontal que fomente la idea de una sola empresa, con objetivos compartidos entre todas las unidades y cultura también compartida (Camps, 1998).

255

La aplicación de sistemas de información facilita la información, que sea clara, precisa, concreta y justa (Claver y González, 1998) y favorece la comunicación entre los diferentes niveles jerárquicos.

Por tanto si el objetivo es maximizar la coordinación, los sistemas de información que existan en la organización y el grado de utilización de tecnologías de la información dentro de una organización se convierte en un elemento diferenciador; provoca aumentos en la delegación de actividades y de responsabilidad y aumenta considerablemente el grado de coordinación (Hurtado, Abad y Hornos, nº112; J.F. Rockart, M.J. Earl, J.W. Ross, 1996). Por tanto consideramos que un factor que puede ayudar el grado de descentralización, es la existencia o no de una red interna de comunicación (una intranet) que posibilite la comunicación entre los diferentes niveles, y la existencia de que cada trabajador disponga de una cuenta de correo interna propia, que facilite y agilice la comunicación, tanto ascendente, descendente como lateral.

También se preguntó si existían equipos de trabajo interdepartamentales y intradepartamentales, para observar si la propia organización favorecía dicha coordinación.

7.4.7. La complejidad

Se trata de una dimensión útil para establecer la estructura de una organización. Es el resultado de cómo se realizan los procesos de diferenciación horizontal y vertical, así como la integración (de Val y Goñi, 1999, pp.62).

El parámetro diferenciación se puede medir, fundamentalmente, desde estos dos análisis: la diferenciación horizontal y la vertical.

La diferenciación horizontal considera tanto el grado de separación horizontal entre unidades dentro del mismo nivel como el grado de especialización de las mismas. Para Hall (1996) la medición consistiría en identificar el número de nombres diferentes que los encargados dan a las distintas ocupaciones, así como en observar las diferencias en sueldos y antigüedad que existen entre las personas asignadas a los diferentes nombres de las ocupaciones. I.de Val y S. Goñi (1999), consideran que para medir este aspecto en el ámbito hospitalario es fácilmente medible mediante los tipos de comisiones: (0 comisiones) / Poco diferenciadas (1 tipo de comisiones) / Medianamente diferenciadas (2 tipos de comisiones) / Muy diferenciadas (3 o 4 tipos de comisiones).

La diferenciación vertical se refiere a la profundidad de la jerarquía organizativa, es decir, al número de niveles jerárquicos que definen la estructura. En términos específicos, los investigadores han utilizado como indicadores director de esta variables (I.de Val y S. Goñi, 1999), el número de comisiones existente en un centro hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

ALDRICH, H.E., 1979, *Organizations and Environments*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

ANSOFF, I.H., 1997, *La dirección estratégica en la práctica empresarial*, Addison-Wesley Iberoamerica.

ARAGÓN CORREA, J.A, SENISE BARRIO, M.E., MATÍAS RECHE, F., 1998, Estrategia, estructura organizativa y desempeño medioambiental: repercusiones del ajuste, *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, AEDEM, Vol.4, nº3, pp.41-56.

ASENJO, M.A., BOHIGAS, LL., TRILLA, A., PRAT, A., 1998, *Gestión diaria del hospital*, Masson, Barcelona.

BAKER, D.D. y CULLEN, J.B., 1993, Configurational Context :the contingent effects of age, size, and change in size, *Academy of Management Journal*, pp.1251-1277.

BALLARÍN, E.; ROSANAS, J.M.; GRANDES, M.J.; 1999, *Sistemas de planificación y control*, Desclée de Brouwer, Bilbao.

BLAU, P.M, y SCHOENHERR, P.A., 1971, *The structure of organization*, Basic Books, Nueva York.

BROCK, D.M., 1997, Strategy, autonomy, planning mode and effectiveness: a contingency study of business schools, *International Journal of Educational Management*, vol. 11, issue 6.

CAMBELL, J.P. ,1977, On the nature of organizational effectiveness, en P.S.Goodman y J.M. Pennings, *News perspectives on organizational effectiveness*, Jossey-Bass, San Francisco.

CAMPS, J, 1998, Unidades estratégicas de negocio: la cuestión de la autonomía y la coordinación, *Dirección y Organización, Revista de dirección, organización y administración de empresas*. Fundación general Universidad Politécnica de Madrid, nº13.

CHANDLER, JR., 1962 , *Strategy and Structure*. M.I.T. Press. Cambridge Mass. Pp 14-51

CHILD, J., 1972, Organizational structure and strategies of control: An replication of the Aston study, *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, pp. 163-177.

CHILD, J., 1972, Organizational structure environment and performance: the role of strategic choice, *Sociology*, vol. 6, nº 1, pp . 1-22.

CHILD, J., 1974, Managerial and organizational factors associated with company performance- Part I, *Journal of management studies*, octubre, pp. 175-189.

CHILD, J., 1974, What's determines organization?, *Organizational Dynamics*, vol.3, nº 1, pp.2-18.

CHILD, J., 1975, Managerial and organizational factors associated with company performance- Part II, *Journal of management studies*, febrero, pp. 12-27.

CLAVER CORTES, E., GONZÁLEZ RAMIREZ, M.R., 1998, Los sistemas y tecnologías de la información: su repercusión en las estructuras empresariales, *Alta dirección*, nº32 (198), pp.29-43.

DAFT, R.L., 1988, *Organization. Theory and design*, West Pub. Co., St Paul.

DE ANDRES, P., AZOFRA, V., LOPEZ, F., 2000, *Corporate boards in some CEO countries: Size, composition, functioning and effectiveness*, Documento de Trabajo o Working Papers, Universidad Pública de Burgos, Burgos.

DE VAL PARDO, I., GOÑI LEGAZ, S., 1999, Eficiencia y configuraciones organizativas: un análisis empírico, *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, pp.55-70.

DUNCAN R.B, 1972, Characteristic of Organizational Enviroments and Perceived Environmental Uncertainly, *Administrative Science Quarterly*, vol 17, Sep, pp. 313-327.

FELDSTEIN, MARTIN S. , 1968, *Econometric Analysis for Health Service Efficiency*, Markham Publishing Company, Chicago.

GALÁN ZAZO, J.I., 1996, Análisis económico de los problemas del límite y la forma eficiente de organización, *Información económica española. Revista de economía. ICE*, nº757, pp.134-154.

GARCÍA- T ENORIO, J. y PÉREZ RODRÍGUEZ, 1999, El éxito empresarial, sus niveles de análisis y formas alternativas para su evaluación, *Dirección y organización*, pp.188-197.

GONZÁLEZ ROMERO, A. Y PETITBO, A., 1990, El tamaño como estrategia competitiva, *Revista de economía*, N°5, PP. 45-51.

GOÑI LEGAZ, S., 1998, *Equipos de trabajo en las organizaciones públicas. Una primera evaluación de su rendimiento en el caso del Servicio Navarro de Salud*. Documento de Trabajo o Working Papers, Universidad Pública de Navarra, Navarra.

GREINER, L.E., 1972, Evolution and revolution as organizations growth. *Harvard Business Review*, julio-agosto, vol. 50, n° 3, pp. 37-46.

259

GUADALAJARA, N., 1994, *Análisis de costes en los hospitales*, Textos Universitarios.

GUILERA, E., 1991, Criterios de coordinación. Descentralización, conceptualización y bases metodológicas, *Gestión Hospitalaria*, n°2, pp. 11-16.

GUPTA, A.K., 1987, SBU strategies, corporate-SBU relations and sbu effectiveness in strategy implementation, *Academy of Management Journal*, vol.30, n° 3, pp.477-500.

HACKMAN, J.R. et al, 1976, A new strategy for job enrichment, *California Management Review*, verano, pp. 55-71.

Hall, 1982 cit. en DE VAL PARDO, I., GOÑI LEGAZ, S., 1999, Eficiencia y configuraciones organizativas: un análisis empírico, *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, pp.55-70.

HALL, R.H.; 1996, *Organizaciones. Estructuras, procesos y resultado*. Prentice Hall. 6ª edición.México

HANNAN, M.T., y FREEMAN, J.H., 1984, The population ecology of organizations, *American Journal of Sociology*, vol. 82, pp.929-964.

HODGETTS, R.M., LUTHANS, F. y LEE, S.M., 1994, New Paradigm ORganizations: From Total Quality to Learning to world Class, *Organizational Dynamics*, invierno, pp. 4-19.

HOLLINGSWORTH, B., DAWSON, P.J. y MANIADAKIS, N, 1999, Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and

applications, *Health Care Management Science*, Baltzer Science Publishers nº2, pp.161-172.

HURTADO TORRES, M.V; ABAD GRAU, M.M; HORNOS BARRANCO,M.J., 1998, Cambios en las estructuras organizativas y en el estilo de dirección, promovidos por las nuevas tecnologías de la información, *Dirección y organización, Revista de dirección, organización y administración de empresas*. Fundación general Universidad Politécnica de Madrid, septiembre, pp. 38-44.

INKSON, J.; PUGH, D.; HICKSON, D., 1970, Organizational context and structure: An abbreviated replication, *Administrative Science Quarterly*, septiembre, pp. 318-329.

KETCHEN, D.J., THOMAS, J., SNOW, C.C., 1993, Organizational configurations and performance: A comparison of Theoretical approaches, *Academy of Management Journal*, vol.36, nº6, pp.1278-1313.

KHANDWALLA, P.N., 1977, *The design of organizations*, Hacourt Brace Jovanovich, Nueva York.

LAWLER III, E.E., 1997, Rethinking Organization Size, *Organizational Dynamics*, vol. 26, nº 2, pp.24-35.

LEY, E., 1991, Eficiencia productiva: un estudio aplicado al sector hospitalario. *Investigaciones Económicas*, vol.XV, nº1, pp.71-88.

MANIADAKIS, N., HOLLINGSWORTH, B., THANASSOULIS, E., 1999, The impact of the internal market on hospital efficiency, productivity and service quality, *Health Care Management Science*,Baltzer Science Publishers nº2, pp. 75-85.

MEYER, A.D, TSUI, A.S, HININGS, C.R., 1993, Configurational approaches to organizational analysis, *Academy of Management Journal*, vol 36,nº6, pp.1175-1195.

MILES, R.E, y SNOW, C.C., 1978, *Organizational Strategy, structure and process* , McGraw-Hill, Nueva York.

MILES, R.E. y SNOW, C.C., 1984, Fit, failure and the hall of fame, *California Management Review*, vol.26, núm. 3, pp. 10-28.

MILLER, D., DRÖGE, C., 1986, Psychological and Traditional Determinants of Structure, *Administrative Science Quarterly*, nº31, pp.539-560.

MINTZBERG, H., 1991; The effective organization: forces and forms, *Sloan Management Review*, winter, pp. 54-67.

MORALES GUTIÉRREZ, A.C., 1997, *Análisis de las organizaciones. Fundamentos, diseño y aplicaciones*, ETEA, Córdoba.

MORALES GUTIÉRREZ, A.C., 2001, *Arquitectura de sistemas organizativos*, ETEA, Córdoba.

NADLER, D, y TUSHMAN, M. ,1998, *Strategic organization design. Concepts, tool & processes*, Scott, Foresman and Co., Glenview.

NAVARRO ESPIGARES, J.L., 1999, Análisis de la eficiencia en las organizaciones hospitalarias públicas. Universidad de Granada, Granada.

PEIRÓ MORENO, S.,1998, citado en DEL LLANO, J.; ORTÚN, V.; MARTÍN, J.M.; MILLAN, J.; GENE, J., 1998, *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona.

PORTER, Michael E., 1982, *Estrategia competitiva: técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. Compañía Editora Continental. México.

PORTER, Michael E., 1985, *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. The Free Press London: Collier Macmillan Publishers, New York.

PORTER, M., 1988, De las ventajas competitivas a la estrategia empresarial, *Harvard-Deusto Business review*, Primer trim, nº33, pp.99-121.

PUGH, D., HICKSON, D.H., HININGS, C.R., 1969, An Empirical Taxonomy of work organizations, *Administrative Science Quarterly*, nº14, pp.115-126.

QUINN, R.E., y ROHRBAUGH, J., 1983, A spatial model of effectiveness criteria: Towards a competing values approach to organizational analysis, *Management Science*, col. 29, nº 3, marzo, pp. 363-377.

RICO GARCÍA, G., 1998, *Implicaciones del entorno como factor de contingencia sobre el diseño organizativo de las empresas multinacionales: una síntesis teórica*. VIII Congreso Nacional de ACEDE. Empresa y Economía Institucional, Asociación de Economía y Dirección de la Empresa.

RICO GARCÍA, G., 1999, *Factores determinantes del diseño organizativo de empresas internacionales*, Ponencia presentada en ACEDE. Septiembre 1999.

ROCKART, J.F., EARL, M.J., Y ROSS, J.W., 1996, *Eight imperatives for the new IT organization*, Sloan Management Review, 1996, fall, pp. 43-55.

ROSANAS I MARTI, JOSEP M^a, 1992, *Informació comptable per a la presa de decisions empresarials*, Ariel Economia.

RUMELT, R.P., 1974, *Strategy, structure and economic performance*, Harvard Business School, Boston.

SANCHEZ GARCÍA, J.C., 1994, *Un modelo integrador para evaluar la efectividad organizacional y su aplicación en la evaluación de la cultura*, *Alta dirección*, vol.30 (176), pp. 15-23.

SÁNCHEZ GARCÍA, J.C., 1996, *Eficacia y configuración estructural de la empresa*, *Alta Dirección*, vol.31 (188), pp.11-21.

SÁNCHEZ GARCÍA, J.C., 1997, *Una tipología del rendimiento empresarial y sus correlatos estratégicos y estructurales*, *Alta dirección*, vol.32 (194), pp.71-91.

SCOTT, W.R., 1977, *Organizational effectiveness* en capítulo 14 del libro del mismo autor *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*, Prentice-Hall, New Jersey.

SOLÀ PRIOR, 2002, *Fulls econòmics.. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya*.

SUAREZ, I. y VICENTE, J.D., 2000, *Decisiones de reestructuración organizativa en la gran empresa española durante la década de los noventa*, . Documento de Trabajo o Working Papers, Universidad Pública de Valladolid, Valladolid.

SUBRAMANIAM, N. Y MIA, L., 2001, *The relation between decentralised structure, budgetary participation and organisational commitment, The moderating role of manager's value orientation towards innovation*. Accounting, Auditind & Accountability Journal, nº 14, Issue 1.

STALK, G., PEACUT, D., BURNET, B., 1996, *Elimine las renuncias para conseguir un crecimiento notable*, *Harvard Deusto Business Review*, pp. 18-28.

STEERS, R. M., 1988, *Introduction to organizational behavior*. Scott, Foresman, cop. Glenview

TEMES MONTES, J. L., PASTOR, V.; DIAZ, J.L., 1992, *Manual de gestión hospitalaria*, McGraw-Hill, Interamericana.

THOMAS R., y DUNKERLEY, D., 1997, Careering Downwards? Middle Managers' Experience in the Dowsized Organization, *British Journal of Management*, vol.10, pp. 157-169.

VALOR, J., 1987, *Medidas globales de eficiencia en hospitales*, Documento de investigación nº117, marzo 1987, IESE, División Investigación.

WHITE, T., 1997, *Gestión clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*, Masson, Barcelona.

PARTE IV
TRABAJO EMPÍRICO

Capítulo 8: Metodología utilizada en el trabajo de campo.

Capítulo 9: Análisis descriptivo. Principales resultados

Capítulo 10: Modelo de descentralización y correlaciones

PARTE IV: TRABAJO DE CAMPO

En esta última parte de este trabajo se presenta la metodología, el estudio, análisis y principales conclusiones del trabajo de campo.

Se trata de un parte práctica que intenta responder y contrastar a las hipótesis teóricas planteadas en anteriores capítulos.

Esta cuarta parte del trabajo se divide en tres capítulos, dónde cada uno de ellos se trata de una etapa del trabajo de campo. El primero de ellos, el número ocho, presenta la metodología utilizada en dicho trabajo. El segundo, que es el número nueve, presenta los primeros resultados del trabajo de campo. Se trata de una presentación de los resultados descriptivos de las diferentes variables, que nos muestran un primera aproximación a la situación del sector hospitalario catalán. Y por último, el tercer capítulo, que es el décimo; en él, se presentan el modelo de cálculo del grado de descentralización: la descentralización general de todo el centro y el nivel de descentralización de las diferentes unidades de servicios. Por medio de utilización de técnicas multivariantes se obtienen diferentes índices de la descentralización organizativa de los hospitales catalanes que pertenecen a la XHUP y la correlación existente con la eficiencia y los diversos factores contingentes.

Capítulo
8

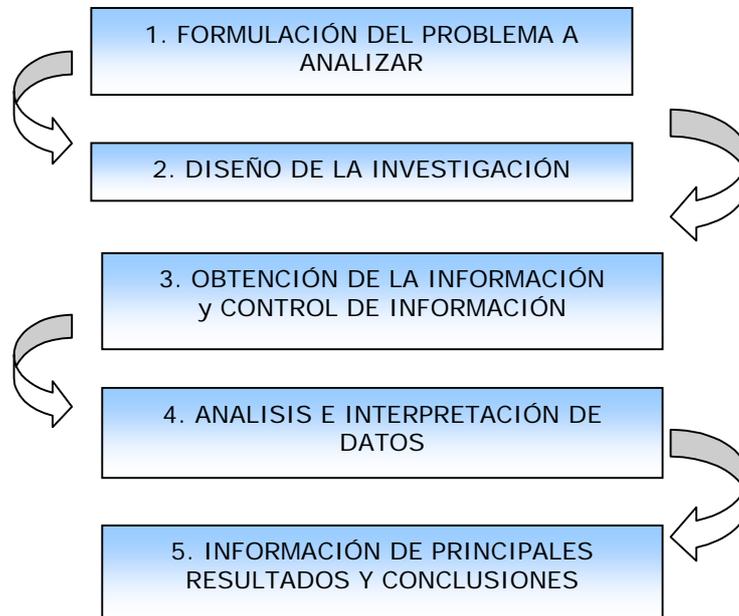
Metodología utilizada
en el trabajo empírico

266

8.1. Introducción.

Para realizar la investigación en el campo propuesto disponemos de una extensa bibliografía al respecto y en ella se nos proponen los diferentes pasos que conviene realizar (Pardinas, 1970; Miller, 1991; Bericat, 1998; Dane, 1997; Quivy, 1997; García Ferrando, 1997; Pedret, Sagnier, Camps, 2000). Evidentemente dependerá del tipo de objetivos y enfoques elegidos que se realice para que alguno de los pasos o fases se dividan, dupliquen o desaparezcan. De acuerdo con el objeto de esta investigación y teniendo en cuenta sus características, a continuación se explican brevemente las fases seguidas en ella: primero la formulación del problema, seguida de una explicación del diseño de la investigación y la obtención de información, para acabar con el análisis de datos utilizados y sus principales resultados y conclusiones finales (Pedret et al. 2000).

Figura 8.1. Esquema del capítulo número ocho de esta investigación



Fuente: Pedret et al. 2000

8.2.- Formulación del problema a analizar

El objetivo de esta primera fase es delimitar correctamente el problema a analizar. Para conseguirlo eficazmente hemos de tener en cuenta tres puntos vitales en toda investigación:

1. la definición del universo objeto de estudio (UOE) que nos dirá la población objetivo y de allí podremos extraer la muestra
2. la fijación de objetivos (el nuestro es analizar si existe una relación positiva entre el nivel de descentralización en la estructura organizativa y el rendimiento de la organización en el sector hospitalario y la creación de un índice de medición de la descentralización organizativa),
3. la definición de las hipótesis de trabajo que exponemos más adelante.

8.2.1. Definición del Universo Objeto de Estudio (UOE)

Para realizar una correcta definición del UOE hemos de pensar o analizar quién es nuestro objeto de estudio. Se ha elegido como universo a estudiar los hospitales que forman la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública

(XHUP)¹. Engloba a 66 hospitales de todo Catalunya (que es el ámbito geográfico en el que se centra el estudio), y que son de propiedad tanto del Institut Català de la Salut (correspondería al INSALUD) como a otros organismos (Consortios, Fundaciones, Iglesia, Privados,...)².

El conjunto de 66 hospitales son los proveedores de actividad hospitalaria del Servei Català de la Salut, organismo que planifica y compra actividad hospitalaria, aunque también puede ofrecer actividad a organismos sanitarios privados. Los hospitales siguen una distribución territorial como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 8.1: Hospitales de la XHUP por provincias

Provincia	Porcentaje	Datos totales
Barcelona	65,15%	43
Girona	15,15%	10
Tarragona	10,60%	7
Lleida	9,09%	6
Total	100%	66

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Servei Català de la Salut (SCS).

Este conjunto de hospitales se encuentran divididos en Regiones Sanitarias con la siguiente distribución territorial:

Tabla 8.2: Hospitales de la XHUP por Regiones Sanitarias

<i>Región Sanitaria</i>	<i>Nº de hospitales³ que forman parte</i>	<i>Nº de camas</i>
R.S. de Lleida	6	767
R.S. de Girona	9	1.103
R.S. de Tarragona	6	1.003
R.S. de Tortosa	2	202
R.S. de Costa de Ponent	11	2.348
R.S. Centre	13	2.865

¹ Es un organismo que engloba todos los hospitales ya sean públicos o privados que pueden ofrecer servicios sanitarios de cobertura universal a la población catalana. Véase el capítulo X que explica este organismo.

² El anexo del Decreto 133/1997 de 27 de mayo del 1997, publicado en el DOGC nº2404, de 3 de junio de 1997, página 6023.

³ Tanto el estudio como esta tabla hace referencia únicamente a los hospitales y al número de camas de enfermos agudos.

R.S. Barcelonès Nord i Maresme	5	1.370
R.S. Barcelona Ciutat	14	5.171
<i>TOTAL</i>	<i>66</i>	<i>14.829</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del SCS: "Memoria d'activitat del 2000"

En la fase previa de esta investigación se pretendía tomar la totalidad de hospitales que forman la XHUP como UOE. Sin embargo después de los primeros contactos con el sector y de la primera fase del estudio se consideró más oportuno y que refleja más fielmente la realidad y se acotaba más estrictamente la población a estudiar⁴.

Por tanto la definición de nuestro Universo Objeto de Estudio está formada por aquellos centros hospitalarios que cumplan las siguientes características:

269

- ↳ centros hospitalarios que formen parte de la XHUP en el periodo comprendido entre 1997 y 2002.
- ↳ que sean proveedores de actividad hospitalaria al SCS
- ↳ que tengan una estancia media que sea comparable con el resto

Siguiendo esta definición de UOE no se toman en consideración todos aquellos hospitales que por sus características asistenciales tienen una estancia muy elevada, como por ejemplo todos los centros que son de enfermedades crónicas (Instituto Guttmann) o aquellos que tienen una actividad menos asistencial y más geriátrica (Hospital Residència Sant Camil).

Junto con este aspecto también hemos de añadir que la XHUP pone a disposición de sus usuarios diferentes centros cuya dirección y administración es común o está ligada a otros centros, como por ejemplo el Hospital de la Maternitat forma parte del Hospital Clínic y el Hospital Duran i Reynals de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente comentado el UOE objetivo de estudio son los siguientes 56 hospitales.

⁴ Cuando se realizó el estudio con la información extraída de las memorias se observó que todos los hospitales no eran comparables entre sí desde el punto de vista de la estancia media. Por otros estudios anteriores conocemos que la magnitud estancia media es ampliamente utilizada en los diferentes estudios sobre la eficiencia y por tanto se consideró que para que posteriormente se pudieran comparar teníamos que definir correctamente el UOE.

Tabla 8.3: Hospitales que forman el UOE

Fundació Sant Hospital	Hospital General de Vic
Hospital Comarcal del Pallars	Corporació Sanitària Parc Taulí (Xhup)
Hospital Santa Maria	Hospital de Terrassa
Hospital Quinta de Salut L'aliança	Hospital Mútua de Terrassa
Espitau dera Val D'aran	Policlínica del Vallès, S.A.
Pius Hospital de Valls	Fundació Privada Hospital de Mollet
Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Sagessa.	Hospital de Sant Celoni
Hospital Comarcal de Móra D'Ebre. Sagessa	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	Hospital de Sant Pau (Fundació de Gestió de l'hospital de la Santa Creu i Sant Pau)
Hospital de Figueres	Fundació Puigvert Luna
Hospital de Palamós	Hospital del Sagrat Cor-L'aliança
Hospital Sant Jaume	Hospital del Mar
Hospital Provincial Santa Caterina	Hospital Sant Rafael
Hospital de CampdevànoI	Hospital de l'Esperança
Hospital Comarcal de La Selva	Hospital de La Creu Roja de Barcelona
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	Ciudad Sanitaria i Universitaria de Bellvitge
Fundació Sanitària d'Igualada	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Hospital de Sant Joan de Déu	Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII
Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell	Hospital de Tortosa Verge de La Cinta
Hospital de Sant Boi	Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
Fundació Hospital Comarcal de Sant Antoni Abat	Hospital de Viladecans

Consorci Hospital de la Creu Roja	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Hospital Municipal de Badalona	Hospital General Vall d'Hebron
Hospital de l'Esperit Sant	Hospital de Traumatologia i Rehabilitació Vall d'Hebron
Hospital de Sant Jaume de Calella	Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron
Hospital de Mataró	Clínica Quirúrgica Adrià
Hospital General de Manresa	Hospital Sant Bernabé
Centre Hospitalari-Unitat Coronària de Manresa	Hospital de Puigcerdà

Fuente: Elaboración propia

Somos conscientes que debido a las características propias que definen el UEO no podremos extrapolar los resultados al resto de hospitales catalanes que no forman parte de la XHUP, ni del resto de comunidades, ni a otros sectores de actividad económica. Esta evidencia limita los resultados, pero no queremos apuntar nada en este trabajo que no sea contrastable y comprobado.

8.2.2. Objetivos y hipótesis

Utilizando la teoría de la descentralización organizativa cómo medida para favorecer la flexibilidad y que conlleva, por tanto, un aumento de la eficiencia de la organización, realizamos la siguiente proposición fundamental u objetivo general de la investigación:

Objetivo principal { *Se pretende estudiar la relación en organizaciones hospitalarias catalanas pertenecientes al UOE, entre los niveles de descentralización organizativa y la eficiencia de la actividad. Estudiar, por tanto, la relación entre descentralización y eficiencia.*

Es evidente que para analizar esta proposición se ha de concretar el estudio y fundamentalmente existen dos vías a analizar: por un lado calcular el nivel de descentralización del universo objeto de estudio mediante la creación de un índice de medida y por otro buscar estudios sobre eficiencia en hospitales para poder pasar al último grado de comparación entre los dos conceptos.

Figura 8.2: Objetivos de la investigación

Objetivo A: Elaborar un índice de medida del grado de descentralización organizativa de un hospital.

Objetivo B: Calcular el nivel de descentralización global organizativa del UOE.

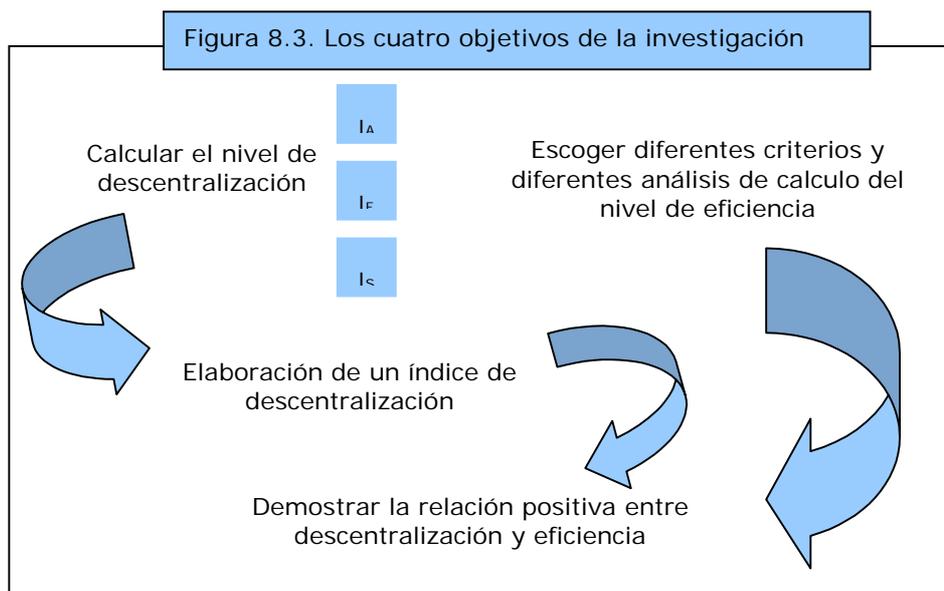
Objetivo C: Analizar los diferentes estudios que hayan investigado diferentes metodologías sobre eficiencia.

Objetivo D: Comparar el nivel de descentralización con los diferentes criterios de la eficiencia.

Fuente: Elaboración propia

Antes de pasar a la explicación de las hipótesis de cada uno de los objetivos, es oportuno comentar que la investigación se centra fundamentalmente en el objetivo A, B y D porque se trata de los tres objetivos más novedosos, ya que existen muchos estudios, investigaciones y tesis respecto a la medición de la eficiencia en centros hospitalarios – objetivo C-, es decir, estudios que analizan, buscan y critican diferentes metodologías que permitan hallar el nivel de eficiencia de los hospitales tanto catalanes como españoles y además no pertenece al ámbito de la autora. Por consiguiente, no se ha considerado oportuno realizar un análisis personal sobre la eficiencia y se comparará con los diferentes análisis cuyo objetivo es la eficiencia, ya sean de ámbito privado, público, universitario, americano (Top 20; criterios de SCS; GRD's; DEA; ...).

En la figura 8.3 quedan plasmados, de manera resumida, los objetivos a alcanzar con el siguiente estudio.



Un primer nivel de análisis ha sido calcular el grado de descentralización global y de cada uno de sus subíndices, por tanto el principal problema fue obtener una metodología adecuada para obtener una medida de la descentralización. La segunda fase de análisis ha sido conocer los diferentes grupos de hospitales que pueden agruparse dentro de un mismo nivel de descentralización y ver que características externas e internas podíamos extraer de cada uno de ellos, para poder llegar a afirmar que existen una serie de características o perfiles que aumentan o ayudan a contribuir a definir la descentralización. Y la tercera y última fase, comprobar la relación existente entre el nivel de descentralización y la eficiencia (dando así respuesta a los objetivos e hipótesis de la investigación).

Una vez expuestos los objetivos, se procede al planteamiento de las hipótesis de trabajo a contrastar que nos permitirán alcanzar dichos propósitos.

273

Como hemos visto anteriormente en el apartado seis de *Oportunidades del cambio organizativo mediante la descentralización* y como hemos expuesto en el modelo de medida del grado de descentralización, vamos a medirlo como la combinación de tres índices de descentralización inferiores:

- ↪ el índice de descentralización externa las actividades (IE),
- ↪ índice de descentralización de las decisiones (IA) y
- ↪ el índice de descentralización de un servicio estándar (IS) que se ha dividido en un índice de descentralización del servicio del ámbito de control, de los recursos humanos, económico y de organización.

Si seguimos la definición expuesta por Kerlinger⁵ (1973) de los objetivo A y C, en sí mismos no podemos extraer hipótesis de trabajo porque no hay conceptos a relacionar. Respecto al objetivo B, el cálculo del nivel de descentralización, De la misma manera, el análisis se plantea dentro de un enfoque contingente desde el cual se considera que existen ciertas características del entorno que contribuyen a un determinado éxito del rendimiento organizacional de unidades autónomas de trabajo. Por tanto la siguiente hipótesis busca la existencia de una serie de características externas (tamaño, estrategia, propiedad, edad, antigüedad del director en su cargo, evolución del sector,...).

⁵ Extraído del libro Pedret et al. (2000) que define hipótesis como “una proposición especulativa entre dos o más variables”

Una vez elaboradas las medidas de descentralización se pasará a contrastar la siguiente formulación:

Hipótesis 1: Existe una serie de características externas a los hospitales de la XHUP que hacen prever cuál será su nivel de descentralización de cada tipo.

De esta hipótesis más general se pueden extraer diversas subhipótesis:

h_{11} : El tamaño del centro hospitalario, influye en el nivel de descentralización, *positivamente*.

h_{12} : El tamaño organizativo del centro hospitalario, influye en el nivel de descentralización, *positivamente*.

h_{13} : La propiedad del centro influye en el nivel de descentralización.

h_{14} : La antigüedad en el puesto del gerente, influye en el nivel de descentralización

h_{15} : A mayor utilización de sistemas de información, mayor nivel de descentralización.

h_{16} : La estrategia seguida por cada centro, influirá en sus niveles de descentralización.

h_{17} : La percepción que el gerente tenga del entorno en el que trabaja el hospital, influirá en los niveles de descentralización.

Con esta hipótesis se quiere encontrar un perfil estándar de características externas de hospitales con un mayor nivel de descentralización y comprobar como los diferentes factores contingentes, que la revisión bibliográfica nos apuntan a que sí que afectan, comprobar que en este sector y con la metodología utilizada, corroborará los datos.

Cada una de estas sub hipótesis tiene que ser corroboradas para cada índice de descentralización y posteriormente para el nivel global de cada centro hospitalario.

Una segunda hipótesis a contrastar es aquella que busca las correlaciones existentes entre los diversos índices de descentralización a identificar.

Hipótesis 2: Altos niveles en el índice de descentralización de decisiones están ligados a altos niveles de descentralización en los servicios que se refleja en el índice del servicio. Y en contraposición un alto nivel de descentralización en el índice

de actividades no tiene porque suponer o estar relacionado con altos niveles de descentralización de los otros dos índices, el de decisiones y el de servicios.

Esta hipótesis estudia las relaciones existentes entre los diferentes índices que miden la descentralización global de un centro hospitalario. Buscan una relación real entre ellos, ya sea positiva o negativa, para comprobar que no se trata de medidas que, midiendo conceptos diferentes aunque relacionados, muestran una independencia. La lógica nos dice que los tres índices tendrían que estar relacionados en la misma dirección, aunque tendremos que realizar la comprobación para estar seguros de ello para validar estas hipótesis.

Fruto del **objetivo D** antes citado, realizamos la tercera hipótesis que entendemos como central en este trabajo de investigación.:

Hipótesis 3: Aquellos centros en los que se constate un mayor nivel de descentralización, su nivel de eficiencia también será mayor.

Mediante la demostración de esta hipótesis daremos respuesta al objetivo principal del estudio, demostrar la relación positiva o negativa entre el nivel de descentralización y el de eficiencia.

Esta hipótesis se podría dividir en las siguientes subhipótesis:

h_{31} : Hospitales con mayores niveles de descentralización de actividades, tendrán una mayor eficiencia global

h_{32} : Hospitales con mayores niveles de descentralización de decisiones, tendrán una mayor eficiencia global.

h_{33} : Hospitales con mayores niveles de descentralización en los servicios, tendrán una mayor eficiencia global.

Para el contraste o rechazo de cada una de estas hipótesis y a la vez de cada uno de los objetivos, a continuación se presenta la metodología disponible (las fuentes de información, las fases del procesos, el diseño muestral,...).

8.3.- Diseño de la investigación

En este apartado metodológico presentamos las fuentes de investigación elegidas para responder a todos nuestros objetivos y las razones que nos han llevado a elegir estas fuentes de información y no otras. El siguiente apartado es el tipo de investigación que se ha utilizado, que viene marcado por las fuentes de información utilizadas. Junto con estos dos apartados nos quedaría un tercer aspecto que sería la determinación del tamaño muestral y por último las variables utilizadas en el estudio.

8.3.1. Fuentes de información

Para poder construir la estructura básica de la investigación es necesario decidir cómo y dónde se va a obtener la información necesaria para analizar el problema objeto de estudio. es decir analizar las fuentes de información. La elección de las fuentes de información, primarias o secundarias, internas o externas, debe hacerse teniendo en cuenta tres aspectos (Pedret, Sagnier y Camp, 2000):

- ↳ Que la información exista y además esté disponible.
- ↳ Que esta información sea sólida⁶
- ↳ Y que la información disponible sea “value for money”, es decir, que no exista información disponible de características similares que sean más óptimas para el estudio o que siendo la misma información sea más económica su obtención⁷.

Teniendo en cuenta estos requisitos y la clasificación de las fuentes de información según el esfuerzo que supone conseguirlas, a la hora de elaborar el estudio hemos utilizado tanto fuentes de información internas como externas, y respecto a las primeras tanto primarias como secundarias.

En un primer momento utilizamos todas las fuentes de información disponibles del sector, aunque recopiladas con fines muy diferentes a los estudiados, que nos sirvieran para nuestro objetivo. Respecto a estas fuentes se han utilizado las memorias anuales de los hospitales⁸, que nos

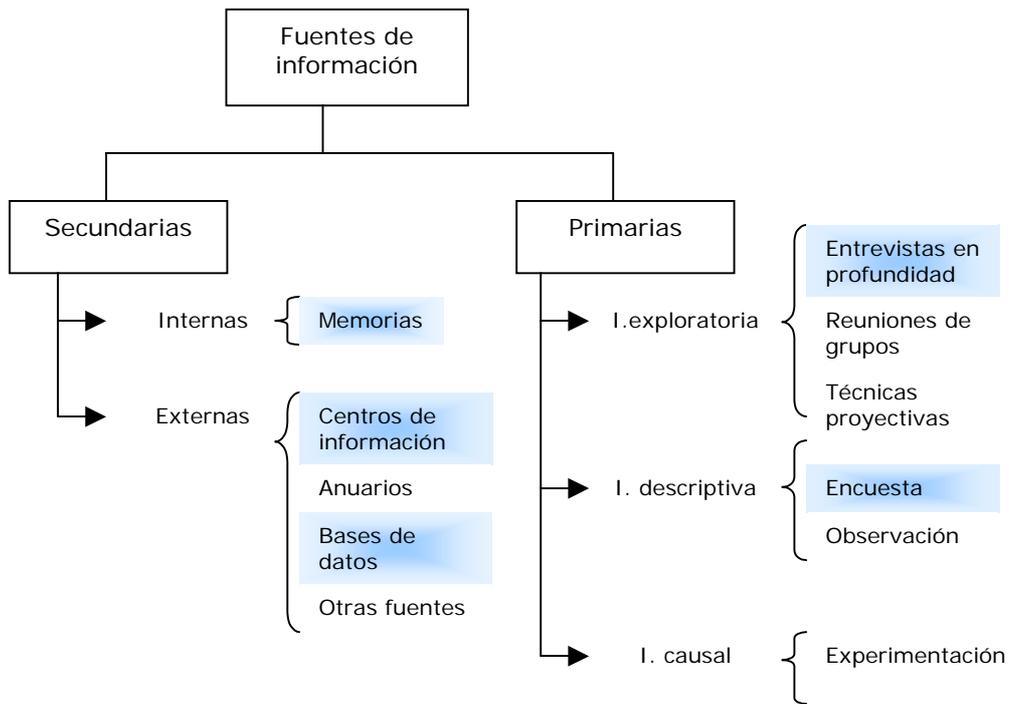
⁶ Información Sólida es aquella que posee las siguientes características: completa o detallada, relevante, precisa, disponible, actual y con capacidad de predicción (Pedret et al, 2000) .

⁷ Se recomienda que primero se utilicen fuentes de información internas, secundarias y posteriormente primarias, y en caso de no tener suficiente pasar a utilizar fuentes externas de información.

⁸ Se trata de fuentes de información externas secundarias, es decir son documentos que nos han permitido recopilar información que anteriormente había sido publicada

ha permitido realizar un estudio de evolución de cada uno de los individuos objeto de estudio (se han analizado sus respectivas memorias desde el año 1997 hasta el 2000). También se ha accedido a bases de datos del sector y a centros de documentación especializados.

Figura 8.4: Tipos de fuentes de información utilizadas en la investigación



Fuente: Elaboración propia a partir del Pedret et al,2000

Una vez agotadas todas las fuentes de información secundarias y observar que no eran suficientes para confirmar o rechazar nuestras hipótesis, se recurrió a fuentes de información primarias⁹. En este caso se diseñó un cuestionario o encuesta¹⁰ para conseguir información que utilizar para conseguir nuestros objetivos.

con otro fin, pero que nos ha permitido analizar el perfil de cada uno de los hospitales (tamaño, servicios, inversiones,...).

⁹ Este tipo de fuentes son las que se denominan "a medida" de las necesidades y a los objetivos concretos del estudio, ya que se crean para dar respuesta a los objetivos de la investigación con fines similares a los estudiados por el investigador.

¹⁰ El cuestionario es una técnica enmarcada dentro del grupo de las encuestas consistente en plantear a un conjunto de individuos, una serie de preguntas relativas a su situación social, profesional o familiar, sus opiniones, su actitud al respecto de las opiniones o de situaciones humanas y sociales, sus expectativas, su nivel de conocimiento o cualquier otro punto que interese al investigador (Quivy, 1997; Miller, 1991).

Antes de presentar la fase de elaboración del cuestionario presentamos en un esquema las fuentes de información utilizadas en esta investigación (las sombreadas de color azul), figura 8.4.

8.3.2. Elaboración del cuestionario

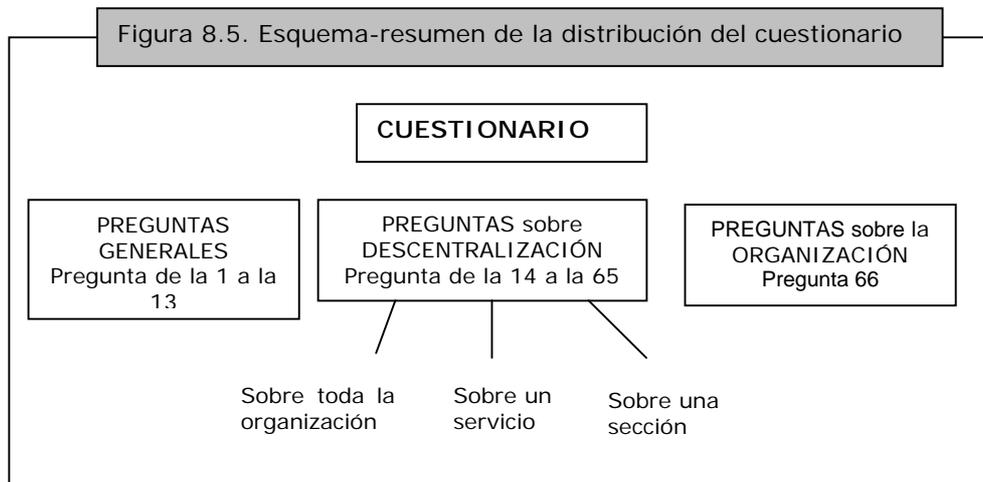
El cuestionario o encuesta “ad-hoc” utilizado se ha realizado de exprofeso para esta investigación ya que no se ha encontrado bibliografía que midiera la descentralización organizativa en instituciones hospitalarias. Como persona a responder la encuesta se ha elegido al gerente de cada centros hospitalario, como representante y persona que dispone de los conocimientos necesarios para responder al contenido de la encuesta o delegar su respuesta en la persona que considere oportuno (este aspecto no se comentaba en la carta de presentación pero no consta que ha habido casos en los que se ha hecho).

El acceso [XMT1]a los gerentes de los hospitales se ha hecho a través de distintas vías, en varias etapas y momentos del tiempo. Se trata de un cuestionario de “administración indirecta”, es decir que ha sido el propio encuestado, en este caso el gerente de cada hospital, el que ha tenido que completarlo.

En la primavera-verano del 2001, se hizo llegar un fax a todos los gerentes del UOE diciéndoles que se les enviaba una encuesta vía e-mail y la dirección a la cual se les enviaba, y en caso de que no tuvieran, vía fax. La dirección de correo electrónico de la gerencia de los hospitales de la XHUP se consiguió por la base de datos que dispone la Generalitat de Catalunya on-line (<http://www.gencat.es>) que se conoce con el nombre del SAC (Sistema d'Atenció al Ciutadà) que pertenece al departamento de Sanitat de dicho organismo. La notificación del envío, incluyendo la dirección enviada, incrementa el ratio de respuesta (Fox, Crash y Kim, 1988).

Junto al cuestionario se incluyó una carta de presentación en la que se exponían los objetivos del análisis, las instrucciones para la cumplimentación del cuestionario, así como un breve esquema de la encuesta, como un intento de incrementar el índice de respuesta ya que la longitud de la encuesta era elevada (66 preguntas) y con el esquema se pretendió dar un hilo conductor a la misma.

En el Anexo 1 a este capítulo se incluye el cuestionario definitivo que consta de tres partes diferenciadas. A continuación presentamos en esquema que se incluía en la carta de presentación del cuestionario.



Fuente: Elaboración propia

El primer bloque de preguntas hacían referencia a aspectos generales de la organización, relacionados con los factores de contingencia (preguntas de la número 1 a la 13). La intención de este primer bloque era la de recabar información general sobre el hospital que estábamos preguntando, así como las percepciones que tenía el gerente de la misma sobre aspectos relacionados con el entorno, la estrategia utilizada, ... Se refieren a preguntas cualitativas como cuantitativas para cuya cumplimentación se utilizó –para las cuantitativas- una valoración según una Escala de Likert.

Toda la información derivada de esta primera parte del cuestionario se utilizó para la elaboración y contraste de la hipótesis H3, que relaciona a las diferentes agrupaciones hospitalarias con características del entorno o propias.

El segundo bloque de preguntas, totalmente relacionadas con la descentralización, hacían referencia a toda la organización al igual que a niveles inferiores como podrían ser los niveles de descentralización que existen en los servicios o las secciones. En este segundo bloque nos encontramos con preguntas referentes a los factores de diseño (representan el gran grueso del cuestionario, un 75% de las preguntas). El objetivo de este segundo bloque es obtener la máxima información posible sobre los diferentes niveles de descentralización en un hospital. Se pregunta sobre la descentralización en la toma de decisión (siguiendo el cuestionario creado por el Grupo de Aston para medir la centralización y estudios de Val y Goñi, 1999); descentralización económica; organizativa; sobre temas de recursos humanos,...

Se trata de preguntas cualitativas con escalas nominales que se crearon a partir de las opiniones, ayudas, comentarios que se extrajeron de la investigación cualitativa. Mayoritariamente las categorías de las respuestas son los cargos profesionales que nos podemos encontrar en las instituciones hospitalarias, teniendo un pequeño problema ya que –aunque todas están acreditadas- no todas las instituciones tienen los mismos cargos ni cada una de ellas tienen las mismas funciones, cosa que ha dificultado enormemente la interpretación de los datos¹¹. Y no sólo eso, sino también un mismo órgano con el mismo nombre tienen dos funciones completamente diferentes.

Sus resultados han sido utilizados para responder a la hipótesis H1, y poder calcular el nivel de descentralización de cada uno de los índices y a la vez el índice global de descentralización.

El tercer y último bloque es lo que se conoce como cuestiones personales del individuo encuestado, que en nuestro caso se trataría de una única pregunta múltiple para definir una serie de aspectos: tamaño, actividad, personal, eficiencia...y a la vez se pretendía estudiar su evolución y para ello se preguntaban esos datos para 4 años diferentes (desde 1997 a 2000). Se ha de comentar que se personalizó cada una de las encuestas enviadas, ya que en esta pregunta y con el fin de facilitar la respuesta de los gerentes, se incluyó los datos que poseíamos de cada una de ellas, que habíamos extraído de la primera fase del estudio cuantitativo, es decir, las memorias que ellos mismos nos habían enviado. Esta trabajosa decisión cumplía con dos intenciones. Por una parte facilitábamos la respuesta y por otra contrastar los datos obtenidos con las memorias.

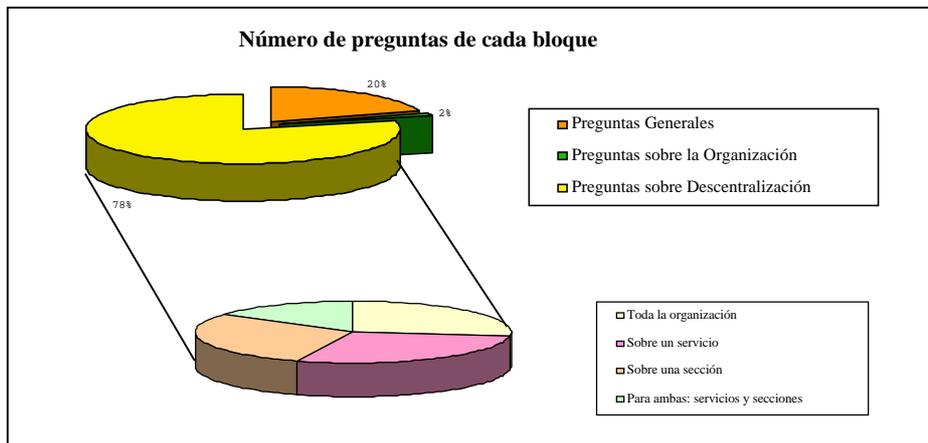
En el siguiente gráfico se observa el porcentaje que representa cada uno de los tres bloques y como están compuestas cada uno de ellos. Podemos comprobar que el bloque 2 es el más largo y que se preguntó respecto los tres niveles de descentralización: nivel general, nivel de servicio y de sección. Es decir de un ámbito más general a unos más particular y concreto.

La respuesta a esta solicitud en un primer contacto fueron 15 organismos del 56 del UOE. Dejando pasar un mes para que los gerentes contestaran al cuestionario, se realizó una llamada y se envió un e-mail a todos los gerentes recordando la necesidad de rellenar los datos de la encuesta. Consiguiendo en el mes de julio del 2001 una respuesta de 36%,

¹¹ Hay hospitales que tienen Junta Facultativa, pero no Clínica, o viceversa. O por ejemplo que el director de sección, participe o no en la Junta depende “de la personalidad y carisma de cada uno”.

porcentaje bajo en nuestra opinión, por ellos se inicio una segunda fase de recogida de información.

Figura 8.6. Número de preguntas de cada bloque de la encuesta del trabajo del campo



Fuente: Elaboración propia

El hecho de haber tenido que recurrir a las encuestas para obtener la información ha supuesto una grave limitación para el estudio debido a los bajos índices de respuesta que suelen obtenerse (Aguilar,1998). Consideramos que este índice de respuesta es aceptable teniendo en cuenta los que se suelen conseguirse en España debido a la ya tradicional resistencia de las empresas a aportar datos.

Una cuestión a comentar es la metodología utilizada para enviar los cuestionarios, vía correo electrónico. Tiene las ventajas y los inconvenientes normales del envío de cuestionario vía correo postal. Conociendo las ventajas e inconvenientes del envío postal (D. Wallace, 1954) se ha optado por dicho método, aunque más modernizado, ya que se ha considerado que las ventajas son superiores a los inconvenientes. A continuación presentamos los puntos fuertes y débiles de este método en el estudio:

- 1.- posibilidad de lanzar el estudio a toda la población: se ha conseguido no trabajar con una muestra sino mandar dicho cuestionario a toda la población, los 66 hospitales de la XHUP (máxima cobertura)
- 2.- que la expansión geográfica no sea un problema: ya que al tratarse de toda la población catalana, se han tratado dentro del estudio con hospitales de las cuatro provincias catalanas sin ser un problema la distancia entre ellos y los investigadores.

3.- eliminar la dificultad de localizar a este tipo de cargos para quedar con ellos y tener una reunión o una entrevista.

4.- asegurarse que a todos los gerentes les llega y responden a las mismas preguntas.

sabiendo por contra que:

- ✓ es una técnica que tiene un alto porcentaje de no respuesta, en un primer contacto, únicamente vía fax, hubo un porcentaje de no respuesta del 72,2%.
- ✓ Identidad del entrevistado incierta, es decir, puede ser contestada por otra persona que no sea el gerente del hospital (aunque este inconveniente no lo es tanto, ya que para la investigación es indiferente si la contesta el gerente o el director médico ya que se trata de datos objetivos de la organización en sí).
- ✓ Un último comentario sería que se trata de un técnica lenta de recepción de respuestas, aunque este inconveniente ha sido eliminado ya que al enviarlo por correo electrónico la recepción y el envío puede decirse que es casi inmediato.

282

Para solucionar el primer inconveniente, ya que los posteriores no son muy graves (el segundo por las características intrínsecas del estudio y el tercero porque ya lo hemos solucionado), se realizaron una serie de técnicas para incrementar el porcentaje de respuesta (Miller, 1991).

La primera técnica que se utilizó fue un seguimiento de cada una de los cuestionarios vía telefónica e incluso a 19 de ellos se les volvió a mandar la encuesta ya que después de hablar con ellos pusieron de manifiesto que por diferentes motivos no disponían de la copia que se les mandó. Según Miller esta técnica, que él denomina de "*follow-up*" contribuye a incrementar en un 50% la tasa de respuesta.

Otra técnica utilizada fue la de incorporar delante del cuestionario una carta introductoria (técnica denominada "*introductory letter*"), que el autor anteriormente citado afirma que la utilización de esta técnica aumenta en un 7% las respuestas devueltas por los entrevistados. En esta carta introductoria se explicaba el objetivo de la investigación y del estudio juntamente con un breve esquema del cuestionario, así como los datos del investigador al que podían ponerse en contacto si tenían alguna duda o comentario.

8.4. Tipo de investigación utilizada

La investigación que ahora se presenta se trata de una investigación explicativa o causal¹², ya que intenta examinar una relación de causa-efecto entre dos o más fenómenos (Dane, 1997), en nuestro caso pretendemos analizar la relación positiva o negativa entre descentralización y eficiencia, objetivo principal de la investigación.

La intención en este tipo de investigación es obtener conclusiones entre los fenómenos objeto de estudio a dos niveles: uno para determinar cuáles son las causas y cuáles los efectos de un fenómeno determinado, conocer las variables independientes y dependientes; y en un segundo nivel, determinar la naturaleza de la relación entre las variables causales y el efecto a predecir.

283

Al revisar la bibliografía de metodología de estudios explicativos/causales observamos que el principal método de este tipo de investigación es la experimentación. En nuestro caso se debería haber seleccionado un individuo o una serie de individuos objeto de estudio, es decir uno o varios hospitales catalanes de la XHUP, haber estudiado sus variables independientes (entre ellas la eficiencia). Una vez llegados a este punto se debería ir modificando, de una en una, cada variable e ir anotando los cambios que genera en la organización. En caso de que los cambios no fuesen significativos como consecuencia de la variación de una única variable, sería necesario volver a hacer el experimento pero modificando el conjunto de variables.

Delante de esta línea metodológica, se llega a la conclusión que no se puede realizar un estudio de estas magnitudes en centros hospitalarios que siguen con su actividad normal y que era imposible separar los efectos del resto de las variables propias de la actividad normal. De esta manera, se pensó que lo más conveniente y factible para el desarrollo del estudio era la realización de una investigación en dos fases: **cualitativa y cuantitativa**.

La **fase cualitativa** de la investigación se realizó con el objeto de profundizar en la terminología sanitaria, al igual que orientar de la manera más eficiente posible, la fase cuantitativa; se pretendió conocer hechos no observables directamente pero si latentes como por ejemplo opiniones,

¹² Respecto al ámbito cuantitativo según los objetivos perseguidos se pueden clasificar los tipos de diseño de investigación en: exploratoria, descriptiva, predictiva, y explicativa. Estas técnicas se pueden agrupar en investigación exploratoria y concluyente.

motivaciones, problemas en puestas en marcha,.. Para ello, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con expertos de diferentes áreas del sector sanitario catalán¹³.

El problema que tiene toda investigación cualitativa es que los resultados que de ella se extraen no son representativos de la población que se pretende estudiar. Debido a ello fue preciso realizar una segunda fase basada en **investigación cuantitativa** con el objeto de extraer resultados concluyentes sobre el UOE.

La investigación cuantitativa, también se elaboró en dos fases: una primera fase, que duró los meses de julio, agosto y septiembre del 2000, donde se estudio la población objeto de estudio. Se realizaron los primeros contactos con los centros hospitalarios (se envió una carta de presentación del estudio global) y se les pidió que enviaran sus memorias de los años 1997, 1998 y 1999¹⁴. La respuesta fue diversa aunque altamente satisfactoria. De total del UOE a los que nos dirigimos conseguimos que 65% nos mandaran sus memorias y obtener de ellos una buena voluntad de colaboración para futuros estudios.

284

Finalizada esta primera fase de la investigación cuantitativa llegamos a una serie de matizaciones previas, que nos fueron de gran utilidad para utilizarlas en la segunda fase del estudio cuantitativo.

- A. El primer aspecto a comentar es que cada centro hospitalario diseña su memoria con su propio criterio según el margen que marca la ley, aspecto que dificulta o complica la extracción de información homogénea. Por tanto una primera consecuencia es la dificultad de obtener una información homogénea para todos los centros hospitalarios.
- B. Un segundo aspecto a comentar es la heterogeneidad en la organización de los diferentes hospitales y la dificultad que eso comporta a la hora de intentar diseñar posteriormente un cuestionario único y que sea aplicable a todos los centros.
- C. Por último, y analizando estudios de eficiencia publicados, se observó que la estancia media es un dato utilizado en un alto porcentaje de centros para medir la eficiencia y a través del estudio de los servicios de

¹³ Dr. M.A. Asenjo, director médico del Hospital Clínic de Barcelona; el Dr. Patricio Martínez, presidente del Sindicato Médico de Barcelona CESM; y por último con el Dr. Lluís Franch, director de la Divisió Hospitalària del Servei Català de la Salut.

¹⁴ También se les pidió que cuando tuvieran la del 2000, nos la hicieran llegar lo antes posible.

cada centro y de su estancia media existía una serie de hospitales que por su tipo de actividad (enfermedades crónicas, geriátricas, ...) tienen una estancia media no era comparable con el resto, por tanto, todas las medias de eficiencia que se derivaran de ella tampoco serían correctas, con lo que se concluyó de eliminarlos de la población.

La segunda fase en la recogida de la información del trabajo se ha llevado a cabo durante el año 2001 y principios del 2002. Como hemos dicho anteriormente una vez agotadas las fuentes de información secundarias se utilizaron fuentes de información primarias. En esta fase se pasó la encuesta elaborada en etapas anteriores y sus resultados son los datos con los que se ha elaborado una base de datos y con ella se han analizado, estudiado y contrastado las hipótesis.

Antes de explicar las variables de la encuesta comentamos brevemente el diseño muestral o tamaño de la muestra.

8.5. Diseño muestral o tamaño de la muestra

En un principio, y viendo que la población objeto de estudio era relativamente pequeña, se pensó que el estudio alcanzaría toda la población (sería por tanto un estudio poblacional) pero posteriormente y viendo la dificultad en obtener respuesta por parte de los centros hospitalarios, se estudió la posibilidad de trabajar con una muestra, es decir una porción de elementos de una población (Dane, 1997; García Ferrando, 1997).

Sabemos, a través de la teoría de las muestras, que un número suficientemente grande de casos tomados aleatoriamente de un universo o población presenta, con seguridad las mismas características propias del universo o población (García Ferrando, 1997). Por tanto realizando un cálculo estadístico del tamaño de la muestra a utilizar para que sea representativa obtenemos que la muestra tal y como se calcula a continuación debe ser de 49 individuos.

Cálculo del tamaño de la muestra

Nivel de confianza = 95%
Nivel de significación = 5%
Error aceptado = $\pm 2,5\%$
Máxima incertidumbre ($p = q = 0,5$)

Siguiendo la fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * (1 - p) * N}{((N - 1) * \text{Significación}^2) + (k^2 * p * (1 - p))} = \frac{1,96^2 * 0,25 * 56}{(55 * 0,1^2) + 1,96^2 * ,25} = 48,9$$

Ha sido totalmente imposible disponer de esta cantidad de respuestas, ya que ha sido muy complicado, por tiempo y por actividad, de los diferentes gerentes de los hospitales contactados. Sin embargo no hemos renunciado a obtener el máximo número posible de ellas, alcanzado el número de respuestas de 34 respuestas. Número que condiciona a cambiar el error aceptado en la investigación, pasando a ser de + – 5,4. Este aumento del error de la investigación, y aun representado la muestra el 60% de la población estudiada, somos conscientes de que esto puede suponer una primera restricción para el estudio y fundamentalmente a la hora de extrapolar las conclusiones para la totalidad de la población.

8.6. Obtención de información

8.6.1. Proceso de obtención de información

Una vez elaborada la encuesta y enviada a los diferentes hospitales a estudiar, se empezó una etapa previa a la entrada de datos que fue la codificación del cuestionario con el fin de asignar un código a cada una de las posibles respuestas (como se puede observar en el anexo existen 263 variables de las que mayoritariamente están analizadas mediante una escala nominal y que por tanto necesitan de la codificación de etiquetas y categorías).

Una vez codificada se pasó a la creación del fichero de SPSS y por tanto a la elaboración de la base de datos y a la introducción de las encuestas contestadas utilizando cada columna para cada variable y cada fila para cada individuo. Llegados a este punto se tuvo que comprobar la consistencia de la base de datos.

Respecto de la consistencia se comprobó que todos los individuos analizados hubieran contestado todas las preguntas (análisis univariable) o en caso de no hacerlo ponernos en contacto con ellos y buscar la respuesta, al igual que comprobar la coherencia de las respuestas contestadas; el

segundo elemento el de la ponderación, es un elemento o característica que debía comprobar que la ponderación de la muestra es similar a la ponderación de la población y por tanto es correcta¹⁵. Una vez llegado hasta este punto empieza la fase de análisis previo los datos.

Para realizar los análisis de los datos cuantitativos se ha utilizado el programa SPSS versión 10.0, tanto versión PC como versión Macintosh, realizando diferentes análisis univariados, bivariados y multivariados para el logro de los objetivos.

¹⁵ La ponderación de los datos se realiza para asimilar las características de la muestra con las características de la población.

BIBLIOGRAFÍA

BARUK, Y., 1999, Response rate in academic studies, a comparative analysis. *Human Realtions*, vol.52, nº14, pp. 421

BERICAT, E., 1998, *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*, Ariel, Barcelona.

DANE, F.C., 1997, *Mètodes de recerca* (traducció del Research Methods, 1990, Wadsworth, Inc. Belmont California), Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona,.

DAVID WALLACE, 1954, A case for -and against- mail questionnaires, *Public Opinion Quartely*,,,40-52.

DE LA FUENTE, J.M., 1996, *Modelos de tesis doctorales*, Taller de métodos y técnicas de investigación en Economía de la Empresa, ACEDE, Burgos.

DE VAL PARDO, I., GOÑI LEGAZ, S., 1999, Eficiencia y configuraciones organizativas: un análisis empírico, *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, pp.55-70.

ESCUDER VALLÉS, R.; PÉRISS BONET, F. ; MÉNDEZ MARTÍNEZ S.; MÉNDEZ MARTÍNEZ, M., 1999, *Entorno, estructura y eficacia organizativa. Análisis mediante un sistema de ecuaciones estructurales*, Ponencia presentada en el Congreso de ACEDE, Septiembre 1999.

FOX, R.J., CRASH, M.R. y KIM, J., 1988, Mail survey response rate: A metaanalysis of selected techniques for inducing response, *Public Opinion Quaterly*, 52, nº1, pp. 467-491.

GARCÍA FERRANDO, M, 1997, *Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología*. Alianza Universidad Textos, Madrid.

HAIR, ANDERSON, TATHAM, BLACK, 1999, *Análisis Multivariante*, Prentice-Hall, Madrid.

KERLINGER, F.N., 1973, *Foundations of behaviour science research*. Holt, Rinehart & Winston. NuevaYork.

MILLER, D.C., 1991, *Handbook of research design and social measurement*, Sage Publication, London.

PARDINAS, F., 1970, *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*, XXI, Siglo Veintiuno Editores, S.A, México.

QUIVY, R. y VAN CAMPENHOUDT, L., 1997, *Manual de investigación en Ciencias Sociales*, Noriega Editores, México.

R.PEDRET, L. SAGNIER, F. CAMPS, 2000, Herramientas par asegmentar mercados y posicionar productos. Ed. Deusto. Bilbao

R.PEDRET, L. SAGNIER, F. CAMPS, 2000, La investigación comercial como soporte del márketing. Ed. Deusto. Bilbao

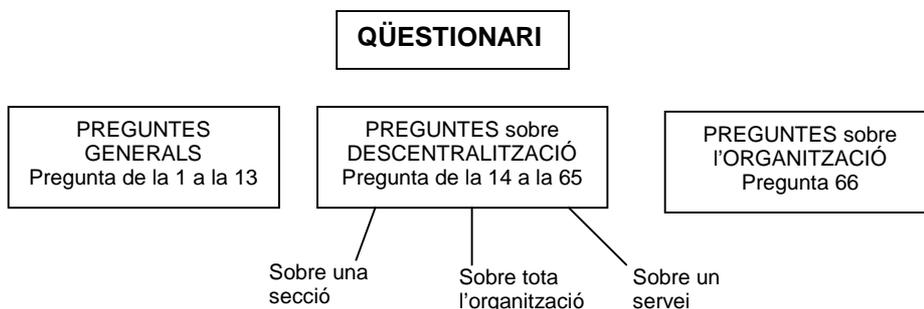
ROTH, P.L., y BEVIER, C.A., 1998, Response rates in HRM/OB survey research: norms and correlates, 1990-1994. *Journal of Management*, vol.24, nº1, pp. 97



Aquest qüestionari forma part d'un estudi que està realitzant la Universitat de Barcelona, en la Facultat d'Econòmiques (concretament en el Departament d'Economia i Organització d'Empreses) per intentar determinar el grau de descentralització organitzativa que hi ha als hospitals catalans i si es pot afirmar la hipòtesi que existeix una relació entre el grau de descentralització i l'eficiència en l'organització.

Es tracta d'una enquesta per ser contestada pel **Gerent** de la institució, que té una duració de resposta entre 15 i 20 minuts, on s'intenta extreure la informació necessària, per després tabular-la i fer-ne les anàlisis necessàries per afirmar o rebutjar les hipòtesis.

El qüestionari està dividit en tres blocs: un primer bloc de preguntes generals sobre el centre, un segon bloc sobre la descentralització i la presa de decisions del centre i un últim apartat de preguntes personals sobre l'organització. Presentem un petit mapa orientatiu del qüestionari:



Cada enquesta està personalitzada per a cada hospital i en ella s'inclouen totes aquelles dades que disposem d'ell, ja sigui perquè ens han fet arribar les seves memòries o per altres fonts d'informació, per tal que puguin ser confirmades des del centre. També hem afegit un Appendix de termes utilitzats, amb la fi d'intentar unificar conceptes i evitar errors de manca d'explicació per part de les persones que hem realitzat el qüestionari. Evidentment **les dades i la identitat** dels organismes enquestats són absolutament confidencials.

- Gràcies per la seva col.laboració i el temps invertit en respondre les preguntes següents.-

Divisió de C. Jurídiques, Econòmiques i Socials

Facultat Ciències Econòmiques i Empresariales

Av. Diagonal 690 08034-Barcelona

Professora PILAR APARICIO

Tel. 93 402.19.63 / Fax: 93

402.45.80

e-mail: mapar@eco.ub.es

BLOC I : PREGUNTES GENERALS

Les preguntes que segueixen a continuació fan referència al primer bloc: preguntes generals sobre la seva organització. Les primeres cinc preguntes fan referència al tipus d'organització que es tracta i a la tipologia de clients que poden acollir; posteriorment existeix un altre conjunt de preguntes que estan relacionades amb el tipus d'entorn i els sistemes d'informació de la institució.

P1.- En quin any es va inaugurar l'hospital?..... i Ha modificat la forma jurídica recentment en l'any.....

P2.- Quants anys porta el gerent en el seu càrrec?

P3.- De la següent classificació d'hospitals, ¿de quina tipologia és el seu?

- Nivell A (hospital general bàsic)
- Nivell B (hospital de referència d'un àrea per una població de 400.000 hab.)
- Nivell B / C no universitari
- Nivell B/ C universitari
- Nivell C no universitari (hospital de referència d'un àrea per una població de 1.500.000 hab.)
- Nivell C universitari (hospital de referència d'un àrea per una població de 1.500.000 hab.)
- Altres:

291

P4.- La propietat del centre és:

- Pública
- Privada

P5.- El centre és un centre:

- ICS
- Públic però no ICS (Empresa Pública, Consorci,...)
- Fundació
- Altres (S.L; Església,...):

P6.- Tenint en compte els usuaris de l'any passat, el seu perfil seria:

- Menys del 30% dels usuaris provenien d'una sanitat pública
- Entre 30 i 70% dels usuaris provenien d'una sanitat pública
- Entre 70 i 90% dels usuaris provenien d'una sanitat pública
- Més del 90% dels usuaris provenien d'una sanitat pública

P7.- Com clients potencials, el seu centre podria tenir als següents usuaris:

- Únicamente malalts que provenen del SCS
- Podria atendre tant a malalts "públics" com malalts de mútues privades
- Tots

P8.- L'entorn extern, tant econòmic com tecnològic, al qual s'enfronta la seva organització, ¿és estable o dinàmic?

	Molt estable					Molt dinàmic	
	1	2	3	4	5	6	7
Econòmicament	1	2	3	4	5	6	7
Tecnològicament	1	2	3	4	5	6	7



P9.- Durant els darrers deu anys els seus clients s'han mostrat:

Igual d'exigents

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Molt més exigents

P10.- Durant els darrers deu anys, les restriccions legals, polítiques i econòmiques que envolten el seu centre han:

Permanescut estables

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Han augmentat molt

P11.- Amb quina freqüència sorgeixen noves innovacions tecnològiques en el seu sector?

Amb poca freqüència

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Amb molta freqüència

P12.- Existeix intranet en l'organització?

- Sí
- No (*Passi a la pregunta 14*)

P13.- Disposa cada treballador de direcció de correu electrònic interna?

- Sí
- No

BLOC II: DESCENTRALITZACIÓ

Les preguntes que segueixen a continuació estan referides al grau de descentralització. En un primer apartat es pregunta sobre la descentralització de tota l'organització, per passar posteriorment a preguntar sobre la descentralització dins d'un servei típic o estàndard i dins d'una secció també estàndard.

DESCENTRALITZACIÓ DE TOT EL CENTRE

P14. Quina ha estat l'evolució del número de nivells jeràrquics en el següents anys?

Anys	1997	1998	1999	2000
Evolució del número de nivells jeràrquics en els últims anys				

P15. Dels següents nivells jeràrquics, qui té poder de decisió assistencial i econòmica?

	Assistencial	Econòmica
Junta Facultativa		
Junta Clínica		
Cap de la Divisió mèdica		
Cap de la Divisió d'infermeria		
Caps de serveis		
Caps de serccions		
Les comissions de servei		
Les comissions de secció		

Els metges		
------------	--	--

P16. Quins d'aquests serveis estan subcontractats?

- Farmàcia
- Quiròfan
- Neteja
- Seguretat
- Laboratoris
- Comptabilitat i fiscalitat
- Logística
- Bugaderia
- Manutenció (cuina)
- Probes diagnòstiques
- Pediatria
- Ginecologia
- Altres:

.....

P17. Quins motius hi ha hagut per subcontractar aquests serveis? (es pot indicar més d'una resposta)

- Perquè augmenta la qualitat
- Perquè la institució no podia fer-se càrrec per motius econòmics (es redueix cost)
- Per fer front a una demanda molt elevada
- Altres:

293

P18. Existeix en la seva organització algun servei o secció que s'hagi independitzat, transformant-se en empreses públiques, instituts o qualsevol altra forma jurídica independent de l'hospital?

- Sí. Quines?.....
- No

P19. Quins criteris s'han seguit per departamentalitzar?

- Criteri funcional
- Criteri divisional
- Criteri matricial
- Federativa
- Virtual
- Altres:

P20. Quin és el número de comissions que existeixen en el seu centre?

- 0 (*Passi a la pregunta 25*)
- Entre 1 i 3
- Entre 4 i 7
- Entre 8 i 10
- Entre 11 i 13
- Entre 14 i 15
- Més de 15

P21. Dels següents càrrecs qui podria participar en: (marcar amb un aspa)

	Junta Facultativa	Junta Clínica	Comissió de qualitat	Comissió de docència	Comissió específica de cada
--	-------------------	---------------	----------------------	----------------------	-----------------------------



					servei
Gerent					
Director mèdic					
Director d'infermeria					
Director d'administració general					
Director de servei					
Director de secció					
Metges					
Personal d'infermeria					
Personal no sanitari					
Interns					
Altres					

P22. Quina és la periodicitat de reunió de les comissions?

	Junta Facultativa	Junta Clínica	Comissió de qualitat	Comissió de docència	Comissió específica de cada servei
Diària					
Setmanal					
Quinzenal					
Mensual					
Bimensual					
Trimestral					
Anual					
Altres:					

P23. Existeixen comissions assessores?

- Sí
- No

P24. En quins àmbits té competències la citada comissió?

.....

P25.- A quin nivell o a quins nivells jeràrquics es **prenen actualment**, dins del seu centre, les decisions sobre els següents aspectes:

	Gerència	Cap de divisió	Director de servei	Director de secció	Metge
Creació de nous llocs de treballs					

Acomiadament de treballadors					
Acomiadament de supervisors					
Ascensos i promocions					
Número de supervisors					
Existència d'assessors externs					
Variacions en el sou dels treballadors					
Variacions en sou d'assessors externs					
Mètodes de formació					
Escollir els proveïdors					
Assignació de tasques als treballadors					
Creació de nous serveis					
Compra de tecnologia					
Selecció del tipus d'equip que s'ha de comprar o la marca de l'equip a comprar					
Hores extras					
Decideix dates de treballs o jerarquitzatza o prioritza tasques					
Relacions amb altres institucions					
El marketing del centre					
Qui controla					
Qui planifica					

P26. Existeixen equips de treball interdepartamentals?

- Sí
- No

P27. Existeixen equips de treball intradepartamentals?

- Sí
- No

DESCENTRALITZACIÓ D'UN SERVEI ESTÀNDARD

P28. Disposa cada servei d'un pressupost propi?

- Sí
- No

(Si s'ha contestat negativament, passi directament a la pregunta 34)

P29. Qui realitza el pressupost de cada servei?

- Gerència
- Cap de divisió mèdica
- Director del servei
- Altres:.....

P30. Qui aprova el pressupost de cada servei?

- Gerència
- Cap de divisió mèdica
- Director del servei
- Altres:.....

P31. En cas de què el pressupost ho aprovi una altra persona diferent a la que ho ha realitzat, per quantes persones o càrrecs passarà?

- Un càrrec intermig
- Dues persones o càrrecs diferents
- Entre tres i cinc



- Més de cinc
- Altres:.....

P32. Ha de justificar les despeses?

- Sí
- No

P33. El pressupost que s'assigna a cada servei per l'any següent, està relacionat amb el nivell d'activitat del darrer any?

- Sí
- No

P34. S'avalua el rendiment de cada servei?

- Sí
- No

(Si s'ha contestat negativament, passar directament a la pregunta 37)

P35. Participa el servei en l'elecció dels criteris de mesura del rendiment?

- Sí
- No

P36. Qui evalua el rendiment?

- Gerència
- Cap de divisió mèdica
- Director del servei
- Altres:.....

P37.- Qui decideix les tasques a executar pels treballadors de cada servei?

- Gerència
- Cap de divisió mèdica
- Director del servei
- Altres:.....
- Cada treballador
- No sap / No respon

P38.- Cada servei pot crear places de treballadors en funció de les necessitats de treball?

- Sí
- No

P39.- Són ells mateixos qui proposen als candidats?

- Sí
- No

P40.- És el propi servei qui escolleix els criteris d'elecció dels nous llocs de treball?

- Sí
- No

P41.- Decideix cada servei quin candidat escull?

- Sí
- No

P42.- Existeixen polítiques diferencials de salaris dins d'un mateix servei?

- Sí

- No, la política de salaris és per categories i ve fixada per a tot l'hospital igual

DESCENTRALITZACIÓ D'UNA SECCIÓ

P43. Disposa cada secció d'un pressupost propi?

- Sí
- No

(Si s'ha contestat negativament, passi directament a la pregunta 49)

P44. Qui realitza el pressupost de cada secció?

- Gerència
- Cap de la divisió mèdica
- Responsable de cada servei
- Altres:.....

P45. Qui aprova el pressupost de cada secció?

- Gerència
- Cap de la divisió mèdica
- Responsable de cada servei
- Altres:.....

P46. En cas de què el pressupost ho aprovi una altra persona diferent a la que ho ha realitzat, per quantes persones o càrrecs passarà?

- Un càrrec intermig
- Dues persones o càrrecs diferents
- Entre tres i cinc
- Més de cinc
- Altres:.....

P47. Ha de justificar les despeses?

- Sí
- No

P48. El pressupost que s'assigna a cada secció pel pròxim any, està relacionat amb el nivell d'activitat del darrer any?

- Sí
- No

P49. S'avalua el rendiment de cada secció?

- Sí
- No

(Si s'ha contestat negativament, passar directament a la pregunta 53)

P50. Participa la secció en l'elecció dels criteris de mesura del rendiment?

- Sí
- No

P51. Qui avalua el rendiment?

- Gerència
- Cap de la divisió mèdica
- Responsable de cada servei
- Una comissió
- Altres:.....

P52.- Qui decideix les tasques a executar pels treballadors de cada secció?



- Gerència
- Cap de la divisió mèdica
- Responsable de cada servei
- Una comissió
- Altres:.....

P53.- Cada secció pot crear places de treballadors en funció de les necessitats de treball?

- Sí
- No

P54.- Són ells mateixos qui proposen als candidats?

- Sí
- No

P55.- És la pròpia secció qui escolleix els criteris d'elecció dels nous llocs de treballs?

- Sí
- No

P56.- Decideix cada secció quin candidat escull?

- Sí
- No

P57.- Existeixen polítiques diferencials de salaris dins d'una mateixa secció?

- Sí
- No, la política de salaris és per categories i ve fixada per a tot l'hospital igual

DESCENTRALITZACIÓ ACUMULADA DE SERVEIS I SECCIONS

P58. Tenen els servei i les seccions autonomia econòmica?

Serveis	Seccions
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

P59.- Cada servei i secció treballa amb uns objectius concrets i negociats?

Serveis	Seccions
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

(Si es contesta que no, passar directament a la pregunta 64)

P60.- Qui marca els objectius de cada servei o secció?

- Gerència
- Cap de la divisió mèdica
- Responsable de cada servei
- Altres:.....
- No contesta

P61.- Quin és l'horitzó temporal dels objectius?

Serveis	Seccions
<input type="checkbox"/> Curt termini (1 any)	<input type="checkbox"/> Curt termini (1 any)
<input type="checkbox"/> Llarg termini (1 any)	<input type="checkbox"/> Llarg termini (1 any)

P62.- Els treballadors tenen coneixement per escrit dels objectius fixats pel seu superior?

- Sí
- No

P63.- Està el salari del personal relacionat als objectius fixats?

- Sí. Com?
- No

P64. Cada servei o secció...

	Serveis	Seccions
Té llibertat per organitzar-se lliurement?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pot crear les seves jerarquies?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pot crear la seva pròpia normativa interna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ha de demanar permís per utilitzar recursos d'altres departaments?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

P65.- Cada servei o secció té...

	Serveis	Seccions
la seva pròpia política de promoció interna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
la seva pròpia política d'incentius?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
la seva pròpia política de formació?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

BLOC III: ELEMENTS CARACTERÍSTICS DE L'ORGANITZACIÓ

La següent pregunta fa referència al bloc tercer i últim. Es tracta de preguntes relacionades amb aspectes i elements característics de l'organització.

P66.- Podria contestar o confirmar les següents dades generals sobre el seu centre:

	1997	1998	1999	2000
Nombre de llits				
Nombre de metges (equivalent a 40 h)				
Nombre de personal d'infermeria (equivalent a 40 h)				
Reste de treballadors (equivalent a 40 h)				
Estada mitjana				
Nombre d'estades				
Nº altes				
Nº d'ingressos				
Nº UBA				



Ingres anual				
% del ingres que representen les UBA's				
Estada ajustada per funcionament =estada esperada				
UBA ambulatoria				
M ² construïts				
Nombre de departaments				
Nombre de serveis				
Nombre de seccions mèdiques o unitats inferior per sota dels serveis				
Nombre de seccions no mèdiques o unitats inferior per sota dels serveis				

ANNEXE

(1) Per nivells jeràrquics entenem els diferents nivells d'autoritat i responsabilitat dintre d'una organització.

(2) Un servei de la seva organització standard qualsevol

(3) Una secció de la seva organització standard qualsevol

VARIABLES SURGIDAS DE LA ENCUESTA

	Descripción de variable	Nom variable	Tipo de variable
PREGUNTAS GENERALES			
X ₁	Año de inauguración	inaugu	Escala Nominal
X ₂	Ultima modificación forma jurídica	modi..rec	Escala Nominal
X ₃	Antigüedad de gerente en su cargo	antigüe	Escala Nominal
X ₄	Tipología del hospital	tipolog	Escala Nominal
X ₅	Propiedad pub/priv.	propieta	Escala Nominal
X ₆	Tipo de centro	quees	Escala Nominal
X ₇	Perfil de usuario año pasado	usuariisp	Escala Ordinal
X ₈	Perfil del usuario potencial	usupoten	Escala Nominal
X ₉	Opinión del entorno económico	ent.econ	Escala Ordinal
X ₁₀	Opinión del entorno tecnológico	ent.tecn	Escala Ordinal
X ₁₁	Exigencia clientes	usu.exig	Escala Ordinal
X ₁₂	Estabilidad de las restricciones legales	restricc	Escala Ordinal
X ₁₃	Frecuencia de las innovaciones tecnolo.	innov.te	Escala Ordinal
X ₁₄	Existe intranet	intranet	Escala Ordinal
X ₁₅	Tiene dirección cada trabajador	dire.per	Escala Ordinal
PREGUNTAS DE DESCENTRALIZACIÓN			
	PODER ECONÓMICO Y ASISTENCIAL		
X ₁₆	Evolución de niveles jerárquicos	evol.emp	Escala de razón
X ₁₇	La Junta Facultativa tiene poder asistencial	jfassist	Escala Nominal
X ₁₈	La Junta Facultativa tiene poder económico	jfeconom	Escala Nominal
X ₁₉	La Junta Clínica tiene poder asistencial	jcassist	Escala Nominal
X ₂₀	La Junta Clínica tiene poder económico	jceconom	Escala Nominal
X ₂₁	La Dirección médica tiene poder asistencial	dmassist	Escala Nominal
X ₂₂	La Dirección médica tiene poder económico	dmeconom	Escala Nominal
X ₂₃	Dirección de enfermería tiene poder asistencial	diassist	Escala Nominal
X ₂₄	Dirección de enfermería tiene poder económico	dieconom	Escala Nominal
X ₂₅	El director de un servicio tiene poder asistencial	csassist	Escala Nominal
X ₂₆	El director de un servicio tiene poder económico	cseconom	Escala Nominal
X ₂₇	El director de una sección tiene poder asistencial	seccassi	Escala Nominal

X28	El director de una sección tiene poder económico	seccecon	Escala Nominal
X30	La comisión de un servicio tiene poder asistencial	comseras	Escala Nominal
X31	La comisión de un servicio tiene poder económico	comserec	Escala Nominal
X32	La comisión de una sección tiene poder asistencial	comsecas	Escala Nominal
X33	La comisión de una sección tiene poder económico	comsecec	Escala Nominal
X34	Los médicos tienen poder asistencial	metassis	Escala Nominal
X35	Los médicos tienen poder económico	metecono	Escala Nominal
DEPARTAMENTO SUBCONTRATADOS			
X36	Farmacia	subfarma	Escala Nominal
X37	Quirófanos	subquiro	Escala Nominal
X38	Limpieza	sub netej	Escala Nominal
X39	Seguridad	subsegur	Escala Nominal
X40	Laboratorios	sublabor	Escala Nominal
X41	Contabilidad	subcompt	Escala Nominal
X42	Logística	sublogis	Escala Nominal
X43	Lavandería	subbugad	Escala Nominal
X44	Manutención	submanut	Escala Nominal
X45	Pruebas diagnósticas	subprobe	Escala Nominal
X46	Pediatría	subpedia	Escala Nominal
X47	Ginecología	subginec	Escala Nominal
X48	Motivos por los que se subcontrata	motiusub	Escala Nominal
X49	Hay algún departamento que se ha independizado	independ	Escala Nominal
X50	Tipo de departamentalización	departam	Escala Nominal
X51	Número de comisiones	Nºcomiss	Escala de razón
TOMA DE DECISIONES			
¿Quién forma parte de la Junta Facultativa?			
X52	Gerente	Fjgerent	Escala Nominal
X53	Director médico	Fjdirmed	Escala Nominal
X54	Director de Enfermería	jfdirenf	Escala Nominal
X55	Director de administración general	Jfadmgem	Escala Nominal
X56	Director de un servicio	Jfdirser	Escala Nominal
X57	Director de una sección	Jfdirsec	Escala Nominal
X58	Médico	Jfmetges	Escala Nominal
X59	Personal de enfermería	Jfperinf	Escala Nominal
X60	Personal no sanitario	Jfpnosan	Escala Nominal

X61	Internos	Jfintern	Escala Nominal
	¿Quién forma parte de la Junta Clínica?		
X62	Gerente	Fcgerent	Escala Nominal
X63	Director médico	Fcdirmed	Escala Nominal
X64	Director de Enfermería	jcdirinf	Escala Nominal
X65	Director de administración general	Jcdiradm	Escala Nominal
X66	Director de un servicio	Jcdirser	Escala Nominal
X67	Director de una sección	Jcdirsec	Escala Nominal
X68	Médico	Jcmetges	Escala Nominal
X69	Personal de enfermería	Jcperinf	Escala Nominal
X70	Personal no sanitario	Jcgnos	Escala Nominal
X71	Internos	Jcinteri	Escala Nominal
	¿Quién forma parte de la Comisión de Calidad?		
X72	Gerente	cqgerent	Escala Nominal
X73	Director médico	Cqdirmed	Escala Nominal
X74	Director de Enfermería	Cqdirinf	Escala Nominal
X75	Director de administración general	Cqdiradm	Escala Nominal
X76	Director de un servicio	Cqdirser	Escala Nominal
X77	Director de una sección	Cqdirsec	Escala Nominal
X78	Médico	Cqmetges	Escala Nominal
X79	Personal de enfermería	Cqperinf	Escala Nominal
X80	Personal no sanitario	cqpernos	Escala Nominal
X81	Internos	Cqinteri	Escala Nominal
	¿Quién forma parte de la Comisión de Docencia?		
X92	Gerente	cdgerent	Escala Nominal
X93	Director médico	Cddirmed	Escala Nominal
X94	Director de Enfermería	Cddirinf	Escala Nominal
X95	Director de administración general	Cddiradm	Escala Nominal
X96	Director de un servicio	Cddirser	Escala Nominal
X97	Director de una sección	Cddirsec	Escala Nominal
X98	Médico	Cdmetges	Escala Nominal
X99	Personal de enfermería	Cdperinf	Escala Nominal
X100	Personal no sanitario	cdpernos	Escala Nominal
X101	Internos	Cdinteri	Escala Nominal
	¿Quién forma parte de la Comisión Específica de cada servicio?		
X102	Gerente	Cegerent	Escala Nominal
X103	Director médico	Cedirmed	Escala Nominal
X104	Director de Enfermería	Cedirinf	Escala Nominal

X105	Director de administración general	Cediradm	Escala Nominal
X106	Director de un servicio	Cedirser	Escala Nominal
X107	Director de una sección	Cedirsec	Escala Nominal
X108	Médico	Cemetge	Escala Nominal
X109	Personal de enfermería	Ceperinf	Escala Nominal
X110	Personal no sanitario	Cepernos	Escala Nominal
X111	Internos	Ceinteri	Escala Nominal
X112	Perioricidad de reunión de JF	Periojf	Escala Nominal
X113	Perioricidad de reunión de JC	Periojc	Escala Nominal
X114	Perioricidad de reunión de la Comisión de Calidad	Periocq	Escala Nominal
X115	Perioricidad de reunión de la Comisión de Docencia	Periocd	Escala Nominal
X116	Perioricidad de reunión de las comisiones específicas de servicio	Perioce	Escala Nominal
X117	Existen comisiones asesoras ¿QUIÉN DECIDE SOBRE....	Eixcomas	Escala Nominal
X118	La creación de nuevos puestos de trabajo	d.nousll	Escala Nominal
X119	Despido de trabajadores	d.acomit	Escala Nominal
X120	Despido de supervisores	d.acomis	Escala Nominal
X121	Ascensos y promociones	d.ascens	Escala Nominal
X122	Número de supervisores	d.n°supe	Escala Nominal
X123	Existencia de asesores externos	d.exisas	Escala Nominal
X124	Variaciones en el sueldo de los trabajadores	d.varsou	Escala Nominal
X125	Variaciones en el sueldo de los asesores externos	d.varsex	Escala Nominal
X126	Métodos de formación	d.metfor	Escala Nominal
X127	Escoger los proveedores	d.provee	Escala Nominal
X128	Asignación de trabajo a los trabajadores	d.asstas	Escala Nominal
X129	Creación de nuevos servicios	d.nouser	Escala Nominal
X130	Compra de tecnología	d.comtec	Escala Nominal
X131	Selección del tipo de equipo que se ha de comprar o la marca del equipo	d.tiptec	Escala Nominal
X132	Horas extras	d.horext	Escala Nominal
X133	Jerarquización de trabajos	d.datest	Escala Nominal
X134	Relación con otras instituciones	d.relins	Escala Nominal
X135	Marketing del centro	d.mkt	Escala Nominal
X136	Quien controla	d.contro	Escala Nominal
X137	Quién planifica	d.planif	Escala Nominal
X138	Existen equipos de trabajo interdepartamentales	e.inerde	Escala Nominal

X139	Existen equipos de trabajo intradepartamentales DESCENTRALIZACIÓN DE UN SERVICIO	e.intrad	Escala Nominal
X140	Tienen presupuesto propio	press1	Escala Nominal
X141	Quién realiza este presupuesto	quipres1	Escala Nominal
X142	Quién aprueba el presupuesto	aproba1	Escala Nominal
X143	Cuántas personas o cargos hay entre la persona que lo realiza y quién lo aprueba	intermi1	Escala Nominal
X144	Se han de justificar los gastos	justif1	Escala Nominal
X145	Está relacionado el presupuesto con el nivel de actividad	pre.act1	Escala Nominal
X146	Se evalúa el rendimiento	evarend1	Escala Nominal
X147	Participa el servicio en la elección de criterios de medida del rendimiento	partic1	Escala Nominal
X148	Quién lo evalúa	quieval1	Escala Nominal
X149	Quién decide las trabajos a ejecutar los trabajadores del servicio	quitasq1	Escala Nominal
X150	Cada servicio puede crear plazas de trabajadores	places1	Escala Nominal
X151	Son ellos mismos quien proponen los candidatos	procand1	Escala Nominal
X152	Es el servicio quién escoge los criterios de elección de los nuevos lugares de trabajos	critsel1	Escala Nominal
X153	Es el servicio quién escoge al candidato	escull1	Escala Nominal
X154	Existen diferentes políticas de salarios dentro de un mismo servicio DESCENTRALIZACIÓN DE UNA SECCIÓN	difpol1	Escala Nominal
X155	Tienen presupuesto propio	press2	Escala Nominal
X156	Quién realiza este presupuesto	quipres2	Escala Nominal
X157	Quién aprueba el presupuesto	aproba2	Escala Nominal
X158	Cuántas personas o cargos hay entre la persona que lo realiza y quién lo aprueba	intermi2	Escala Nominal
X159	Se han de justificar los gastos	justif2	Escala Nominal
X160	Está relacionado el presupuesto con el nivel de actividad	pre.act2	Escala Nominal
X161	Se evalúa el rendimiento	evarend2	Escala Nominal
X162	Participa la sección en la elección de criterios de medida del rendimiento	partic2	Escala Nominal
X163	Quién lo evalúa	quieval2	Escala Nominal
X164	Quién decide las trabajos a ejecutar los trabajadores la sección	quitasq2	Escala Nominal

X165	Cada sección puede crear plazas de trabajadores	places2	Escala Nominal
X166	Son ellos mismos quien proponen los candidatos	procand2	Escala Nominal
X167	Es la sección quién escoge los criterios de elección de los nuevos lugares de trabajos	critsel2	Escala Nominal
X168	Es la sección quién escoge al candidato	escull2	Escala Nominal
X169	Existen diferentes políticas de salarios dentro de una misma sección	difpol2	Escala Nominal
DESCENTRALIZACIÓN DE SERVICIO Y SECCIONES			
X170	Tienen los servicios autonomía económica	autecser	Escala Nominal
X171	Tienen las secciones autonomía económica	autecsec	Escala Nominal
X172	Trabajan los servicios con objetivos concretos	obje.ser	Escala Nominal
X173	Trabajan las secciones con objetivos concretos	obje.secc	Escala Nominal
X174	Quién marca los objetivos	quiobj	Escala Nominal
X175	Horizonte temporal de los objetivos (servicios)	horitob1	Escala Nominal
X176	Horizonte temporal de los objetivos (secciones)	horitob2	Escala Nominal
X177	Los trabajadores tienen conocimiento por escrito	objescri	Escala Nominal
X178	Está el salario relacionado con los objetivos	sal.obj	Escala Nominal
Cada servicio			
X179	tiene libertad para organizarse	Lliborg1	Escala Nominal
X180	puede crear sus propias jerarquías	Crearje1	Escala Nominal
X181	crear su propia normativa interna	Crearno1	Escala Nominal
X182	tiene que pedir permiso para utilizar recursos de otro departamento	Permis1	Escala Nominal
Cada sección			
X183	tiene libertad para organizarse	Lliborg2	Escala Nominal
X183	puede crear sus propias jerarquías	Crearje2	Escala Nominal
X184	crear su propia normativa interna	Crearno2	Escala Nominal

X185	tiene que pedir permiso para utilizar recursos de otro departamento	Permis2	Escala Nominal
	Cada servicio tiene su		
X186	propia política de promoción interna	Polpro1	Escala Nominal
X187	propia política de incentivos	Polinc1	Escala Nominal
X188	propia política de formación	Polfor1	Escala Nominal
	Cada sección tiene su		
X189	propia política de promoción interna	Polpro2	Escala Nominal
X190	propia política de incentivos	Polinc2	Escala Nominal
X191	propia política de formación	Polfor2	Escala Nominal
	ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS		
X192	Número de camas en 1997	Llits97	Escala de razón
X193	Número de camas en 1998	Llits98	Escala de razón
X194	Número de camas en 1999	Llist99	Escala de razón
X195	Número de camas en 2000	Llist00	Escala de razón
X196	Número de médicos en 1997	Metges97	Escala de razón
X197	Número de médicos en 1998	Metges98	Escala de razón
X198	Número de médicos en 1999	Metges99	Escala de razón
X199	Número de médicos en 2000	Metges00	Escala de razón
X200	Número de personal de enfermería en 1997	Inferm97	Escala de razón
X201	Número de personal de enfermería en 1998	Inferm98	Escala de razón
X202	Número de personal de enfermería en 1999	Inferm99	Escala de razón
X203	Número de personal de enfermería en 2000	Inferm00	Escala de razón
X204	Resto de los trabajadores 1997	Resta97	Escala de razón
X205	Resto de los trabajadores 1998	Resta98	Escala de razón
X206	Resto de los trabajadores 1999	Resta99	Escala de razón
X207	Resto de los trabajadores 2000	Resta00	Escala de razón
X208	Estancia media 1997	Em97	Escala de razón
X209	Estancia media 1998	Em98	Escala de razón
X210	Estancia media 1999	Em99	Escala de razón
X211	Estancia media 2000	Em00	Escala de razón
X212	Número de estancias 1997	N°est97	Escala de razón
X213	Número de estancias 1998	N°est98	Escala de razón
X214	Número de estancias 1999	N°est99	Escala de razón
X215	Número de estancias 2000	N°est00	Escala de razón
X216	Número de altas 1997	N°alt97	Escala de razón
X217	Número de altas 1998	N°alt98	Escala de razón
X218	Número de altas 1999	N°alt99	Escala de razón

X219	Número de altas 2000	N°alt00	Escala de razón
X220	Número de ingresos 1997	N°ing97	Escala de razón
X221	Número de ingresos 1998	N°ingr98	Escala de razón
X222	Número de ingresos 1999	N°ingr99	Escala de razón
X223	Número de ingresos 2000	N°ingr00	Escala de razón
X224	Número de UBA's 1997	N°uba97	Escala de razón
X225	Número de UBA's 1998	N°uba98	Escala de razón
X226	Número de UBA's 1999	N°uba99	Escala de razón
X227	Número de UBA's 2000	N°uba00	Escala de razón
X228	Ingreso anual 1997	Ingre97	Escala de razón
X229	Ingreso anual 1998	Ingre98	Escala de razón
X230	Ingreso anual 1999	Ingre99	Escala de razón
X231	Ingreso anual 2000	Ingre00	Escala de razón
X232	% de ingreso que representa las UBA's 1997	Poruba97	Escala de razón
X233	% de ingreso que representa las UBA's 1998	Poruba98	Escala de razón
X234	% de ingreso que representa las UBA's 1999	Poruba99	Escala de razón
X235	% de ingreso que representa las UBA's 2000	Poruba00	Escala de razón
X236	Estancia esperada 1997	Eaf97	Escala de razón
X237	Estancia esperada 1998	Eaf98	Escala de razón
X238	Estancia esperada 1999	Eaf99	Escala de razón
X239	Estancia esperada 2000	Eaf00	Escala de razón
X240	UBA ambulatorias 1997	Ubamb97	Escala de razón
X241	UBA ambulatorias 1998	Ubamb98	Escala de razón
X242	UBA ambulatorias 1999	Ubamb99	Escala de razón
X243	UBA ambulatorias 2000	Ubamb00	Escala de razón
X244	Metros construidos 1997	m.97	Escala de razón
X245	Metros construidos 1998	m.98	Escala de razón
X246	Metros construidos 1999	m.99	Escala de razón
X247	Metros construidos 2000	m.00	Escala de razón
X248	Número de departamentos 1997	N°dep97	Escala de razón
X249	Número de departamentos 1998	N°dep98	Escala de razón
X250	Número de departamentos 1999	N°dep99	Escala de razón
X251	Número de departamentos 2000	N°dep00	Escala de razón
X252	Número de servicios 1997	N°serv97	Escala de razón
X253	Número de servicios 1998	N°ser98	Escala de razón
X254	Número de servicios 1999	N°ser99	Escala de razón
X255	Número de servicios 2000	N°ser00	Escala de razón
X256	Número de unidades médicas inferiores por debajo de los servicios 1997	N°secm97	Escala de razón

X257	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 1998	médicas de los	Nºsecm98	Escala de razón
X258	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 1999	médicas de los	Nºsecm99	Escala de razón
X259	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 2000	médicas de los	Nºsecm00	Escala de razón
X260	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 1997	médicas de los	Nºsecn97	Escala de razón
X261	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 1998	médicas de los	Nºsecn98	Escala de razón
X262	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 1999	médicas de los	Nºsecn99	Escala de razón
X263	Número de unidades inferiores por debajo de los servicios 2000	médicas de los	Nºsecn00	Escala de razón

Capítulo 9

Análisis de datos. Estudio descriptivo

310

9.1. Introducción.

Las tareas implícitas en el examen previo de los datos pueden parecer insignificantes y sin consecuencias a primera vista, pero son una parte esencial del análisis multivariante¹ (Hair, Anderson, Tatham, Black, 1999). Existen fundamentalmente cuatro fases distintas del examen de los datos:

- ☒ Examen gráfico de la naturaleza de las variables a analizar y las relaciones que forman las bases del análisis multivariante.

¹ Por análisis multivariante, en sentido amplio, se entiende todos los métodos o pruebas estadísticas que analizan simultáneamente medidas múltiples de cada individuo u objeto sometido a investigación (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999), aunque tiene sus raíces en la estadística univariante y bivariante. En este estudio se trabaja con 290 variables que dan lugar a que los análisis que se realicen sean mayoritariamente multivariantes.

- ☒ Un proceso de evaluación para entender el impacto que pueden tener los datos ausentes sobre el análisis, y una serie de alternativas para casos reiterados de ausencia de datos en el análisis.
- ☒ Las técnicas que mejor se ajustan para la identificación de casos atípicos (casos que por su singularidad pueden distorsionar las relaciones sobre una o más variables estudiadas) y
- ☒ Los métodos analíticos necesarios para evaluar adecuadamente la capacidad de los datos para cumplir los supuestos estadísticos específicos de muchas técnicas multivariantes.

Para realizar los análisis, tanto los previos como los que después se presentan, se ha utilizado de software el programa SPSS versión 10.0, tanto versión PC como versión Macintosh, realizando diferentes análisis previos a los propiamente multivariantes para el logro de los objetivos y de la contrastación de las hipótesis.

9.2. Estudio descriptivo de las variables contingentes

311

Realizando un primer estudio descriptivo, univariante y bivariante, de las variables contingentes más importantes utilizadas en el trabajo empírico obtenemos unas conclusiones previas. Este tipo de análisis es útil para tener una primera impresión sobre la tendencia de los resultados y en nuestro caso, describir cómo se encuentra el sector hospitalario catalán. También se estudia la relación que existen entre estas variables, mediante una serie de contrastes de hipótesis.

El tipo de método de análisis o contraste a aplicar dependerá del tipo de variable que estemos analizando y más concretamente de la escala en la que haya sido medida dicha variable, cuantitativa o cualitativa.

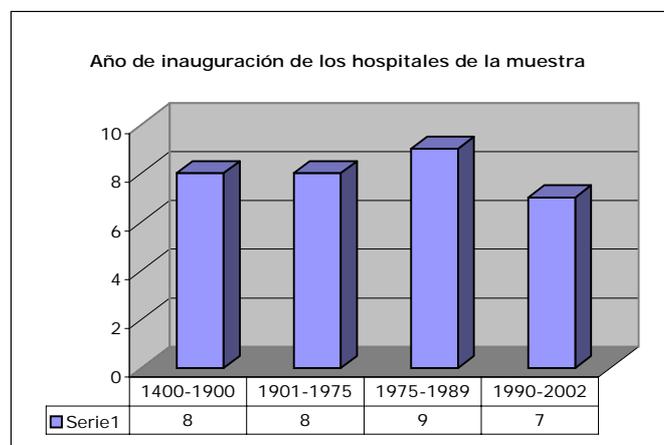
9.2.1. Año de inauguración del hospital y último cambio de la forma jurídica

La primera variable de estudio ha sido el **Año de inauguración del hospital**. El objetivo de esta variable es estudiar la antigüedad de la red de hospitales catalanes y observar su formación. Es importante para la investigación por el hecho de observar si organizativamente estamos hablando de organizaciones jóvenes o de instituciones creadas hace ya muchos años, incluso siglos.

Los datos obtenidos de esta pregunta nos describen un mapa "generacional" como se muestra en el gráfico 9.1, dónde se observa que el

50% de la muestra, los dos primeros cuartiles, han sido creados con anterioridad a 1975 y el 25% creados con anterioridad al 1990, por tanto nos encontramos delante de un sector maduro con el 50% de organizaciones creadas con anterioridad a la etapa democrática del país que para adaptarse al nuevo entorno han tenido que modificar su estructura. Es por esta razón que la siguiente variable a estudiar es el último cambio de forma jurídica (ya que como hemos visto anteriormente afecta a los resultados de la organización).

Gráfico 9.1. Año de inauguración de los hospitales objeto de estudio



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la investigación de campo

Nos gustaría remarcar que los intervalos, en los cuales ha sido dividido este análisis, se han definido con criterios de la autora siguiendo una línea de acontecimientos históricos, sin ningún criterio de tipo organizativo.

Evidentemente la siguiente variable que queremos analizar se refiere a **los cambios en la forma jurídica de los hospitales catalanes**. Pensamos que debe ser tomada en cuenta ya que la forma jurídica está relacionada con el modo de organizar, y por tanto refleja un determinado nivel de descentralización.

Tabla 9.1: Hospitales que han cambiado su forma jurídica

Sí	16	48,5 %
No	17	51,5%

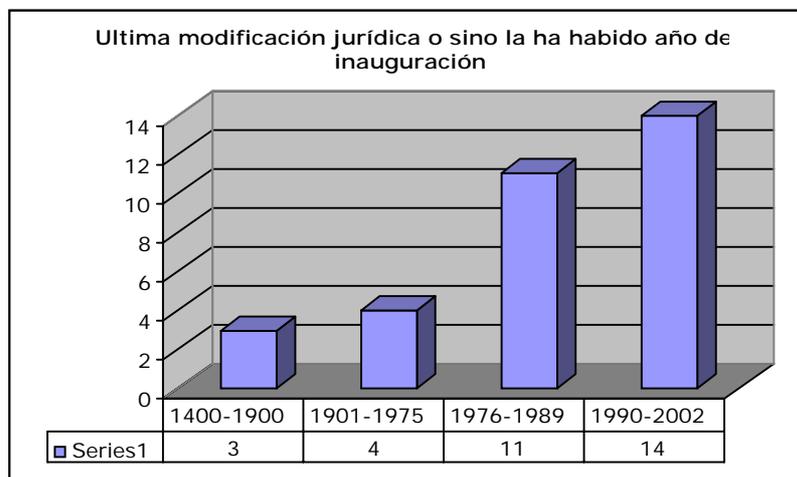
Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la investigación de campo

Teniendo en cuenta los datos presentados en la Tabla 9.1, podemos observar como el 51,5 % de la muestra no han cambiado su forma jurídica

en los últimos años, lo que significa que la organización está encorsetada por una forma jurídica poco adaptada, que desde luego no se caracteriza por favorecer la descentralización. Este hecho puede significar unas limitaciones a la hora de plantearse realizar cambios en los niveles de descentralización y pensar en organizaciones más flexibles, modernas y actuales.

Si presentamos el mismo gráfico que el presentado para la antigüedad de los hospitales pero tomando la fecha en la que se formaliza la forma jurídica vigente en la actualidad², obtenemos el siguiente gráfico:

Gráfico 9.2: Año de la última modificación de la forma jurídica de la población



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la investigación de campo

Se observa cómo del total, el 78,13% de los casos han sufrido un cambio de forma jurídica, ya sea propiamente cambio o creación, en los últimos 25 años, aspecto que ha podido permitir que cada institución pudiera crear un marco más favorable a innovaciones organizativas.

Por lo tanto la primera variable contingente que es la edad de la organización afirmamos que estamos delante de un sector maduro, pero que en los últimos 15 años ha adoptado ciertos cambios jurídicos para poder evolucionar y adaptarse a los nuevos entornos y exigencias de los usuarios.

² Si no han contestado a esta pregunta se ha cogido la fecha de inauguración, es decir quedarnos con el último cambio de forma jurídica

9.2.2. Antigüedad del director en el cargo

La tercera variable contingente estudiada ha sido la **Antigüedad del director en el cargo**. El objetivo de esta variable es comprobar como directores que llevan más tiempo en el mismo cargo, son personas que conocen más la organización y son capaces de formar un equipo al que delegar funciones y por tanto pueden llevar a cabo un mayor nivel de descentralización.

Los estadísticos descriptivos de esta variable reflejan que la media de permanencia del director en su cargo es de 4,84 años, la mediana es de 3 años, con una desviación estándar de 4,99. Si cruzamos estos datos buscando si existe diferencia entre hospitales según la propiedad (públicos o privados) como se refleja en la tabla 9.2.

Tabla 9.2. Antigüedad media del director en su cargo según la propiedad del centro

Pública	Media	3,51
	Mediana	2,25
	Desviación estándar	3,273
Privada	Media	7,79
	Mediana	5,50
	Desviación estándar	6,839

314

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

El lector puede observar que las medias de antigüedad de los directores de los dos grupos de hospitales, públicos o privados, son completamente diferentes (3,5 versus 7,79 años). Aun siendo una diferencia tan notable y, considerarla como significativa, vamos a realizar un contraste de hipótesis para comprobar si la diferencia es estadísticamente significativa o se trata de una diferencia debida al azar, ya que la desviación estándar de cada una de ellas es muy elevada.

El contraste es el siguiente:

H0: las medias son iguales o corresponden a la misma población

H1: las medias son diferentes o corresponden a población diferentes

Realizando un contraste de t para muestras independientes y un análisis de ANOVA (variable dependiente la antigüedad y variable independiente la

propiedad del centro), se obtiene que se rechaza la hipótesis nula (estadístico t igual a 2.417 con una significación del 0.02 y una F del 5.848 con una significación del 0.022) y por tanto se puede concluir que existe una diferencia significativa (no debida al azar) entre la antigüedad del directivo de centros públicos y privados.

Esta característica puede significar que al no haber continuidad en los centros públicos sea más complicado que el gerente cree su propio equipo de trabajo y por tanto sea más receloso a la hora de delegar y puede ser posible que el grado de descentralización sea menor.

9.2.3. Tipología de los hospitales

Respecto a la cuarta variable de **Tipología de hospitales**, se ha utilizado la clasificación que de ellos realiza el propio Servei Català de la Salut (SCS) y cada centro conoce. Esta tipología lleva asociados aspectos relacionados con el tamaño, el ámbito de referencia de los pacientes y gravedad de enfermedades.

Cada hospital solo puede estar en una categoría ya que son excluyentes entre ellos. Los diferentes ítem son:

- Nivel A: hospital general básico
- Nivel B: Hospital de referencia de una área de población de 400.000 habitantes.
- Nivel B/C no universitario
- Nivel B/C universitario
- Nivel C no universitario: hospital de referencia para una área de población de 1.500.000 habitantes
- Nivel C universitario: hospital de referencia para una área de población de 1.500.000 habitantes

Los resultados han sido los siguientes:

Tabla 9.4: Tipología de hospitales

	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Nivel A</i>	51,5%	51,5%
<i>Nivel B</i>	15,2%	66,7%
<i>Nivel B/C no universitario</i>	9,1%	75,8%
<i>Nivel B/C universitario</i>	12,1%	87,9%
<i>Nivel C no universitario</i>	3,0%	90,9%

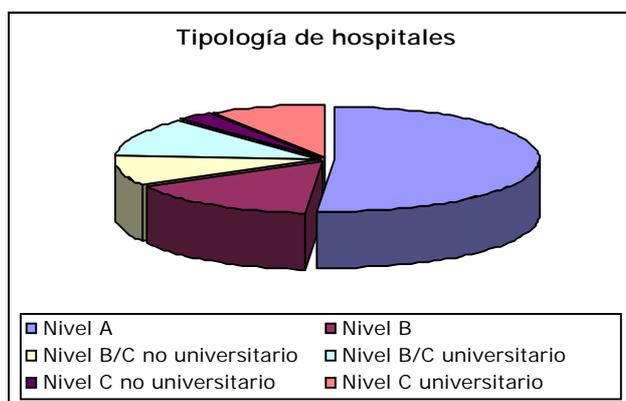
Nivel C universitario	9,1%	100,0%
Total	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Esta descripción en la tipología de hospitales de la muestra es similar a la proporción que mantiene la población total de la investigación y se explica por las medidas de descentralización territorial que se está siguiendo en la política sanitaria catalana.

Si presentamos los mismos datos pero a través de un gráfico pastel el resultado sería el siguiente:

Gráfico 9.1.: Tipología de hospitales



Fuente: Elaboración propia

9.2.4. Propiedad de los centros

La siguiente variable de estudio es **La propiedad de los centros**. Esta variable se incluyó, entre otros motivos, en el estudio para comprobar si el porcentaje de centros privados y públicos del modelo sanitario catalán seguía siendo tan característico en comparación a otras comunidades españolas.

La respuesta de los gerentes de los centros ha sido la siguiente:

Tabla 9.4: Propiedad del centro

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pública	66,7%	66,7%
Privada	33,3%	100,0%

Total	100,0%
-------	--------

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

En esta tabla podemos observar como un elevado porcentaje de los centros (un 66,67%) son de propiedad pública y el 33,33% restante son centros privados. Esta afirmación no contradice la característica del modelo catalán, sino que especifica que el dinero para crear la gran mayoría de centros hospitalarios proviene del sector público aunque no tiene porque ser de la Seguridad Social ni del Ministerio de Sanidad, como se comprobará en la siguiente variable del estudio³.

Para finalizar con esta variable se ha estudiado su relación con el resto de variables contingentes mediante un contraste de hipótesis de la chi-cuadrado, observando que la única relación significativa que tenemos es con la variable tipo de centro (aspecto que está comentado en el siguiente punto).

9.2.5. Tipo de centro

317

La siguiente variable a estudiar es el **Tipo de centro**. Se trata de otra variable por categorías que han incluido todo el amplio abanico de posibilidades existentes hoy en día en el sector⁴, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 9.5: Tipos de centros

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ICS	12,1	12,1
Público no ICS	48,5	60,6
Fundación	27,3	87,9
Otros	12,1	100,0
Total	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Con esta tabla se puede entender la afirmación que anteriormente quedaba un poco en el aire. El 60,6% de los centros hospitalarios que forman parte

³ El modelo catalán de sanidad basaba su creación y formación en que un alto porcentaje de los centros hospitalarios existentes en el momento no eran propiedad de la Seguridad Social y es a partir de ahí donde se crea la XHUP

⁴ Estas categorías han sido validadas en la primera fase del estudio por los expertos contactados en el pretest de la encuesta.

de la XHUP son de propiedad pública (anteriormente el 66,6% ya que dos fundaciones son de propiedad pública) pero sólo el 12,1% son propiedad del ICS (que era la antigua Seguridad Social) y esto sí que es una de las características del modelo sanitario catalán.

Otro aspecto a remarcar de esta tabla es el hecho de que una cuarta parte de los centros (un 27,3%) se catalogan como Fundaciones, aun teniendo en cuenta que hace poco tiempo que entró en vigor la Ley sobre fundaciones.

El 12,1% de centros que se han declarado como "Otros" hace referencia a centros que son o Sociedades Limitadas o centros de propiedad eclesiástica,....

Si estudiamos la relación que existe entre la tipología de hospitales y cualquiera de las otras variables contingentes, mediante un análisis de la chi-cuadrado, afirmamos que la única relación existente con la variable que estamos estudiando, la tipología de hospitales, es con la propiedad de los centros, como podemos observar en la tabla 9.4.

Tabla 9.6. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,000	3	,000
Razón de verosimilitud	32,475	3	,000
Asociación lineal por lineal	20,792	1	,000
N de casos válidos	33		

Fuente: Elaboración propia

La relación entre estas dos variables es fácilmente explicable porque el pertenecer o no a una tipología de hospital indirectamente nos está explicando la característica de la propiedad. Con este contraste reafirmamos aspectos ya conocidos:

- ↳ que todos los hospitales que pertenecen al ICS, son de propiedad pública, como ya se ha comentado a lo largo de la investigación, se trata de los hospitales que formaban parte de la Seguridad Social.
- ↳ La tipología de "públicos pero no del ICS", directamente nos está dando su relación con la propiedad
- ↳ El 22,2% de las fundaciones hospitalarias catalanas, según los datos obtenidos, son de propiedad pública mientras el 77,8% lo son de privadas.

- ↪ Y por último, la tipología de otros, están caracterizados por pertenecer todos al ámbito privado de la propiedad ya que como hemos visto se trata de todos aquellos hospitales que son sociedades mercantiles, o pertenecientes a otros grupos sociales de ámbito privado.

9.2.6. La estrategia: el perfil de los clientes

Una vez descritas las variables que se han utilizado para ver el tipo de centros hospitalarios más relevantes con los que se va a realizar la investigación, consideramos oportuno ver qué tipología de usuarios pueden atender. Para poder estudiar la estrategia de los hospitales catalanes únicamente hemos podido utilizar dos variables:

- El tipo de cliente que han tenido en el último año y,
- El tipo de cliente potencial que podría tener cada centro.

El objetivo es describir si los hospitales catalanes de la XHUP, siguen una estrategia más ligada a conseguir clientes de ámbito privado o de ámbito público. Por lo tanto la finalidad última es comprobar si existen diferencias en el grado de descentralización de los hospitales teniendo en cuenta su público objetivo⁵. Para ello preguntamos por el **perfil de los clientes que tuvieron el año pasado y el perfil del cliente potencial** que podrían tener, y el resultado es el siguiente:

Tabla 9.7: Perfil de los usuarios atendidos del pasado año

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Entre 30 y 70% usuarios provinientes de la sanidad pública ⁶	3,0%	3,0%
Entre 70 y 90% usuarios provinientes de la sanidad pública	18,2%	21,2%
Más del 90% usuarios provinientes de la sanidad pública	78,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos*

⁵ Triadó, X, 2002, *La doble cobertura sanitaria: un análisis de las preferencias y oportunidades del mercado*. Comunicación presentada en la Asociación de Economía de la Salud. Pamplona.

⁶ No se ha pregunta por menos del 30% de usuarios provenientes de la sanidad pública ya que es imposible que exista.

Tabla 9.8: Perfil de los usuarios potenciales

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Únicamente del SCS	3,0%	3,0%
SCS/Mutuas privadas	12,1%	15,2%
Todos	84,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos*

Observando estas dos tablas rápidamente podemos observar como el 84,8% de todos los centros pueden tener todo tipo de usuarios potenciales, pero que el 78,8% de los hospitales tienen unos pacientes que provienen de la sanidad pública. Por tanto la mayoría de los usuarios son públicos. Esto significa que la gran parte de la financiación de estos centros es pública, es decir provienen del presupuesto público de SCS y siguen una estrategia de clientes públicos.

9.2.7. El entorno

320

Junto con estas variables externas de perfiles de clientes, también se ha preguntado sobre cómo los gerentes creen que es el entorno específico⁷ que rodea a sus instituciones. Para ello se ha preguntado por:

- ☞ la estabilidad del sector tanto económica como tecnológica, obteniendo la variable *estabilidad del entorno económico y estabilidad del entorno tecnológico*.
- ☞ la evolución de la exigencia de los clientes o usuarios, obteniendo la variable *exigencia de los usuarios*.
- ☞ la evolución de las restricciones legales, políticas y económicas, obteniendo la variable *aumento en las restricciones*.
- ☞ la frecuencia de surgir nuevas innovaciones tecnológicas, obteniendo la variable *aumento de las innovaciones tecnológicas*.

Las respuestas a estas preguntas se resumen en la tabla 9.8, al ser variables cuantitativas se han realizado análisis descriptivos. Se han utilizado como escala de respuesta la escala de Likert de 1 a 7, siendo un 1

⁷ Entendemos por entorno específico aquel entorno que todas las organizaciones del mismo sector tienen el mismo.

un carácter estable y 7 una característica nada estable, es decir, totalmente dinámica.

Tabla 9.9: Análisis descriptivo de la percepción del gerente del entorno específico

	Media	Desviación Estándar	Coeficiente de simetría ⁸		Coeficiente de apuntalamiento ⁹	
			Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
Estabilidad del Entorno Económico	3,24	1,48	,786	,409	,070	,798
Estabilidad del Entorno Tecnológico	5,39	1,22	-,720	,409	,503	,798
Exigencia de los usuarios	5,52	,71	-,056	,409	-,072	,798
Aumento en las restricciones	5,33	1,38	-,797	,409	,273	,798
Aumento de las Innovaciones tecnológicas	5,82	1,31	-,797	,409	-,615	,798

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Analizando la media de cada uno de los ítems, los gerentes consideran que excepto la estabilidad del entorno económico (que es la que consideran más estable, 3,24 sobre 7) el resto de ítems son muy dinámicos y con cambios rápidos. Lo que podemos concluir que consideran que están en un entorno dinámico, complejo, con cambios rápidos tanto tecnológicamente como legalmente y también que sus clientes se han vuelto más exigentes sin embargo su presupuesto económico sigue siendo estable o como mínimo no consideran que aumente en la misma velocidad que lo hace el resto de los ítems. Es decir si observan como su entorno evoluciona y cambia rápidamente pero el presupuesto o su financiación no cambia en la misma dirección (sigue siendo estable) y no permitiendo adaptarse a la flexibilidad que se les exige desde el entorno.

Respecto al ítem de la Estabilidad económica también hay que resaltar que casi 70% de los gerentes lo hayan clasificado en 3 o por debajo de 3 en una escala de Likert.

⁸ "Skewness", indica si el número de observaciones o respuestas que haya a ambos lados del centro de la distribución son iguales, en cuyo caso la distribución será simétrica, o si por el contrario no lo son, en cuyo caso será asimétrica.

⁹ "Kurtosis", indica el grado de concentración de las respuestas; cercano a cero significa que la altura de la distribución de las respuestas es similar a la de una distribución normal.

En estas variables al ser cuantitativas nos han permitido estudiar el coeficiente de simetría y de apuntalamiento de cada una de ellas. Sus resultados indican que existe una simetría en las respuestas de los gerentes y un alto grado de concentración en las respuestas de los gerentes, por tanto podemos afirmar que existe un elevado grado de coincidencia en sus respuestas, se trata de una percepción propia de todo el sector y no es el resultado de opiniones extremistas.

9.2.8 Los sistemas de información

Para analizar el nivel de utilización de los sistemas de información para la gestión de un hospital, se preguntó por **la existencia de intranet en cada institución y si cada trabajador dispone de dirección de correo electrónico interno.**

El objetivo de la pregunta es averiguar el posible uso que se hace en cada organización de los sistemas de información. El hecho de la existencia o no de intranet puede suponer que la coordinación entre los trabajadores, niveles y departamentos sea más fácil y por tanto como la descentralización tiene el principal problema de la coordinación, ésta podría ser una medida eficaz para minimizar este problema de la descentralización.

En un primer momento hay datos alentadores ya que el 75,8% de los centros disponen de intranet para comunicaciones internas que fomentan la coordinación; sin embargo únicamente el 39,8% de ellos disponen de dirección personal para cada empleado, con lo cual nos lleva a pensar que disponen de sistemas de información, en este caso intranet, para coordinar actividades (como por ejemplos visitas externas) pero que en el ámbito organizativo no se utiliza como apoyo para la coordinación.

Tabla 9.10: Dispone el centro de intranet

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	24,2	24,2
Sí	75,8	100,0
Total	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

9.2.9. Tamaño del hospital y tamaño organizacional

El factor contingente por excelencia, el tamaño, ha sido medido a través de diferentes variables, que se han expuesto en el capítulo 7. Los datos más importantes son los que se muestran a continuación:

Tabla 9.11. Descripción del tamaño y dimensión de los hospitales

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Número de camas	30	1396	260,12	286,21
Número de médicos	20,45	1248	187,29	265,31
Número de enfermeros	23	2919	438,89	628,58
Resto de trabajadores	29,02	1647	250,49	366,64
<i>Total trabajadores</i>	<i>72,47</i>	<i>5814</i>	<i>888,17</i>	<i>1260,05</i>
Número de estancias anual	22723	336783	87401,57	91841,09
Número de altas	4146	34065	11930,35	9755,97
Metros cuadrados	2100	180992	29793,91	42518,89

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

323

Lo que respecta el tamaño de la dimensión física de los diferentes centros que forman la XHUP en Cataluña podemos observar que hay desde centros pequeños de 30 plazas, hasta grandes organizaciones que tiene la posibilidad de tener 1.396 camas. Igual que pasa con el número de camas también nos ocurre con los metros cuadrados de los centros, con el número de personal. Se trata de cuatro variables que se encuentran altamente correlacionadas positivamente entre ellas, como se muestra en la tabla 9.11.

Tabla 9.12. Correlación entre tamaño y personal

		M2	Total trabajador	Enfermeros	Médicos	Nº camas
m2	Correlación de Pearson	1	0,924	0,7528	0,8393	0,899
	Significac.	.	,000	,000	,000	,000
Total trabajador	Correlación de Pearson	0,924	1	0,9248	0,968	0,970
	Significac.	,000	.	,000	,000	,000
Enfermeros	Correlación de Pearson	0,752	0,924	1	0,983	0,904
	Significac.	,000	,000	.	,000	,000
Médicos	Correlación de Pearson	0,839	0,969	0,983	1	0,950
	Significac.	,000	,000	,000	.	,000
Llits 00	Correlación de Pearson	0,899	0,970	0,904	0,950	1
	Significac.	,000	,000	,000	,000	.

Significac.	,000	,000	,000	,000	.
-------------	------	------	------	------	---

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

De este análisis se desprende que la utilización de cualquiera de estas variables es correcta para la medición del tamaño o dimensión de la organización.

Respecto al **tamaño organizacional**, a continuación presentamos la tabla 9.12, dónde podemos comprobar como no existe una homogeneidad clara en las unidades organizativas de los hospitales, excepto en el nivel jerárquico de los servicios. No existe unanimidad, no ya en los objetivos o funciones, sino en algo tan básico como la existencia o no de los órganos o niveles jerárquicos, así estudiamos los niveles jerárquicos y observamos que en el 78,1% de los hospitales existe Junta Facultativa y en cambio la Junta Clínica sólo en el 62,5% de los casos. El nivel jerárquico de los servicios, es el único que existe en todos los casos, pero no pasa lo mismo en las secciones ni en los departamentos¹⁰, ya que depende de la organización elegida por cada centro.

Tabla 9.13. Elementos organizativos de un hospital

	Si	No
Existe Junta facultativa	78,1%	21,9%
Existe Junta clínica	62,5%	37,5%
Existen departamentos	15,2%	84,8%
Existen los servicios	100%	0
Existen secciones	63,6%	36,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Analizando el órgano jerárquico común a todos ellos, el servicio, la media de unidades de servicios que existen en los hospitales es de 21,55 (mínimo 3 y máximo de 67) con una desviación típica de 16,70 y en cambio para las secciones es de 38,46 (con un mínimo de 0 y un máximo de 192) y su desviación típica es de 58,32, comprobamos que, aunque existe el nivel jerárquico como tal, existen grandes diferencias entre la población de estudio.

Por último, se ha analizado la correlación entre el número de servicios y secciones con el tamaño del hospital (tabla 9.13) existiendo una correlación positiva entre el tamaño de dimensión y el organizacional. A mayor tamaño del hospital, mayor número de servicios y secciones. Afirmación lógica que

¹⁰ Recordamos que la organización de un hospital: un departamento engloba diferentes servicios y un servicios engloba a diferentes secciones.

por otra parte no se cumple con el número de departamentos (unidad organizativa mayor a las otras dos, que menos se utiliza). Evidentemente no hay que sorprenderse al comprobar que también existe la correlación positiva entre número de servicios con número de secciones (tabla 9.13). Por lo tanto, consideramos todas variables óptimas de medida del tamaño.

Dentro del estudio del tamaño organizacional se ha estudiado sobre la **evolución de los niveles jerárquicos** en cada uno de los hospitales, obteniendo la siguiente respuesta: la gran mayoría de hospital (el 69%) no han variado el número de niveles jerárquicos, es decir no han aplicado cambios organizativos ni de reducción de niveles (aplanamientos) ni de aumentos. El 6,9% han disminuido el número de niveles jerárquicos en dos niveles, y el 13,8% lo ha disminuido en un nivel. Sin embargo, existe un 3,4% que ha aumentado en uno su nivel y el mismo porcentaje que lo ha aumentado en 2 y en 3 niveles.

Se han buscado características comunes a los hospitales que han disminuido sus niveles jerárquicos pero no se han encontrado características comunes a ninguno de ellos (ni por tamaño, ni por propiedad, ni por estrategia, ni según el entorno,...); aspecto que se explica ya que ningún factor contingente es explicativo o característico por encima de otro.

Tabla 9.14. Correlación entre tamaño de los hospitales y número de unidades organizativas

		Nº de camas	Nº de médicos	Nº enfermeros	Resto de trabajador	m2	Nº departamen.	Nº servicios	Nº secciones médicas	Nº secciones no médicas
Nº camas	Correlación de Pearson	1	0,950	0,904	0,971	0,899	0,431	0,769	0,835	0,862
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,468	,000	,000	,000
Nº médicos	Correlación de Pearson	0,950	1	0,983	0,970	0,839	0,255	0,815	0,938	0,850
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	0,745	,000	,000	,015
Nº enfermeros	Correlación de Pearson	0,904	0,983	1	0,924	0,752	0,251	0,816	0,981	0,875
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	0,749	,000	,000	,010
Resto trabajadores	Correlación de Pearson	0,971	0,970	0,924	1	0,924	0,542	0,788	0,852	0,881
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	0,457	,000	,000	0,008
M2	Correlación de Pearson	0,899	0,839	0,752	0,924	1	0,834	0,673	0,617	0,893
	Sig. (bilateral)	v	,000	,000	,000	.	0,079	0,002	0,024	0,006
Nº de departament	Correlación de Pearson	0,431	0,255	0,251	0,542	0,834	1	-0,114	0,314	0,950
	Sig. (bilateral)	0,468	0,744	0,748	0,457	0,079	.	0,854	0,605	0,200
Nº de servicios	Correlación de Pearson	0,770	0,815	0,816	0,788	0,673	-0,114	1	0,715	0,586
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	0,002	0,854	.	0,006	0,165
Nº secciones médicas	Correlación de Pearson	0,835	0,939	0,981	0,852	0,618	0,315	0,715	1	0,883
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	0,024	0,605	0,006	.	0,008
Nº secciones no médicas	Correlación de Pearson	0,863	0,850	0,875	0,881	0,893	0,950	0,586	0,883	1
	Sig. (bilateral)	0,012	0,015	0,009	0,008	0,006	0,200	0,165	0,008	.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Tabla 9.15. Correlaciones entre las variables contingentes excepto el tamaño

		Antigüedad del director	Clasificación	Propiedad	Tipología	Usuarios pasado	Usuarios potenciales	Entorno Económico	Entorno Tecnológico	Exigencia de los usuarios	Aumento en el restricciones	Innovaciones tecnológicas	Existe intranet	Tienen dirección personal
Antigüedad del director	Correlación de Pearson	1,000	-,173	,404	,369	-,052	-,316	-,022	,011	,140	,179	-,114	,197	-,341
	Sig. (bilateral)	,	,343	,022	,038	,776	,078	,907	,951	,443	,326	,534	,279	,076
Clasificación	Correlación de Pearson	-,173	1,000	,081	,037	-,060	,046	,007	,201	-,002	-,042	,268	,109	,304
	Sig. (bilateral)	,343	,	,654	,839	,741	,801	,968	,263	,989	,816	,131	,544	,109
Propiedad	Correlación de Pearson	,404	,081	1,000	,806	-,434	,000	,059	,196	,031	,063	-,050	,100	-,362
	Sig. (bilateral)	,022	,654	,	,000	,012	1,000	,745	,275	,866	,728	,783	,580	,054
Tipología	Correlación de Pearson	,369	,037	,806	1,000	-,349	-,050	-,004	,056	,066	,096	-,045	,013	-,385
	Sig. (bilateral)	,038	,839	,000	,	,046	,784	,984	,759	,714	,596	,803	,945	,039
Usuarios pasados	Correlación de Pearson	-,052	-,060	-,434	-,349	1,000	-,195	-,171	,110	,011	,030	,216	,009	,295
	Sig. (bilateral)	,776	,741	,012	,046	,	,277	,342	,544	,953	,868	,227	,962	,120
Usuarios potenciales	Correlación de Pearson	-,316	,046	,000	-,050	-,195	1,000	,248	,130	,103	,000	,098	,084	,187
	Sig. (bilateral)	,078	,801	1,000	,784	,277	,	,164	,471	,568	1,000	,587	,641	,331
Entorno Económico	Correlación de Pearson	-,022	,007	,059	-,004	-,171	,248	1,000	,274	,471	,142	,217	-,100	-,368
	Sig. (bilateral)	,907	,968	,745	,984	,342	,164	,	,123	,006	,429	,225	,580	,049
Entorno Tecnológico	Correlación de Pearson	,011	,201	,196	,056	,110	,130	,274	1,000	,334	,160	,729	,126	,141
	Sig. (bilateral)	,951	,263	,275	,759	,544	,471	,123	,	,058	,374	,000	,484	,466
Exigencia de los usuarios	Correlación de Pearson	,140	-,002	,031	,066	,011	,103	,471	,334	1,000	,264	,271	,012	-,218
	Sig. (bilateral)	,443	,989	,866	,714	,953	,568	,006	,058	,	,138	,127	,946	,257
Aumento en restricciones	Correlación de Pearson	,179	-,042	,063	,096	,030	,000	,142	,160	,264	1,000	,276	,190	,055

Innovación. tecnológicas	Sig. (bilateral)	,326	,816	,728	,596	,868	1,000	,429	,374	,138	,	,120	,289	,777
	Correlación de Pearson	-,114	,268	-,050	-,045	,216	,098	,217	,729	,271	,276	1,000	,304	,232
Existe intranet	Sig. (bilateral)	,534	,131	,783	,803	,227	,587	,225	,000	,127	,120	,	,085	,225
	Correlación de Pearson	,197	,109	,100	,013	,009	,084	-,100	,126	,012	,190	,304	1,000	,159
Tienen dirección personal	Sig. (bilateral)	,279	,544	,580	,945	,962	,641	,580	,484	,946	,289	,085	,	,409
	Correlación de Pearson	-,341	,304	-,362	-,385	,295	,187	-,368	,141	-,218	,055	,232	,159	1,000
	Sig. (bilateral)	,076	,109	,054	,039	,120	,331	,049	,466	,257	,777	,225	,409	,

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Para finalizar este apartado se ha realizado un estudio de correlación entre todas las variables que se han tomado como factores contingentes (tabla 9.14) y por tanto futuros aspectos a tener en cuenta a la hora de diseñar la estructura organizativa de los hospitales. Comprobamos como las relaciones significativas que existen (están indicadas ya que están subrayadas en amarillo) son aspectos que anteriormente ya habían surgido. Resumiendo los datos anteriores:

Antigüedad del director	↔	Propiedad	+
	↔	Tipología	+
Propiedad	↔	Estrategia	-
Tipología	↔	Estrategia	-
	↔	Sistemas de información	-
Entorno Económico	↔	Exigencia de los usuarios	+
		Sistemas informáticos	-
Entorno Tecnológico	↔	Innovaciones tecnológicas	+

Fuente: Elaboración propia

Los datos no permiten extraer las conclusiones esperadas ni datos concluyentes, pero si describen la realidad del sector hospitalario catalán y nos permite prever conclusiones con la relación de cada variable y la descentralización.

9.3.3. Organización hospitalaria: el poder asistencial y económico dentro de un hospital

La orden 16 de mayo de 1990 regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en Cataluña. Esta orden nos dibuja el organigrama estándar e indica las funciones de cada uno de los diferentes niveles jerárquicos que nos podemos encontrar en un hospital catalán. Es a partir de esta orden y de la orden de 7 de julio de 1972, Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que todavía está vigente que se han extraído la información para elaborar este apartado.

En base a esta legislación¹¹ se preguntó a los gerentes de los hospitales por el poder y el tipo de poder de los diferentes niveles jerárquicos que podían existir en un centro hospitalario¹², obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 9.16: Porcentaje de órganos que tienen poder asistencial y económico

	Posee poder asistencial	Posee poder económico
Junta Facultativa	73,913%	0%
Junta Clínica	42,857%	9,524%
Dirección médica	100%	78,125%
Dirección de enfermería	90,323%	64,516%
Dirección de servicio	87,097%	41,935%
Dirección de secciones	59,259%	15,385%
Comisión de un servicio	48,148%	0%
Comisión de una sección	20,833%	0%
Médicos	83,33%	16,667%

Fuente: Elaboración propia realizada de los datos extraídos del trabajo de campo

A continuación pasamos a analizar cada uno de los diferentes niveles jerárquicos.

De los resultados obtenidos podemos manifestar que la Junta Facultativa¹³ es un órgano que únicamente tiene poder asistencial (en ningún caso tiene poder económico), y en cambio la Junta Clínica tiene un porcentaje de casos poder asistencial más reducido pero sin embargo en un 9,524% de los casos tiene poder económico. De este primer análisis llegamos a la conclusión de que desde dirección se ha delegado bastantes aspectos asistenciales en la Junta Facultativa, pero no pueden tocar nada de dinero, con lo cual nos lleva a pensar que estamos en un primer paso de la descentralización (se delegan actividades, asistenciales en este caso, pero sin poder tocar ningún aspecto relacionado con dinero), por lo tanto se trata de una descentralización muy parcial incluso poco realista.

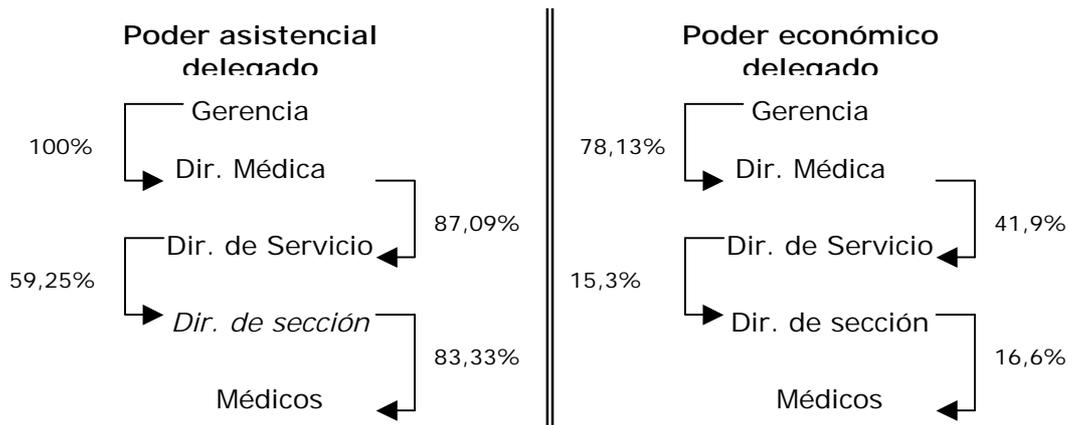
¹¹ Como hemos visto la organización de los centros hospitalarios se encuentra regulada. Sin embargo, a través de conversaciones mantenidas con profesionales pertenecientes a estas organizaciones se comprueba la existencia de diferentes formas de organización y diferentes grados de desarrollo organizativo. Y estas diferencias son las que se han intentado recoger en un apartado del cuestionario y cuyos resultados se quieren presentar en este apartado.

¹² Estas preguntas dan lugar a las variables numeradas de la 17 a la 35.

¹³ Según el art.41 de la orden de 7 de julio de 1972, publicada en el Boe nº172, de 19 de julio de 1972, las Juntas Facultativas son Órganos Colegiados de Asesoramiento, consulta e información de la Dirección de la Institución.

Respecto al resto de unidades jerárquicas, como se trata de niveles que disminuyen uno tras otro en el organigrama, se ha dibujado un esquema de un organigrama estándar de un centro hospitalario para analizar el porcentaje de casos que tienen poder asistencial y económico:

Figura 9.1. Distribución del poder asistencial y económico de los diferentes niveles jerárquicos del hospital



Fuente: Elaboración propia

Como se puede comprobar las dos cascadas no tienen la misma participación porcentual: el número de centros hospitalarios con una delegación, y por tanto una mayor descentralización, es significativamente menor en la cascada del poder económico que el porcentaje de centros con una descentralización asistencial.

Realizando un análisis de conglomerados jerárquicos mediante el procedimiento de Wald¹⁴ y como medida de distancia o similitud la distancia euclídeana¹⁵, los hospitales según el poder de los diferentes niveles jerárquicos diferenciados en dos grupos diferentes:

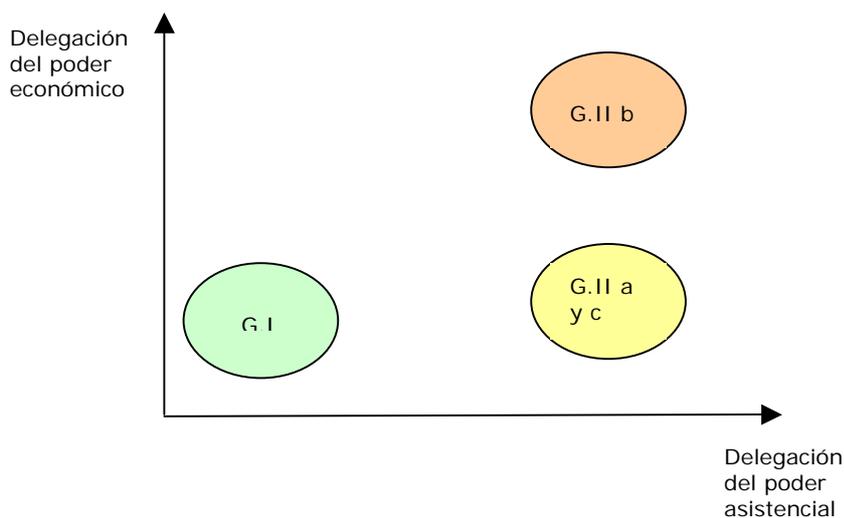
- El primer grupo (hospitales 7,11,5,33 y 26) cuyo perfil de nivel de descentralización del poder es bajo a nivel asistencial y nulo a nivel económico.

¹⁴ Método de la varianza en el que minimiza la distancia euclídeana cuadrada a las medias de los conglomerados (N.K. Malhotra, 1997).

¹⁵ Se trata de la distancia de similitud que se utiliza con mayor frecuencia (N.K. Malhotra, 1997). Es la raíz cuadrada de la suma de las diferencia cuadradas en los valores para cada variable.

- El segundo grupo un conjunto de hospitales con un nivel más elevado de descentralización del poder asistencial en los diversos niveles organizativos. En este segundo grupo podemos realizar tres subgrupos diferenciados:
 - ↪ el primero formado por 3 hospitales cuyo perfil es de un nivel de descentralización más elevado pero con la características peculiar que ninguno de ellos dispone de poder ni la Junta Facultativa ni la Junta Clínica,
 - ↪ el segundo que estaría compuesto de 4 hospitales, con un alto nivel de descentralización asistencial pero también a nivel económico. Se trataría del conjunto de hospitales con mayor descentralización, tanto económica como asistencial y,
 - ↪ el tercer grupo estaría formado por hospitales que tienen un elevado nivel de descentralización del poder asistencial, algún nivel organizativo inferior con poder económico pero no importante, y dónde las dos juntas tienen también un poder asistencial.

Concluyendo este punto, teniendo en cuenta únicamente las variables del tipo de poder que tienen cada uno de los niveles jerárquicos de un hospital, estadísticamente podemos encontrar cuatro grupos significativos, que en un eje de ordenadas estarían así dispuestos:



BIBLIOGRAFÍA

DANE, F.C., 1997, *Mètodes de recerca* (traducció del Research Methods, 1990, Wadsworth, Inc. Belmont California), Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya-Proa, Barcelona

GARCIA FERRANDO, M., 1997, *Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología*. Alianza Universidad Textos. Madrid.

HAIR, ANDERSON, TATHAM, BLACK, 1999, *Análisis Multivariante*, Prentice-Hall, Madrid.

MALHOTA, N.K., 1997, *Investigación de mercados. Un enfoque práctico*. Prentice-Hall. México.

QUIVY, R. y VAN CAMPENHOUDT, L., 1997, *Manual de investigación en Ciencias Sociales*, Noriega Editores, México.

333

TRIADÓ, X., 2002, *La doble cobertura sanitaria: un análisis de las preferencias y oportunidades del mercado*. Comunicación presentada en la Asociación de Economía de la Salud. Pamplona.

VISAUTA, B., 1997, *Análisis estadístico con SPSS para windows: estadística básica*. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid.

VISAUTA, B., 1998, *Análisis estadístico con SPSS para windows: estadística multivariante*. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid.

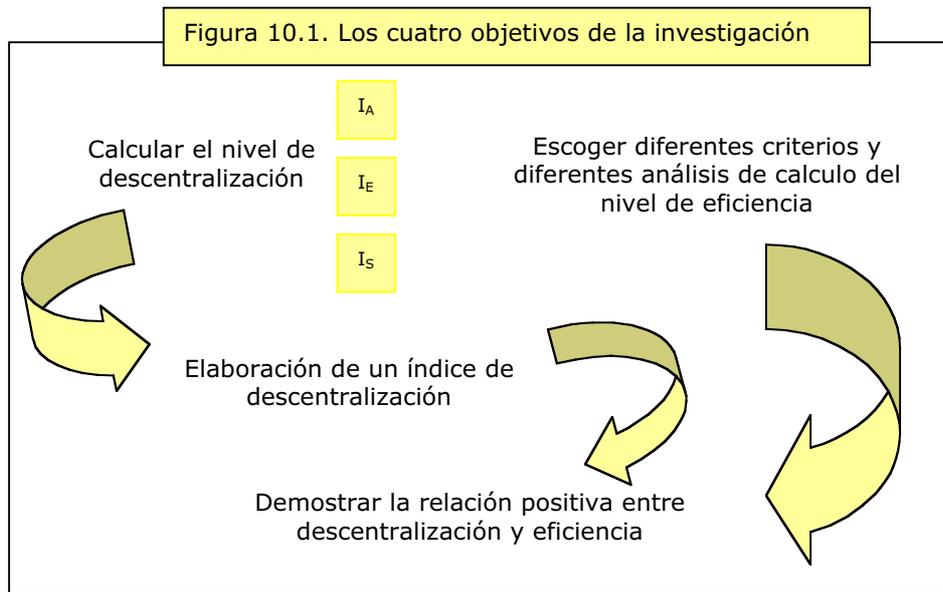
Capítulo 10

Modelo de medida de la descentralización. Resultados.

333

10.1. Introducción.

A continuación presentamos, con la metodología explicada en el capítulo seis, el modelo de la descentralización y sus resultados: los tres índices de descentralización que hemos denominado: el de decisiones, el de actividades externas y el de servicios; y analizar mediante los análisis correspondientes cuáles son las relaciones que existente entre cada uno de ellos, contrastar las hipótesis del estudio y extraer las correspondientes conclusiones (figura 10.1).



Fuente: Elaboración propia

El estudio ha sido dividido en tres fases, con una fase previa de análisis de situación y descripción de las variables contingentes de estudio y a la vez del universo objeto de estudio. Esta fase cero ha sido analizada en el capítulo nueve de esta investigación.

334

El primer nivel de análisis ha sido calcular el grado de descentralización global y de cada uno de sus subíndices con la metodología descrita en capítulos anteriores y obtener una medida de la descentralización.

La segunda fase de análisis ha sido conocer los diferentes grupos de hospitales que pueden agruparse dentro de un mismo nivel de descentralización y ver que características externas e internas podíamos extraer de cada uno de ellos, para poder llegar a afirmar que existen una serie de características o perfiles que aumentan o ayudan a contribuir a definir la descentralización.

Y la tercera y última fase, comprobar la relación existente entre el nivel de descentralización y la eficiencia (dando así respuesta a los objetivos e hipótesis de la investigación).

Por tanto la secuencia de análisis que hemos seguido es la siguiente: primero se calculan por separado cada uno de los subíndices, (el de decisiones en el

punto 10.2, el de actividades en el 10.3 y el de servicios en el punto 10.4). Segundo calcular el índice global (punto 10.5) y ver las diferentes relaciones entre ellas y tercero y último, contrastar las hipótesis de la investigación (punto 10.6).

10.2. Índice de descentralización de decisiones: Índice de Aston (I_A)

El primer índice de descentralización que hemos medido ha sido el índice de descentralización de decisiones. La metodología seguida ha sido la de los primeros estudios sobre descentralización organizativa del Grupo de Aston y por tanto al índice resultante se le ha denominado Índice Aston (I_A) y sus resultados son los que se muestran a continuación.

Antes de presentar los resultados del índice sería conveniente realizar una serie de comentarios sobre la elaboración de este primer índice de descentralización:

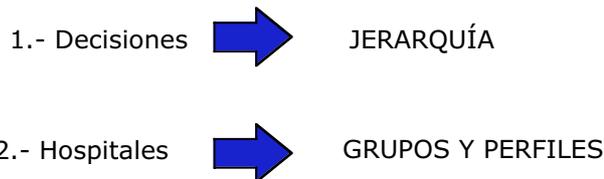
- a) Los tipos de decisiones sobre los que preguntar se ha seguido lo más estrictamente posible las decisiones que utilizaron sus autores, aunque se han tenido que reformular o transformar alguna de ellas para que tuvieran sentido para los centros hospitalarios.
- b) Respecto las respuestas de quién podía tomar las decisiones que les preguntábamos, eran una serie de ítems que también eran cerrados y limitados. Se ha intentado traducir (no del idioma sino por los tipos de cargos) lo más verídicamente posible a centros hospitalarios respecto a los niveles que pusieron Pugh et al¹ y que aplicaron a empresas fundamentalmente industriales. Los diferentes niveles organizativos existentes también han sido expuestos anteriormente.
- c) Un tercer comentario a realizar es explicar que el valor de este índice únicamente es la media de las respuestas de cada uno de los centros, por tanto se trata de la media o mediana de una pregunta categórica, es decir este índice lo que nos indica es si en promedio decide más la gerencia o el médico, es decir asigna una nivel jerárquico y no tiene sentido como número real. Sin embargo la desviación estándar si que tiene su significado frecuente, indica el grado de dispersión de la respuesta.

¹ Aspectos comentados en la Parte III de esta misma investigación.

- d) El último aspecto a resaltar es el hecho de que a la hora de introducir las variables se ha tenido en cuenta el cargo organizativo inferior que puede decidir sobre la cuestión. Por tanto hemos de indicar que el índice es del cargo de menor rango que puede tener decisión sobre un aspecto en concreto y esto no significa que no esté superditada a que niveles superiores organizativos den el visto bueno a esa decisión.

De los datos extraídos con esta metodología se puede realizar el estudio tanto vertical como horizontal. Verticalmente se trata de un estudio de la descentralización según el tipo de decisiones y se estudia la descentralización en la jerarquía de la toma de decisiones y horizontalmente, se trata de un estudio de la descentralización de decisiones pero por hospitales (figura 10.1). El estudio vertical se analiza en el punto 10.2.1 y el horizontal se hace referencia en el punto 10.2.2.

Figura 10.2. Estudio del índice de descentralización de decisiones



Fuente: Elaboración propia

10.2.1. Grado de descentralización según el tipo de decisión. Estudio de la descentralización de las decisiones según la jerarquía.

A continuación se presenta el valor del índice por tipos de decisión de todos los hospitales. El I_A se ha calculado con la metodología que se estudió originalmente por el grupo de Aston, para su construcción se utiliza la media de cada uno de los ítems. La puntuación podía variar entre 1 y 5, siendo 1 el gerente, 2 la dirección médica, 3 el director de servicio, 4 el director de sección y 5 el médico². Por lo tanto cuanto mayor sea el índice nos está mostrando que mayor es la descentralización en la toma de ese tipo de decisión.

² En este caso el término médico está tomado como nivel jerárquico no como profesional.

Tabla 10.1: Índice de Aston de descentralización organizativa según el tipo de decisión

¿QUIEN TOMA LAS SIGUIENTES DECISIONES?	Mín.	Máx.	I_A	I_A^{β}	Estándard Desviación
Creación de nuevos puestos de trabajo	1	4	1,97	2	,92
Despedir trabajadores	1	3	2,19	2	,78
Despedir supervisores	1	3	1,87	2	,61
Ascensos y promociones	1	3	2,18	2	,77
Número de supervisores	1	3	1,79	2	,48
Existencia o no de asesores externos	1	3	1,29	1	,59
Variaciones en el sueldo de los trabajadores	1	3	1,47	1	,73
Variaciones en el sueldo de los asesores externos	1	2	1,23	1	,43
Métodos de formación	1	5	3,00	3	1,19
Escoger proveedores	1	5	2,75	3	1,34
Asignación de tareas a los trabajadores	1	5	3,16	3	,88
Creación de nuevos servicios	1	3	1,94	2	,72
Compra de tecnología	1	5	2,39	2	1,28
Selección del tipo de tecnología	1	5	3,36	3	1,14
Horas extras	1	4	2,32	2	,94
Fechas y jerarquización de tareas	1	5	3,13	3	,96
Relaciones con otras instituciones	1	5	2,27	2	1,51
Marketing del centro	1	5	1,71	1	1,16
Control	1	5	2,70	3	1,07
Planificación	1	5	2,66	3	1,10

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos y siguiendo la metodología del Grupo de Aston

³ Este índice de descentralización se ha calculado mediante la mediana en lugar de la media, ya que al tratarse los datos de una escala nominal, la estadística nos propone esta segunda opción en lugar de la primera.

Si ordenamos las decisiones según el nivel jerárquico que las toma nos encontramos con la tabla 10.2.

Tabla 10.2: Grado de descentralización por tipo de decisiones

	IA
Existencia de asesores externos	1
Variaciones en el sueldo de los trabajadores	1
Variaciones en el sueldo de los asesores externos	1
El marketing del centro	1
Creación de nuevos puestos de trabajo	2
Despido de trabajadores	2
Despido de supervisores	2
Ascensos y promociones	2
Número de supervisores	2
Creación de nuevos servicios	2
Compra de tecnología	2
Horas extras	2
Relaciones con otras instituciones	2
Métodos de formación	3
Escoger los proveedores	3
Asignación de tareas a los trabajadores	3
Selección del tipo de equipo que se ha de comprar o la marca del equipo a comprar	3
Quién decide las fechas de los trabajos o jerarquiza y prioriza tareas	3
Quién controla	3
Quién planifica	3
MEDIANA	2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos

Analizando las respuestas de los gerentes de los hospitales, la autonomía está descentralizada hasta el nivel 3, es decir el director del servicio, sin embargo a

partir de este nivel organizativo los niveles inferiores no toman en general ninguna de estas decisiones (tabla 10.3).

A nivel de gerencia se están tomando las siguientes decisiones: la existencia o no de asesores externos, la variación en el sueldo de los trabajadores y de los asesores externos y el márketing del centro. A nivel de jefe de división (médica habitualmente) se toman las siguientes decisiones: creación de nuevos puestos de trabajo, despido de trabajadores, despido de supervisores, ascensos y promociones, número de supervisores, creación de nuevos servicios, compra de tecnología, horas extras y relaciones con otras instituciones. Y por último a nivel de dirección de servicio tienen autonomía en las siguientes decisiones: en los métodos de formación, elección de proveedores, asignación de tareas a los trabajadores, selección del tipo o marca de tecnología a comprar, la jerarquía de trabajos y los que controlan y planifican. De este análisis se puede concluir que se descentralizan a nivel de servicio, aquellas decisiones que no repercuten directamente a nivel económico o de presupuestos, ya que se trata de decisiones que anteriormente se ha aprobado su realización y son decisiones de proceso y no coste.

10.3. En qué nivel jerárquico se toman las decisiones

	Número de decisiones	Porcentaje
Gerente (1)	4	20%
Director médico (2)	9	45%
Director de servicio (3)	7	35%
Director de sección (4)	0	0%
Médico(5)	0	0%

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos extraídos de la explotación de los datos*

De los cinco niveles organizativos en los que se había dividido el hospital, únicamente disponen de cierta autonomía de decisión los tres más elevados, obteniendo por tanto unos niveles de descentralización en la autonomía de la decisión muy baja.

El proceso de descentralización en la toma de decisiones en los hospitales catalanes pertenecientes a la XHUP, no alcanza en estos momentos más allá del segundo nivel jerárquico, es decir de media se encuentra situado a un nivel jerárquico de dirección médica aun sabiendo que la Ley General de Sanidad

sugiere una progresiva descentralización de la gestión que alcance el nivel de Servicio (Temes, Pastor y Díaz, 1992).

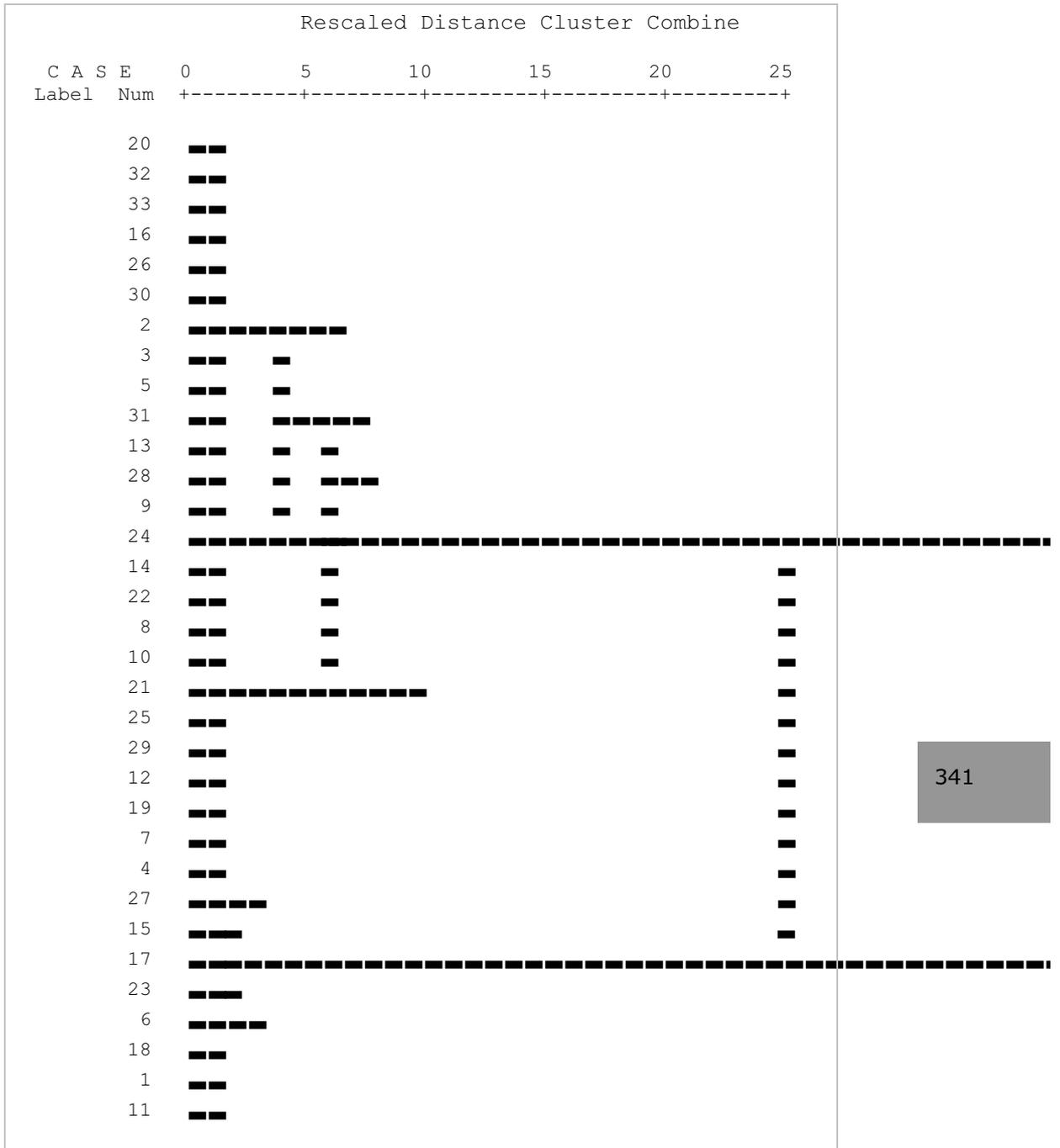
10.2.2. Grado de descentralización por hospital. Perfiles de hospitales.

Para realizar el estudio, desde el punto de vista del grado de descentralización de cada hospital, se utiliza un análisis cluster⁴ de la variable índice de descentralización de Aston, obteniendo el dendograma (Figura 10.2) y tres grupos de hospitales que a continuación pasamos a describir:

- Grupo nº 1: hospitales con mayor grado de descentralización, teniendo en cuenta que el índice varía de 1 a 5, la horquilla es entre [2,61,3,13]. A este grupo a partir de ahora les llamaremos grupo más descentralizado.
- Grupo nº 2: hospitales con un grado de descentralización medio, un intervalo de [2,15,2,61]. A este segundo grupo de hospitales les hemos nombrado como grupo medio de descentralización.
- Grupo nº 3: hospitales con menor grado de descentralización, con un intervalo de [1,70,2]. A este tercer grupo de hospitales, les hemos denominado con el nombre de grupo menos descentralizado.

⁴ En la utilización del análisis cluster se ha utilizado el análisis de conglomerados jerárquico que es un procedimiento que intenta identificar grupos relativamente homogéneos de casos basándose en características seleccionadas, mediante un algoritmo que comienza con cada caso en un conglomerado diferente y combina los conglomerados hasta que sólo queda uno. El método de conglomeración utilizado es el Método de Ward.

Figura 10.3. Dendograma de la variable índice de Aston



Con el objetivo de buscar perfiles de características comunes a cada grupo, se han analizado en un primer momento, mediante un estudio de tablas de contingencia para ver sus principales características y encontrar aquellos rasgos que caracterizan a cada grupo y, posteriormente realizar un análisis discriminante con el objeto de identificar las diferencias entre los grupos de hospitales e identificar las características distintivas de cada uno, y poder utilizarlo para estimar el grupo al que pertenecen otros individuos de los que se conocen dichas características, pero no su grupo de pertenencia.

Estudio de los grupos mediante tablas contingentes

10.2.2.1. Según el tipo de hospitales

Tabla 10.4: Estudio de cada grupo de hospitales según el tipo de hospitales

	Clasificación					Total
	Nivel A	Nivel B	Nivel B/C no universitario	Nivel B/C universitario	Nivel C universitario	
Grupo 1	66,7%	22,2%			11,1%	100,0%
Grupo 2	70,0%	10,0%	10,0%	10,0%		100,0%
Grupo 3	28,6%	21,4%	14,3%	21,4%	14,3%	100,0%
	51,5%	18,2%	9,1%	12,1%	9,1%	100,0%
	51,5%	18,2%	9,1%	12,1%	9,1%	100,0%

342

Tabla 10.5: Estudio de tipos de hospitales según su nivel de descentralización

	Clasificación					Total
	Nivel A	Nivel B	Nivel B/C no universitario	Nivel B/C universitario	Nivel C universitario	
Grupo 1	35,3%	33,3%			33,3%	27,3%
Grupo 2	41,2%	16,7%	33,3%	25,0%		30,3%
Grupo 3	23,5%	50,0%	66,7%	75,0%	66,7%	42,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

En la tabla podemos observar cómo la tipología de hospitales no es una característica clara que defina diferencias entre los diferentes grupos, ya que los dos grupos de hospitales más opuestos tienen la característica de mayoritariamente pertenecer al mismo tipo el A, los más pequeños.

Sin embargo se puede afirmar que el grupo más descentralizado comprobamos que está formado principalmente por hospitales tipo A y B, aunque no es una clara característica propia del grupo ya que el grupo de nivel medio de descentralización también tiene un alto porcentaje en A. Lo que si podemos afirmar es que los hospitales tipo B/C no universitario, universitarios y C universitarios, se trata de hospitales con un nivel de descentralización medio.

10.2.2.2. Según la propiedad del centro

Tabla 10.6: Tipología de cada grupo de hospitales según la propiedad del centro

Análisis horizontal				Análisis vertical		
	Propiedad		Total	Propiedad		Total
	Pública	Privada		Pública	Privada	
Grupo 1	55,6%	44,4%	100,0%	22,7%	36,4%	27,3%
Grupo 2	60,0%	40,0%	100,0%	27,3%	36,4%	30,3%
Grupo 3	78,6%	21,4%	100,0%	50,0%	27,3%	42,4%
	66,7%	33,3%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

Después de la revisión bibliográfica y después de consultar a expertos, todos coincidían en que la variable propiedad podría ser una característica que sí que afectara al nivel de descentralización, y cómo se desprende de la tabla de contingencia no podemos confirmar esta intuición, la variable propiedad no es una característica para definir los diferentes grupo de hospitales. Aunque levemente se observa como el grupo menos descentralizado está formado casi el 79% de los casos por hospitales públicos, sin embargo el más descentralizado no nos afirma nada de ninguno de ellos.

Para intentar reafirmar lo anterior se han realizado diversos estudios de correlación, y se ha comprobado mediante coeficientes de correlación no paramétrica (Tau-b de Kendall y la Rho de Spearman) entre las variables de pertenencia a grupo y la propiedad y también mediante la correlación paramétrica entre el nivel de descentralización y la propiedad, que no existe ninguna relación entre el nivel de descentralización en las decisiones y la propiedad, lo que lo que nos lleva a poder concluir que los menos descentralizados son mayoritariamente públicos pero nada al respecto de los

hospitales con mayores niveles de descentralización.

10.2.2.3. Según la tipología del centro

La característica de la tipología de centro no se trata tampoco de una característica que nos aclare el secreto del nivel de descentralización, aunque hay un aspecto curioso (tabla 9.16 y 9.17). El grupo de hospitales que forman la tipología de otros, son tipos de hospitales con mayores niveles de descentralización que el resto. Pero a parte de esto ya no se puede afirmar nada más sobre esta característica y el nivel de descentralización.

Tabla 10.7: Tipología de cada hospitales según el grupo al que pertenecen

	Tipología				Total
	ICS	Público no ICS	Fundación	Otros	
	ICS	Público no ICS	Fundación	Otros	
Grupo 1	25,0%	12,5%	44,4%	50,0%	27,3%
Grupo 1	25,0%	12,5%	44,4%	50,0%	27,3%
Grupo 2	25,0%	31,3%	22,2%	50,0%	30,3%
Grupo 2	25,0%	31,3%	22,2%	50,0%	30,3%
Grupo 3	50,0%	56,3%	33,3%		42,4%
Grupo 3	50,0%	56,3%	33,3%		42,4%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

344

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

Tabla 10.8. Estudio de los grupos de hospitales según la tipología de hospitales

	Tipología				Total
	ICS	Público no ICS	Fundación	Otros	
	ICS	Público no ICS	Fundación	Otros	
Grupo 1	11,1%	22,2%	44,4%	22,2%	100,0%
Grupo 1	11,1%	22,2%	44,4%	22,2%	100,0%
Grupo 2	10,0%	50,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Grupo 2	10,0%	50,0%	20,0%	20,0%	100,0%

Grupo 3	14,3%	64,3%	21,4%		100,0%
	12,1%	48,5%	27,3%	12,1%	100,0%
	12,1%	48,5%	27,3%	12,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

10.2.2.4. Según la estrategia de tipos de clientes que tengan

Como se observa en las tablas 9.18 y 9.19, el tipo de estrategia elegida por cada hospital tampoco es una variable que nos permita explicar el nivel de descentralización de las decisiones de cada hospital.

Tabla 10.9: Tipología de cada grupo de hospitales según la estrategia del año anterior de usuarios

Análisis horizontal				Análisis vertical				
	Usuarios del año pasado			Total	Usuarios del año pasado			Total
	Entre 30 y 70%	Entre 70 y 90%	Más del 90%		Entre 30 y 70%	Entre 70 y 90%	Más del 90%	
Grupo 1		22,2%	77,8%	100,0%		33,3%	26,9%	27,3%
Grupo 2	10,0%	20,0%	70,0%	100,0%	100,0%	33,3%	26,9%	30,3%
Grupo 3		14,3%	85,7%	100,0%		33,3%	46,2%	42,4%
	3,0%	18,2%	78,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

Tabla 10.10: Tipología de cada grupo de hospitales según la estrategia de usuarios potenciales

Análisis horizontal				Análisis vertical				
	Usuarios potenciales			Total	Usuarios potenciales			Total
	Solo SCS	SCS-Mutuas	Todos		Solo SCS	SCS-Mutuas	Todos	
Grupo 1	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%	100,0%	25,0%	25,0%	27,3%
Grupo 2		10,0%	90,0%	100,0%		25,0%	32,1%	30,3%
Grupo 3		14,3%	85,7%	100,0%		50,0%	42,9%	42,4%
	3,0%	12,1%	84,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

10.2.2.5. Según la percepción del gerente del entorno

En este caso se busca si existe una incidencia de la percepción que tenga el director sobre el nivel de descentralización de las decisiones. El estudio se va presentar como en los casos anteriores mediante tablas de contingencias.

Tabla 10.11. Descripción de cada uno de los grupos de hospitales y las variables elegidas para estudiar el entorno.

		Estabilidad Entorno Económico	Estabilidad Entorno Tecnológico	Exigencia de los usuarios	Aumento restricciones legales	Innovaciones tecnológ.
Grupo 1	Media	3,22	5,33	5,56	4,78	5,89
	Desv. típ.	1,09	1,12	,88	1,79	1,45
Grupo 2	Media	2,80	5,40	5,40	5,60	5,50
	Desv. típ.	1,14	1,07	,52	1,07	1,08
Grupo 3	Media	3,57	5,43	5,57	5,50	6,00
	Desv. típ.	1,87	1,45	,76	1,29	1,41
Total	Media	3,24	5,39	5,52	5,33	5,82
	Desv. típ.	1,48	1,22	,71	1,38	1,31

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

Mediante un análisis ANOVA (tabla 10.12) hemos querido contrastar que cada grupo tiene medias diferentes, y así demostrar que estas características del entorno sí que influyen en el nivel de descentralización de decisiones.

Tabla 10.12. ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Estabilidad Entorno	Inter-grupos	3,476	2	1,738	,783	,466
	Intra-grupos Total	66,584	30	2,219		
Entorno Tecnológico	Total	70,061	32			
	Inter-grupos	5,022E-02	2	2,511E-02	,016	,984
	Intra-grupos Total	47,829	30	1,594		
Exigencia de los usuarios	Total	47,879	32			
	Inter-grupos	,192	2	9,582E-02	,179	,837
	Intra-grupos Total	16,051	30	,535		
	Total	16,242	32			

Aumento en restricciones	Inter-grupos	3,878	2	1,939	1,012	,375
	Intra-grupos	57,456	30	1,915		
	Total	61,333	32			
Innovaciones tecnológicas	Inter-grupos	1,520	2	,760	,427	,656
	Intra-grupos	53,389	30	1,780		
	Total	54,909	32			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del trabajo de campo.

Como se aprecia en la tabla ANOVA, no existe ningún parámetro que sea significativo, eso nos permite concluir que las medias son iguales (es decir aceptamos la hipótesis nula), por tanto las medias de los diferentes grupos no son significativamente diferentes y el entorno tampoco es una variable que explique los diferentes niveles de descentralización en las decisiones de los hospitales.

10.2.2.6. Efectos del grado de utilización de los sistemas de información.

Hemos visto como los sistemas de información ayudan a evitar los problemas de coordinación entre unidades que pueden existir en estructuras organizativas con unidades más autónomas. A continuación observamos si la existencia o no de Intranet dentro del hospital y de correo electrónico por parte del personal es una característica diferenciadora de los grupos.

Tabla 10.13. Efectos de la existencia o no de intranet en la organización respecto al nivel de descentralización

Análisis horizontal				Análisis vertical		
	Existe intranet		Total	Existe Intranet		Total
	No	Sí		No	Sí	
Grupo 1	22,2%	77,8%	100,0%	25,0%	28,0%	27,3%
Grupo 2	10,0%	90,0%	100,0%	12,5%	36,0%	30,3%
Grupo 3	35,7%	64,3%	100,0%	62,5%	36,0%	42,4%
	24,2%	75,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

Tabla 10.14. Efectos de la existencia o no de correo personal en la organización respecto al nivel de descentralización

Análisis horizontal	Análisis vertical
---------------------	-------------------

	Disponen de dirección personal de correo electrónico		Total
	No	Sí	
Grupo 1	87,5%	12,5%	100,0%
Grupo 2	55,6%	44,4%	100,0%
Grupo 3	33,3%	66,7%	100,0%
	55,2%	44,8%	100,0%

	Disponen de dirección personal de correo electrónico		Total
	No	Sí	
	43,8%	7,7%	27,6%
	31,3%	30,8%	31,0%
	25,0%	61,5%	41,4%
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

Tabla 10.15. Correlaciones entre el nivel de descentralización de decisiones y el resto de variables contingentes

Antigüedad del director	Corr.de Pearson	,227	Tau-b de Kendall	,241	Rho deSpearman	,363
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,212	<i>Sig.</i>	,061	<i>Sig.</i>	,041
Clasificación	Corr.de Pearson	-,293	Tau-b de Kendall	-,279	Rho deSpearman	-,349
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,098	<i>Sig.</i>	,041	<i>Sig.</i>	,047
Propiedad	Corr.de Pearson	,201	Tau-b de Kendall	,142	Rho deSpearman	,169
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,263	<i>Sig.</i>	,339	<i>Sig.</i>	,347
Tipología	Corr.de Pearson	,383	Tau-b de Kendall	,260	Rho deSpearman	,329
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,028	<i>Sig.</i>	,060	<i>Sig.</i>	,062
Usuarios pasados	Corr.de Pearson	-,015	Tau-b de Kendall	-,016	Rho deSpearman	-,016
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,932	<i>Sig.</i>	,913	<i>Sig.</i>	,929
Usuarios potenciales	Corr.de Pearson	-,137	Tau-b de Kendall	-,070	Rho deSpearman	-,087
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,446	<i>Sig.</i>	,634	<i>Sig.</i>	,629
Entorno Económico	Corr.de Pearson	-,084	Tau-b de Kendall	-,047	Rho deSpearman	-,056
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,642	<i>Sig.</i>	,724	<i>Sig.</i>	,758
Entorno Tecnológico	Corr.de Pearson	-,034	Tau-b de Kendall	-,067	Rho deSpearman	-,080
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,852	<i>Sig.</i>	,617	<i>Sig.</i>	,659
Exigencia de los usuarios	Corr.de Pearson	,033	Tau-b de Kendall	-,015	Rho deSpearman	-,005
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,857	<i>Sig.</i>	,918	<i>Sig.</i>	,979
Aumento en restricciones	Corr.de Pearson	-,246	Tau-b de Kendall	-,169	Rho deSpearman	-,216
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,167	<i>Sig.</i>	,206	<i>Sig.</i>	,227
Innovaciones tecnológicas	Corr.de Pearson	-,066	Tau-b de Kendall	-,085	Rho deSpearman	-,110
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,715	<i>Sig.</i>	,534	<i>Sig.</i>	,543
Existe intranet	Corr.de Pearson	,117	Tau-b de Kendall	,174	Rho deSpearman	,208
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,517	<i>Sig.</i>	,239	<i>Sig.</i>	,245
Tienen dirección personal	Corr.de Pearson	-,482	Tau-b de Kendall	-,379	Rho deSpearman	-,452
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,008	<i>Sig.</i>	,017	<i>Sig.</i>	,014
IA	Corr.de Pearson	1,000	Tau-b de Kendall	1,000	Rho deSpearman	1,000
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,	<i>Sig.</i>	,	<i>Sig.</i>	,

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

10.3. Nivel de descentralización de actividades externas

El segundo subíndice a tener en cuenta a la hora de descentralizar se refiere a todas aquellas unidades que han sido externalizadas o que se han independizado de las unidades o servicios del hospital. El objetivo de estas preguntas es crear un índice que sirva para modificar el nivel de descentralización de decisiones, ya que tal y como fue medido por Aston, no tiene en cuenta aspectos relacionados con la descentralización de actividades. Esta investigación considera que tanto la existencia de servicios subcontratados como servicios independizados del propio hospital, deberían indicar un mayor grado de descentralización global. Por tanto se ha estudiado la subcontratación y los servicios independientes.

Para estudiar los servicios subcontratados de cada uno de los hospitales se realizó la pregunta 16 del cuestionario. En ella se mostraban una lista de servicios o unidades que debían indicar en cada centro cuál había descentralizado y sus razones.

La elección de esa lista de servicios fue realizada a partir de la lista de unidades asistenciales que exige la Acreditación Hospitalaria en su orden 10 de julio de 1991⁵. En ella se exige que haya 4 áreas diferentes:

- ✓ Unidades de hotelería; cocina, lavandería y cocina
- ✓ Unidades de soporte asistencial: esterilización, biblioteca y documentación clínica.
- ✓ Unidades de diagnóstico
- ✓ Otras unidades asistenciales: tocología, bloque quirúrgico, dietética, banco de sangre, farmacia, urgencias, consultas externas, hospitalización general y pediatría.

El cuestionario ha tenido en cuenta todas estas áreas excepto la unidad de soporte asistencial ya que depende mucho del tamaño del hospital y del tipo de hospital de que se trate. Tampoco se han tenido en cuenta las tres áreas básicas del hospital como son: urgencias, consultas externas ni hospitalización.

⁵ DOGC núm. 1477, de 7/8/1991

En cambio se han añadido unidades de carácter más económico como la unidad de Contabilidad y la Logística.

En la tabla 10.16 se muestra un resumen de la situación de subcontratación de cada uno de los servicios. En la tabla se observa que los servicios más externalizados: son la limpieza y la lavandería (en un 78,8% de todos los hospitales catalanes), seguidos de la seguridad, la manutención, las pruebas diagnósticas y en un porcentaje muy pequeño la contabilidad, pediatría y ginecología.

Tabla 10.16. Estudio por frecuencias de la subcontratación de servicios en los hospitales catalanes

	SI	NO
Servicio de Farmacia	0	100%
Quirófanos	0	100%
Limpieza	78,8%	21,2%
Seguridad	72,7%	27,3%
Laboratorios	27,3%	72,7%
Contabilidad	3%	97%
Logística	0	100%
Lavandería	78,8%	21,2%
Manutención	66,7%	33,3%
Pruebas diagnósticas	42,4%	57,6%
Pediatría	3%	97%
Ginecología	3%	97%

Fuente: Elaboración propia

Otros servicios que hemos averiguado que se subcontratan son: electromedicina, servicio religioso, mantenimiento, informática, esterilización, hematología, oncología, maxilofacial, parking, rehabilitación, dialisis.

Si relacionamos este análisis con la teoría de Maister (estudiada en el segundo capítulo de esta investigación) observamos como los servicios más subcontratados son aquellos que Maister afirmó que se podían gestionar como fábricas y por tanto mediante unos criterios de búsqueda de eficiencia

(economías de escala, reducción de costes,...) y para ello la subcontratación de servicios es una forma eficiente de conseguir este objetivo. En cambio unidades asistenciales y con procesos médicos se encuentran en un nivel de subcontratación mucho menor ya que sus objetivos no son de eficiencia sino de calidad. Y por tanto se subcontratan aquellos servicios o unidades que no forman el valor añadido de la actividad principal de los hospitales. Por tanto comprobamos que los hospitales catalanes corroboran la teoría de Maister ya que como indica la tabla 10.16, los servicios de diagnóstico y unidades no asistenciales son las que son subcontratadas y por tanto las actividades principales del hospital, entendiendo éstas como las asistenciales, no son externalizadas al exterior.

Analizamos posteriormente cuales han sido las razones por las que los hospitales han subcontratado estos servicios y así nos permitirá comprobar si la teoría de Maister es cierta, obteniendo como opinión generalizada, en un 75% de los casos que las razones que les ha movido a ello, para aumentar la calidad y por motivos económicos, y sólo en un 4% de los casos son por causas de hacer frente a una demanda muy elevada (gráfico 10.1).

Gráfico 10.1: Motivos por los que los hospitales subcontratan actividades



Fuente: Elaboración propia

Aunque en un primer momento parezca que no se cumple su teoría, ya que las razones de la subcontratación son tanto la calidad como los costes, en la mayoría de los casos los gerentes optaron por contestar las dos respuestas (ya que se trataba una respuesta múltiple). Además en algún caso, que se tuvo la oportunidad de tener reuniones con gerentes de los hospitales y se preguntó por esta situación, su respuesta fue que realmente era por los dos motivos, ya

que para dar el servicio con la misma calidad que la empresa externa, tendrían que invertir un elevado coste, y además el coste unitario por servicio en las empresas externa es menor.

Estudiando el número de servicios subcontratados por hospital, observamos que no hay ningún hospital que no tenga algún servicio o unidad subcontratada, el número mínimo de servicios subcontratados es uno, y el número máximo son 8 servicios externalizados (tabla 10.17). De media los hospitales catalanes presentan una media de 4,41 servicios subcontratados, con una desviación estándar de 1,81.

Tabla 10.17. Porcentaje de servicios número de servicios subcontratados

Un servicio	6,3%
Dos servicios	9,4%
Tres servicios	12,5%
Cuatro servicios	21,9%
Cinco servicios	31,3%
Seis servicios	3,1%
Siete	9,4%
Ocho	6,3%

Fuente: Elaboración propia

Si realizamos una agrupación de hospitales según el número de servicios subcontratados obtenemos cuatro grupos diferentes de hospitales agrupados de la siguiente manera:

Grupo 1: formado por 5 hospitales que tienen el número más bajo de servicios subcontratados, únicamente tienen 1 ó 2 servicios subcontratados.

Grupo 2: este segundo grupo está formado por 11 hospitales y tienen todos ellos entre 3 y 4 servicios subcontratados

Grupo 3: formado por 11 hospitales que tienen entre 5 y 6 servicios subcontratados

Grupo 4: formado por aquellos hospitales que tienen 7 y 8 servicios externalizados.

Y mediante un estudio de tablas de contingencia, extraemos cual es el perfil de cada uno de los grupos, información que presentamos en la tabla 10.18.

Tabla 10.18. Perfil característico de los grupos según el número de servicios subcontratados

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
<i>Clasificación según el tipo de hospital</i>	Tipo A y B	Tipo A y B/C universitario	Tipo A , B y C universitario	Tipo A y B
<i>Propiedad</i>	Pública y privada	Pública y privada	Pública	Pública y privada
<i>Sistemas de información</i>	Disponen de intranet			Muy pocos disponen de intranet
<i>Existe Junta Facultativa</i>	Sí			No
<i>Existe Junta Clínica</i>	Sí			No
<i>Media del Ia</i>	2,5260	2,3	2,1290	2,2517
<i>Desviación</i>	0,4898	0,5123	0,4801	0,4805
<i>Media del número de servicios</i>	13,5	25,5714	27,833	12
<i>Media de m2</i>	14.297,71	45.694,29	32.583,44	12.917,33
<i>Estancia media</i>	5,6250	6,3363	6,5278	6,1475
<i>Media de número de camas</i>	181,5	297	318,30	167,20

Fuente: Elaboración propia

En ella se puede comprobar como existen diferencias estadísticas fundamentalmente en los dos grupos más antagónicos, el grupo 1 y 4, pero también existen coincidencias curiosas. Por ejemplo, aunque tengan el nivel más alto y más bajo de número de servicios subcontratados, el tipo de hospital no es una característica que los diferencie; igual pasa con la propiedad. Esta idea se reafirma cuando comprobamos que el tamaño de cada uno de los grupo, 1 y 4, es un tamaño similar, ya que estamos estudiando hospitales del mismo tipo. Otra característica que no nos sirve para diferenciar a los hospitales de cada grupo es la estancia media; el único comentario que podemos añadir es que el grupo con menos servicios subcontratados es el que

tiene de media una estancia media inferior, aunque no es estadísticamente significativa.

Sin embargo sí que existen otras variables que son diferenciables, como por ejemplo, la existencia o no de sistemas de información. El grupo con más servicios externalizados dispone de menos sistemas de información y viceversa, aspecto que se puede explicar ya que los centros que externalizan sus operaciones necesitan una menor coordinación interna y por tanto no ven tan útil por ejemplo la intranet (sistema de información para la comunicación interna).

Cuando realizamos el pretest de la encuesta y llegamos a preguntas relacionadas con la subcontratación, existió un consejo generalizado por parte de las personas preguntadas y fue la inclusión de un pregunta sobre si existía algún servicio o sección se había independizado del hospital convirtiéndose en una empresa con personalidad jurídica propia. Las respuestas que obtuvimos a esta preguntas son las presentadas en la tabla 10.19 y en el gráfico 10.2.

Tabla 10.19. Porcentaje de independencia de algún servicios en los hospitales catalanes

¿Se ha independizado algún servicio?	
Sí	27,3%
No	72,7%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10.2 Porcentaje de independencia de algún servicio en los hospitales



Fuente: Elaboración propia

El primer comentario que debemos hacer es que la independencia de un servicios no está relacionado con el número de servicios subcontratados (el análisis realizado es un contraste de hipótesis mediante la chi-cuadrado y el resultado es no significativa), por tanto al ser conceptos independientes debemos tener en cuenta ambos por separado, a la hora de calcular el índice de descentralización de actividades externas.

Resultado de los análisis y pruebas estadísticas anteriores podemos concluir que el índice de descentralización de actividades externas, estará compuesto por el número de servicios subcontratados y por una variable dicotómica que recoge si se han independizado algún servicio o no. De esta manera obtenemos un índice de descentralización de actividades externas que se calcula de la suma entre el número de servicios subcontratados más uno si han independizado servicios o cero si no lo han hecho. El objetivo de sumar este número posterior es el de premiar cómo mayor descentralización a los hospitales que hayan independizado algún servicio, ya que se ha comprobado anteriormente que no existe relación entre las dos variables.

Evidentemente este índice está representado fundamentalmente por el número de servicios subcontratados y dejamos para futuras investigaciones el buscar para la independencia de servicios otra relación (logarítmica, exponencial,...) con el índice.

10.4. Descentralización a nivel de servicios

356

“En la discusión periódica de los objetivos, el Servicio debe plantear unos resultados medibles, tanto cuantitativos como cualitativos, con unos recursos definidos” (Temes, Pastor y Díaz, 1992).

A partir de esta afirmación y teniendo en cuenta que a nivel de servicios es el nivel objetivo que expresa la Ley en el que debe estar situada la descentralización. Como se ha comprobado que no está, a continuación vamos a estudiar la situación de descentralización de los servicios en los hospitales catalanes.

Para estudiar la situación de los servicios de los hospitales catalanes, hemos dividido su estudio en 4 apartados: el económico (Ie), el de planificación y control (Ip), el de recursos humanos (Irrhh) y el organizativo (Io).

10.4.1. Estudio sobre la descentralización económica a nivel de servicios

Para realizar el estudio sobre la descentralización económica a nivel de servicios se han realizado diversas preguntas para comprobar cuál es el nivel de descentralización. Las preguntas tienen un orden lógico de proceso, es decir de menos a más descentralización, con el objetivo de captar las diversas realidades de cada hospital. Las preguntas realizadas son las siguientes:

- *Si disponen o no de un presupuesto económico propio cada servicio:* si la respuesta es afirmativa el nivel de descentralización económica es mayor que si el servicio ni siquiera dispone de un presupuesto que gestionar.
- *Quién realiza y aprueba dicho presupuesto:* el hecho de realizar y aprobar el presupuesto denota una libertad económica, que también se ha tenido en cuenta a la hora de crear el índice de descentralización económica.
- *Si no lo aprueban ellos, por cuantos niveles jerárquicos intermedios tiene que pasar ese presupuesto para ser aprobado.* Evidentemente cuanto mayor sea el número de niveles jerárquicos que tienen que pasar, menor es la descentralización.
- *Ha de justificar el servicio los gastos que en él ha habido,* el nivel de libertad económica es mayor si no se tienen que justificar los gastos en cualquier unidad.
- *Existe una relación entre presupuesto y nivel de actividad.* El objetivo de dicha pregunta era comprobar si existía alguna relación entre la actividad y el presupuesto que se les otorga, de hecho es un principio de estudio de la manera de financiación interna de los servicios. La respuesta a esta pregunta
- *Tienen los servicios autonomía económica.* El objetivo de la pregunta no es otro que conocer cuál es la opinión directa del gerente sobre el nivel de descentralización que tienen actualmente las unidades de servicio que tiene a su cargo.

A continuación presentamos las respuestas que hemos obtenido a dichas preguntas y extraeremos las oportunas conclusiones:

Menos de la mitad de los servicios de los hospitales catalanes disponen de un presupuesto propio que gestionar. Sólo el 42,4% de los servicios disponen de un presupuesto propio con el que trabajar, por tanto no disponen de la herramienta básica de descentralización económica, su propio presupuesto (Gráfico 10.3). De esta manera y a nivel intuitivo podemos avanzar que el nivel de descentralización económica de los servicios de dichos centros tienen niveles bajos.

Corroborando esta sensación preguntamos a los gerentes de los hospitales si los servicios tenían autonomía económica y la respuesta ha sido muy clara (tabla 10.20). En el 90,9% de los casos los gerentes consideran que los servicios no tienen autonomía económica, porcentaje que afirma las consideraciones que anteriormente teníamos con la pregunta anterior. Por tanto hace prever que el índice de descentralización económica de los servicios va a ser bajo.

Tabla 10.20. ¿Consideran los gerentes que los servicios tienen autonomía económica?

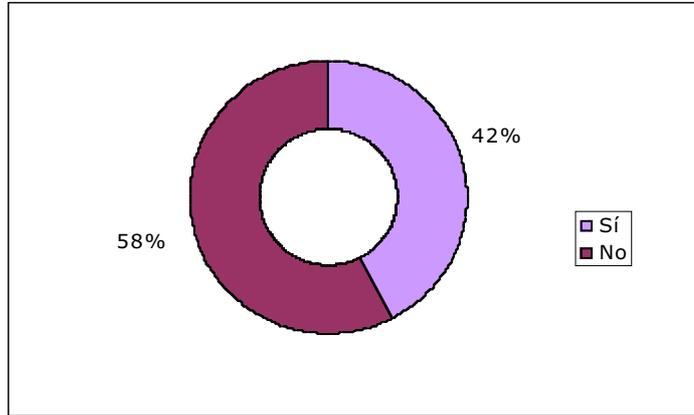
Sí	9,1%
No	90,9%

Fuente: Elaboración propia

El siguiente paso en el estudio de la descentralización económica de un servicio es el estudio de quién realiza y aprueba este presupuesto. De las respuestas obtenidas entre aquellos servicios que sí disponen de presupuesto, en un 18,75% de los casos es realizado por gerencia, en otro 31,25% es realizado por el jefe de la división médica, un 43,75% de los casos es realizado por el director de servicio y por último el 6,25% de los casos que el presupuesto lo realiza otras personas (gráfico 10.4).

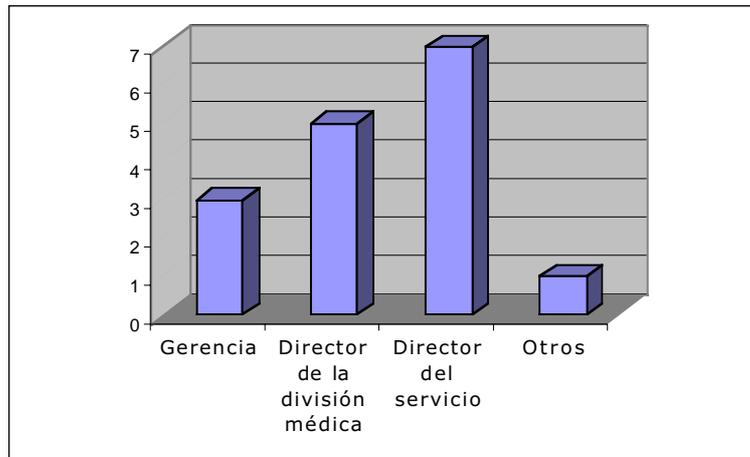
Con esta pregunta podemos observar que del 42,4% de los servicios que realizan su presupuesto, sólo en la mitad el presupuesto es realizado por ellos y no por un órgano superior (es decir la herramienta pierde todo su poder de descentralización).

Gráfico 10.3. Porcentaje de servicios que disponen de un presupuesto económico propio



Fuente: Elaboración propia

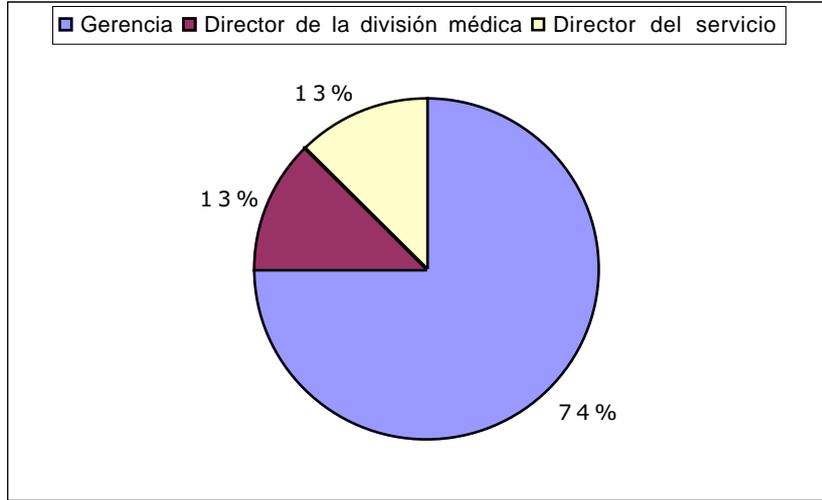
Gráfico 10.4: Qué nivel jerárquico realiza el presupuesto



Fuente: Elaboración propia

Una vez estudiado en qué nivel jerárquico se elabora el presupuesto, el siguiente paso es ver quién aprueba este presupuesto (gráfico 10.5). Los resultados son muy concluyentes: el 75% de los casos los tiene que aprobar la gerencia, y el 25% restante se divide entre el director de la división médica y el propio director del servicio.

Gráfico 10.5. Quién aprueba el presupuesto de los servicios



Fuente: Elaboración propia

Una vez estudiado quién aprueba el presupuesto pasamos a estudiar por cuántos niveles jerárquicos superiores tiene que pasar ese presupuesto para ser aprobado. En él 75% de los casos, los servicios que realizan su propio presupuesto para ser aprobado tiene que pasar por un nivel superior, que siguiendo la lógica organizativa de los hospitales sería el director médico (nivel jerárquico superior al director del servicio médico), y en el resto de los casos, un 25%, tiene que pasar por dos niveles jerárquicos superiores, que podrían ser el director del departamento y el director médico.

360

Respecto a si los servicios tienen que justificar o no los gastos que en ellos se realizan, las respuestas están indicadas en la tabla 10.21.

Tabla 10.21. ¿Tienen que justificar los gastos los servicios?

Sí	48,5%
No	51,5%

Fuente: Elaboración propia

Como se desprende de la tabla anterior, la mitad de los servicios de los hospitales catalanes, deben justificar los gastos que en ellos se realizan, mientras que el resto tienen más libertad y por tanto mayor grado de descentralización.

La última pregunta relacionada con el índice económico de descentralización es la relativa a aspectos relacionados con la financiación. Se preguntó a los gerentes si existe una relación entre el presupuesto que se otorga a los servicios y el nivel de actividad, es decir el objetivo al preguntar era conocer si, existía una dirección por objetivos o un nexo de unión entre actividad y financiación. Con anterioridad a conocer los resultados, se pensaba que esta relación iba a ser más baja de lo que realmente hemos obtenido. Los resultados son alentadores. Casi la mitad de los servicios de los hospitales catalanes, el 45,5%, tienen relacionados la actividad con el presupuesto, porcentaje que nos permite pensar que se están aplicando técnicas de dirección más descentralizadas.

A partir de la descripción de la situación económica de los servicios hospitalarios, el siguiente paso es crear el índice que mida estos efectos. El índice económico simplemente indica la mayor o menor descentralización económica. El índice no es más que la suma de las respuestas a las preguntas relacionadas con el ámbito económico y que se han estudiado anteriormente. De esta manera el I_E seguirá este esquema de la figura 10.4. Como se observa todas las respuestas de las preguntas están en la misma dirección, calcular la descentralización económica de un servicio hospitalario.

Como se puede observar cuanto mayor sea el ítem nos está indicando que mayor es su descentralización en este ámbito concreto de actuación. El máximo número que se puede extraer es 10 y el mínimo es -1. En la tabla 10.22 se muestra el análisis descriptivo de esta nueva variable (IE). La media de este índice es de 2,4848, podríamos decir que eso significa que los servicios tienen presupuesto propio y que normalmente lo realizan ellos pero su descentralización en cuanto al poder económico acaba ahí. Por tanto si estamos pensando en estructuras organizativas donde cada micro-unidad, es decir, cada servicio se gestione como una mini empresa, en estos momentos los servicios no disponen de la suficiente autonomía económica para plantearse cualquier otro tipo de estructura más descentralizada.

Figura 10.4. Esquema de construcción del índice de descentralización económico de los servicios hospitalarios

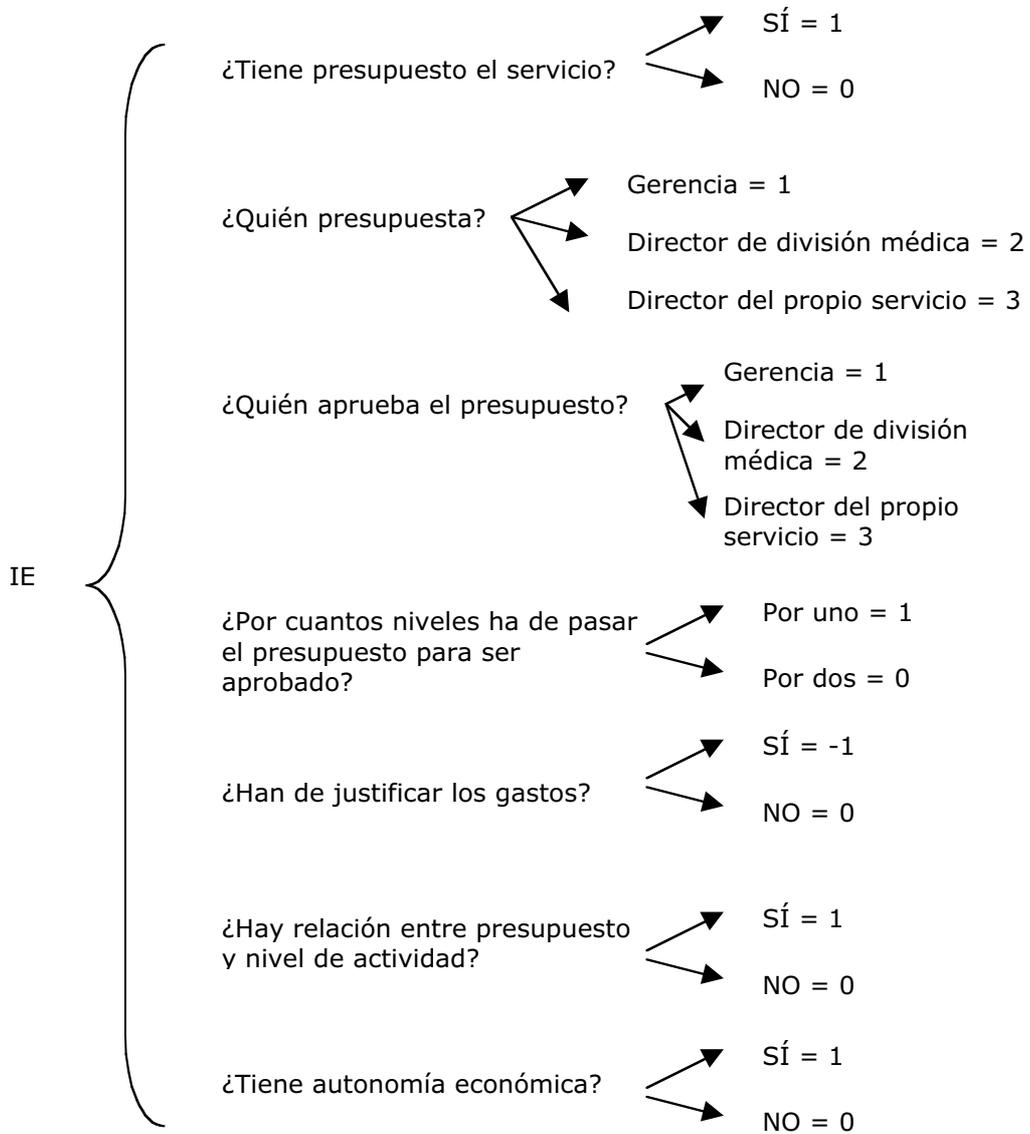


Tabla 10.22. Análisis descriptivo del índice de descentralización económico de los servicios

	Ie
<i>MÍNIMO</i>	0
<i>MÁXIMO</i>	8,00
<i>RANGO</i>	8,00
<i>MEDIA: estadístico</i>	2,3636
<i>Error típico</i>	,4882
<i>DESV. TÍPICA</i>	2,8042
<i>VARIANZA</i>	7,864
<i>ASIMETRÍA</i>	,633
<i>CURTOSIS</i>	-1,198

Fuente: Elaboración propia

10.4.2. Estudio sobre la descentralización de planificación y control a nivel de servicios

Para realizar el estudio sobre la descentralización planificación y control a nivel de servicios se han realizado diversas preguntas para comprobar cuál es el nivel de descentralización. Las preguntas realizadas son las siguientes:

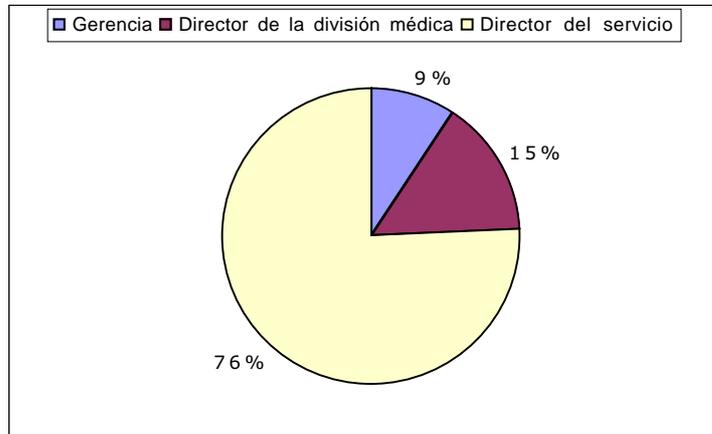
- *Disponen los servicios de objetivos y disponen de los objetivos por escrito:* La finalidad de la primera pregunta es clara, es averiguar si los servicios trabajan con objetivos claros y se podrían aplicar técnicas de dirección por objetivos, con la consecuencia en la motivación de los empleados. Y la segunda parte de la pregunta tiene la finalidad de conocer si los empleados de cada servicio conocen los objetivos de cada uno, de ahí que se preguntará por si los tienen por escrito.
- *Quién marca los objetivos:* En este caso la finalidad de la pregunta es conocer si los objetivos con los que trabajan están fijados de manera conjunta entre trabajadores de los servicios, dirección y gerencia (con el aumento de motivación) o se trata de objetivos "impuestos" por gerencia.

- *Está relacionado el cumplimiento de los objetivos con el salario:* el objetivo de la pregunta es comprobar si siguen técnicas de incentivos, de motivación o la aplicación de técnicas de dirección por objetivos.
- *Quién decide las tareas de cada trabajador:* la planificación más básica empieza por la distribución de las tareas propias de cada servicio a sus trabajadores, y por tanto consideramos que es el primer paso para una descentralización en planificación y control.
- *Se evalúa el rendimiento de dicho servicios:* el hecho de evaluar o no a los servicios, indica la información que se dispone de ellos. Si no se dispone de esta información difícilmente se podrá gestionar correctamente dichas unidades, ya que se desconoce el rumbo de ellas.
- *Quién evalúa:* tan importante como la descentralización de la planificación de las tareas, es la descentralización del control (aspectos que van mutuamente ligados), es quién realiza la evaluación. La descentralización del control del rendimiento de un servicio nos indica el grado de confianza que tengan en cada uno de los directores de los servicios.
- *Participa el servicio en la elección de los criterios de medida:* no sólo es importante que se mida, ni quién lo mida, sino es igual de importante que las personas que son controladas conozcan los criterios por los que se les controla, de ahí esa pregunta.

A continuación pasamos a explicar los datos más significativos que se han obtenido de estas preguntas.

Respecto a la descentralización de planificación se preguntó sobre quién decidía las tareas de cada trabajador, como un primer nivel de descentralización en la planificación. Los resultados obtenidos (Gráfico 10.6) nos hacen tener esperanzas y pensar que en este ámbito podría existir un mayor nivel de descentralización, ya que 2 de cada 3 servicios son los propios responsables de la unidad quién reparten las tareas que debe realizar cada trabajador.

Gráfico 10.6. Qué nivel jerárquico decide las tareas a realizar por cada trabajador



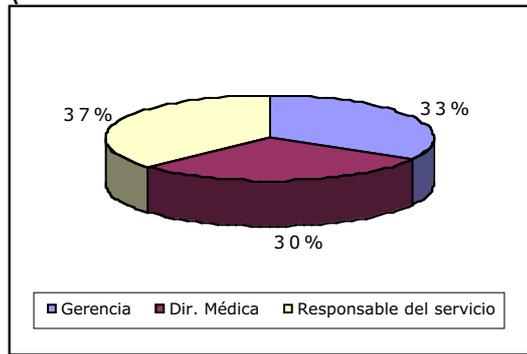
Fuente: Elaboración propia

Respecto a si los servicios disponen de objetivos con los que trabajar, la respuesta de la muestra encuestada ha sido el 90,9% de los servicios disponen de objetivos con los que trabajar, de los que un 33,33% son fijados por la gerencia, otro 30% por la dirección médica y el resto, otro 36,66% por el responsable de cada servicio (tabla 10.23). Como podemos apreciar en estos datos, se puede afirmar que la inmensa mayoría de los servicios de los hospitales catalanes trabajan con objetivos pero que sin embargo no existe tanta similitud en quién fija estos objetivos.

A la pregunta de sí los trabajadores no sólo conocen los objetivos sino si los tienen por escrito, la respuesta es que casi el 70% de los trabajadores según el gerente disponen de los objetivos del servicio por escrito (tabla 10.23).

Tabla 10.23. Datos sobre los objetivos de los servicios

Porcentaje de servicios que trabajan con objetivos		De los servicio que tienen objetivos, ¿los trabajadores los tienen por escrito?	
No	9,1%	No	30,3%
Sí	90,9%	Sí	69,7%



Fuente: Elaboración propia

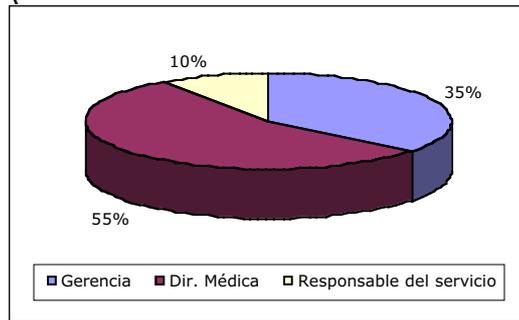
Si estudiamos un paso más de la descentralización, y analizamos si en los servicios están relacionados el salario con los objetivos, nos encontramos con una realidad poco clara, en el 42,4% de los servicios encuestados existe esta relación, y por lo tanto en el 57,6% restante no existe ninguna relación entre la realización de objetivos y el salario.

Estas respuesta nos presenta una realidad que diferente a la que se podría deducir de las anteriores preguntas. Se podía llegar a pensar que el nivel de descentralización en la planificación era bastante elevado ya que se trabajaba con objetivos y además un alto porcentaje de los trabajadores los disponen por escrito. Sin embargo, esta descentralización a la hora de convertirla en motivación hacia los trabajadores, en transformarla a la práctica en políticas motivadoras y de incentivos, sólo está lograda más o menos en el 50% de los casos.

Si hacemos referencia a la descentralización del control, nos encontramos con que en el 93,9% de los casos se evalúa el rendimiento del control, es decir existe un control por parte unas personas que controlan el rendimiento de los servicios (tabla 10.24).

Tabla 10.24. Datos sobre la evaluación de los servicios

Porcentaje de servicios que son evaluados		Participa el servicio en la elección de los criterios de medida	
No	6,1%	No	12,1%
Sí	93,9%	Sí	87,9%

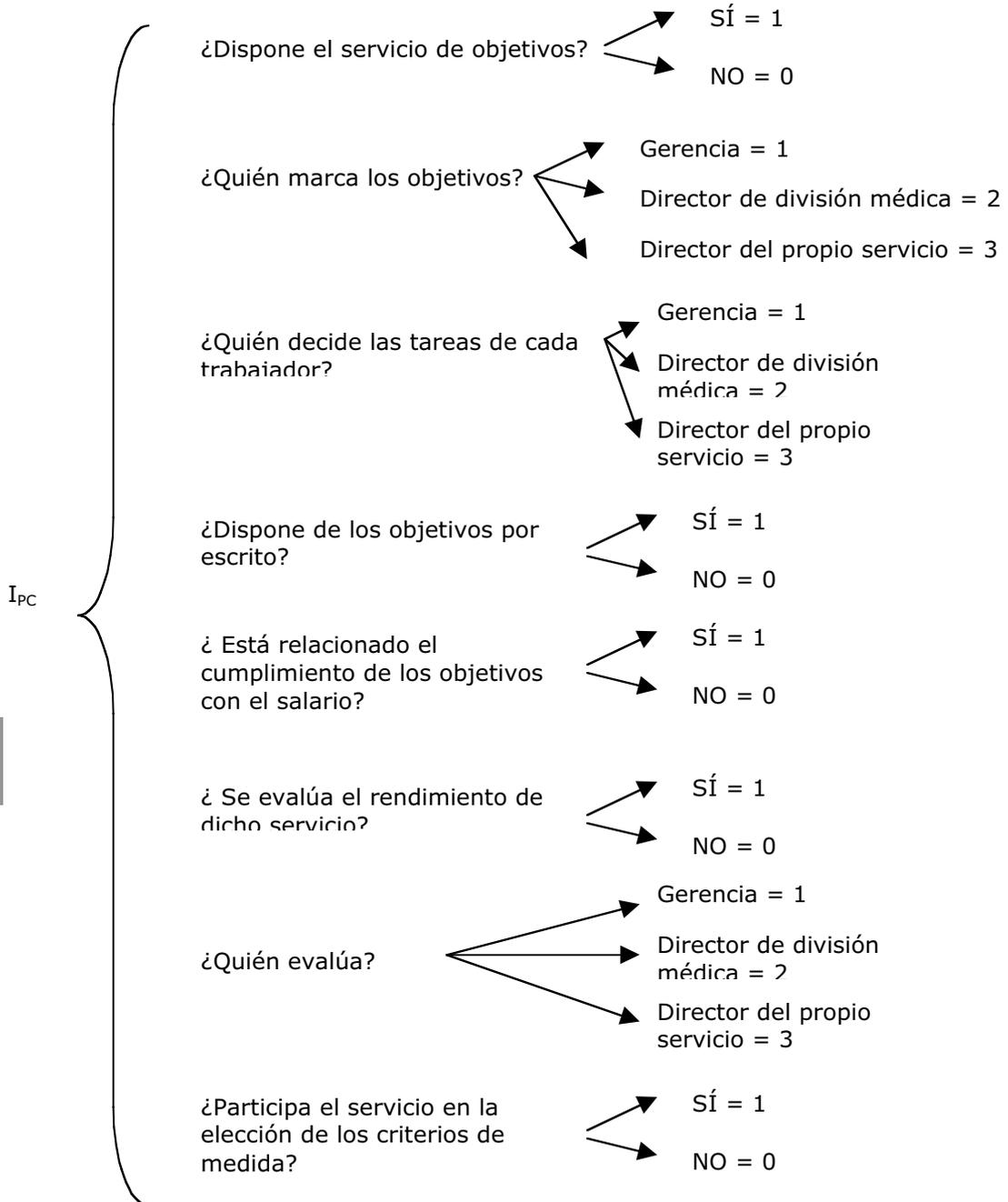


Fuente: Elaboración propia

Después de haber terminado de analizar cada una de las preguntas utilizadas para calcular el índice de descentralización de planificación y control, pasamos (como se ha hecho con el índice anterior) a presentar un esquema de la construcción de dicho índice (Figura 10.5).

Como se puede apreciar en la construcción del índice, cuánto mayor sea su número valor mayor será la descentralización de planificación y control de un servicio hospitalario.

Figura 10.5. Esquema de construcción del índice de descentralización de planificación y control de los servicios hospitalarios



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.25. Análisis descriptivo del índice de descentralización de planificación y control de los servicios

	Ip
<i>MÍNIMO</i>	4
<i>MÁXIMO</i>	14,00
<i>RANGO</i>	10,00
<i>MEDIA: estadístico</i>	10,000
<i>Error típico</i>	,4459
<i>DESV. TÍPICA</i>	2,5617
<i>VARIANZA</i>	6,563
<i>ASIMETRÍA</i>	-,641
<i>CURTOSIS</i>	,200

Fuente: Elaboración propia

10.4.3. Estudio sobre la descentralización de recursos humanos (RRHH) a nivel de servicios

Para realizar el estudio sobre la descentralización de los recursos humanos a nivel de servicios se han realizado diversas preguntas para comprobar cuál es el nivel de descentralización. Las primeras cuatro preguntas están relacionadas con la planificación de recursos humanos, y siguen el mismo orden que en la planificación de este tipo de recursos; :

- *Puede crear el propio servicio puestos de trabajo:* el objetivo de esta pregunta es comprobar el grado de libertad para crear puestos de trabajo relacionados con el área de personal. Se trata de comprobar si el director de un servicio, ante una falta de personal, puede crear un puesto de trabajo. Si no fuera así, se consideró oportuno buscar el nivel de independencia en esta área con las siguientes cuestiones.
- *Puede proponer a los candidatos:* si no pudiera crear puestos de trabajo, el siguiente nivel de independencia es si puede proponer el servicio, encabezado por su director, puede proponer a los candidatos que quieran acceder a esa plaza.

- *Decide el servicio cuales son los criterios de selección de esos candidatos:* otra consideración que afecta al nivel de descentralización es quién realiza la elección de los criterios de selección de los candidatos.
- *Escoge el servicio a su candidato:* el siguiente nivel dónde se estudia descentralización, es una vez que se han propuesto los candidatos, que están seleccionados los criterios, si es el servicio quién elige al candidato que mejor se adecue al puesto de trabajo.
- *Dispone cada servicio de una política propia de promoción interna, de política de incentivos y de formación interna:* si el objetivo es que cada servicio se pueda gestionar de manera autónoma, se le han de conceder diferentes herramientas para poder motivar, incentivar y controlar a su personal. Para ello se preguntó por estos tres aspectos motivadores
- *Existen políticas diferentes de sueldos dentro de un mismo servicio:* con esta pregunta el objetivo es averiguar si se lleva a cabo políticas de diferenciación de sueldo, es decir, se han implantado actualmente políticas de incentivos monetarios.

Los resultados estadísticos de estas preguntas están resumidos en la tabla 10.26. Analizando los datos, podemos concluir que actualmente casi todos los servicios de los hospitales catalanes (97%), pueden crear sus propias plazas, de los cuales la mitad pueden proponer a sus candidatos (54,5%), una tercera parte escoger los criterios de selección de su personal y realizar su propia política de formación. Las respuestas afirmativas sobre políticas propia de incentivos, de promoción y de elección de candidatos, es muy baja (no alcanza el 10%). Con lo que, como en índices anteriores, nos hacen prever que la descentralización a este nivel es baja: no existe autonomía por parte de los servicios en esta área de gestión.

Del resumen de respuestas de la tabla 10.26, podemos deducir que el nivel de descentralización de la gestión de recursos humanos será bajo, y así lo comprobamos con un estudio descriptivo de este índice, tabla 10.27. El máximo nivel que se podía obtener era ocho y el mínimo cero.

Tabla 10.26. Resumen de las respuestas relacionadas con la descentralización de recursos humanos

Puede el servicio...	Crear sus propias plazas	Proponer sus propios candidatos	Escoger los criterios de selección de candidatos	Escogen a sus propios candidatos	Políticas diferentes de sueldo en el mismo servicio	Dispone cada servicio de una política de promoción interna	Dispone cada servicio de una política de incentivos propia	Dispone cada servicio de una política de formación interna
Sí	97%	54,5%	36,4%	27,3%	24,2%	18,2%	9,1%	63,6%
No	3%	45,5%	63,6%	72,7%	75,8%	81,8%	90,9%	36,4%

Fuente: Elaboración propia

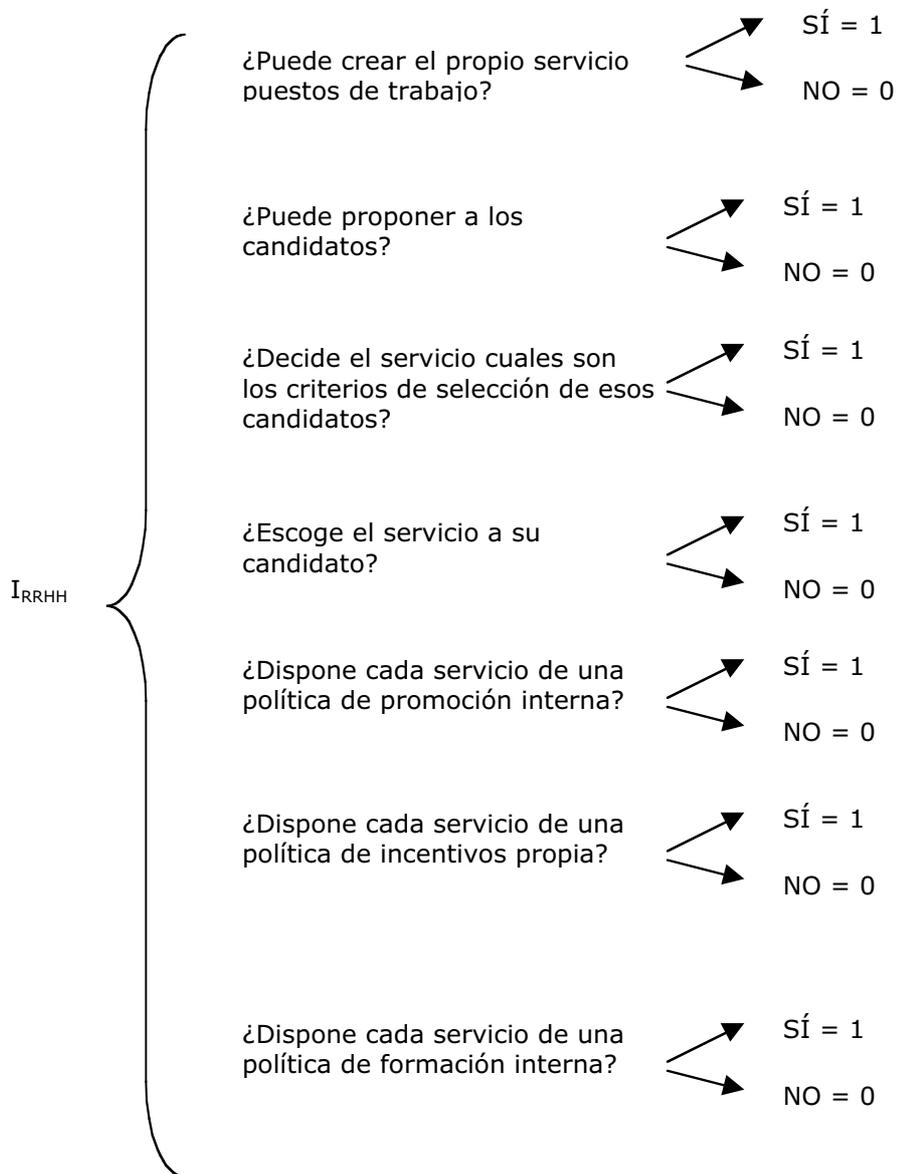
Para la construcción del índice de descentralización de la gestión de los recursos humanos de un servicio estándar de un hospital catalán, el esquema de construcción es el que se muestra en la figura 10.6. Como los índices anteriores, contra más elevado sea el índice mayor es el nivel de descentralización.

Tabla 10.27. Análisis descriptivo del índice de descentralización de los recursos humanos de los servicios

	I_{rrhh}
<i>MÍNIMO</i>	0
<i>MÁXIMO</i>	5,00
<i>RANGO</i>	5,00
<i>MEDIA: estadístico</i>	2,3636
<i>Error típico</i>	,2676
<i>DESV. TÍPICA</i>	1,5374
<i>VARIANZA</i>	2,364
<i>ASIMETRÍA</i>	,329
<i>CURTOSIS</i>	-,933

Fuente: Elaboración propia

Figura 10.6. Esquema de construcción del índice de descentralización de recursos humanos de los servicios hospitalarios



10.4.4. Estudio sobre la descentralización de la organización de cada servicios

Para realizar el estudio sobre la descentralización de la organización de cada servicio se han realizado diversas preguntas para comprobar cuál es el nivel de descentralización. Las preguntas, igual que en los anteriores, están ordenadas desde memos a más descentralización:

- *Tienen libertad para organizarse libremente*: el objetivo de la pregunta es saber cuál es la opinión de los gerentes respecto a la libertad que tienen los servicios de organizarse ellos mismos. La respuesta nos da una idea de la percepción que tiene el gerente de la libertad organizativa de los servicios.
- *Los servicios pueden crear su propia jerarquía*: cualquier autonomía organizativa obliga a la puesta en marcha de jerarquías diferentes dentro del servicio. Por mucho que la estructura organizativas más futuristas tiendan a utilizar configuraciones estructurales eliminando al máximo las jerarquías, hoy en día, y cómo hemos visto en toda la investigación la jerarquía en el hospital todavía es importante y funcional. Por ello el poder crear diferentes niveles jerárquicos, dan mayor poder organizativo al director del servicio, ya que permite premiar y crear un niveles de delegación y estructurar su organización por escalas.
- *Los servicios pueden crear su propia normativa interna*: igual de importante que la creación de la jerarquía es el establecimiento de su propia normativa interna, que personalice y caracterice la normativa general del hospital. Esta autonomía o libertad, puede ayudar a la dirección del servicios a adecuarse más a las características internas de su actividad.

El resumen de las respuestas relacionadas con este índice se presentan en la tabla 10.28. En ella podemos comprobar como casi en un 75% de los casos, los servicios tienen libertad para organizarse, un 60,6% pueden crear su normativa interna, mientras que sólo en un 18,2% de los casos pueden crear su propia jerarquía, que sería de los tres ítems utilizado para medir este índice el que significaría una mayor descentralización y autonomía por parte de los servicios, aunque como es evidente, es un aspecto que toca directamente al presupuesto de cada centro.

Tabla 10.28. Resumen de las respuestas relacionadas con la descentralización organizativa de los servicios

Tiene el servicio...	Libertad para organizarse	Pueden crear su propia jerarquía	Crear su propia normativa interna
Sí	72,7%	18,2%	60,6%
No	27,3%	81,8%	39,4%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10.29 se presentan los principales datos estadísticos de esta nueva variable. Observamos que la media es sólo del 1,5152, pero el rango de este índice es tres, por tanto estaría en la mitad del rango.

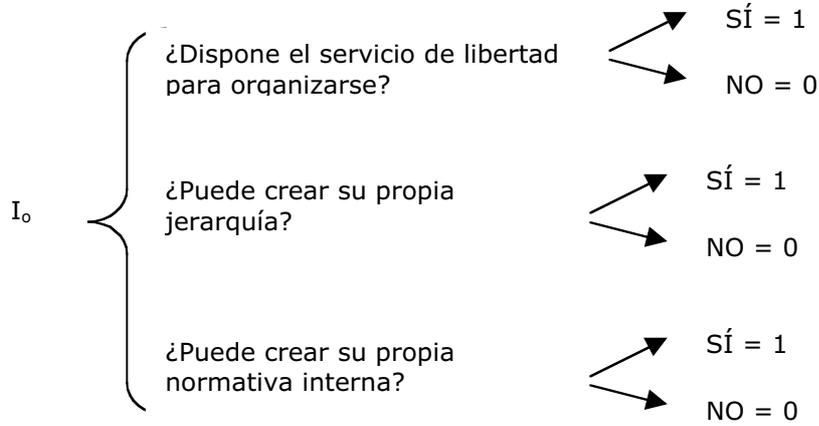
Tabla 10.29. Análisis descriptivo del índice de descentralización organizativa de los servicios

	I_{rrhh}
<i>MÍNIMO</i>	0
<i>MÁXIMO</i>	3,00
<i>RANGO</i>	3,00
<i>MEDIA: estadístico</i>	1,5152
<i>Error típico</i>	,1801
<i>DESV. TÍPICA</i>	1,0344
<i>VARIANZA</i>	1,070
<i>ASIMETRÍA</i>	-,133
<i>CURTOSIS</i>	-1,088

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la construcción del índice, igual que en los casos anteriores, en la figura 10.7 se presenta el esquema de creación de este índice, que es la metodología utilizada para calcularlo.

Figura 10.7. Esquema de construcción del índice de descentralización organizativo de los servicios hospitalarios



Fuente: Elaboración propia

10.4.5. Resumen de los índice utilizados

En la tabla 10.30 se presenta un resumen del valor numérico que alcanza cada índice para cada hospital. En ella el nombre de los hospitales se han numerado del 1 al 33, para defender la confidencialidad de los datos, que fue un aspecto fundamental en la recogida de los datos.

Tabla 10.30. Resumen de los índices obtenidos para cada hospital

Hospital	Ia	Is	Irrhh	Io	Ie	Ip
1	2.70	2.00	5.00	1.00	4.00	7.00
2	2.00	4.00	2.00	3.00	.00	12.00
3	2.00	5.00	5.00	3.00	4.00	10.00
4	3.13	1.00	1.00	.00	.00	4.00
5	1.85	.00	2.00	2.00	.00	9.00
6	2.85	5.00	4.00	3.00	.00	10.00
7	2.25	4.00	2.00	.00	.00	7.00
8	2.40	5.00	2.00	.00	1.00	8.00
9	1.70	9.00	1.00	2.00	.00	6.00
10	2.50	5.00	.00	1.00	6.00	11.00

11	2.61	2.00	1.00	1.00	.00	4.00
12	2.21	7.00	1.00	2.00	.00	13.00
13	1.79	2.00	1.00	3.00	5.00	13.00
14	2.40	5.00	4.00	2.00	3.00	9.00
15	3.30	3.00	2.00	2.00	6.00	11.00
16	1.90	4.00	2.00	3.00	5.00	10.00
17	2.80	8.00	1.00	2.00	8.00	12.00
18	2.85	7.00	5.00	2.00	.00	7.00
19	2.20	5.00	.00	.00	4.00	9.00
20	1.95	6.00	4.00	2.00	4.00	10.00
21	2.15	4.00	3.00	1.00	.00	13.00
22	2.40	2.00	3.00	1.00	.00	10.00
23	2.80	4.00	1.00	.00	.00	11.00
24	1.05	6.00	.00	.00	7.00	12.00
25	2.15	3.00	4.00	3.00	.00	9.00
26	2.00	5.00	1.00	1.00	.00	11.00
27	3.05	4.00	5.00	2.00	7.00	14.00
28	1.75	4.00	2.00	1.00	.00	11.00
29	2.11	7.00	4.00	2.00	.00	14.00
30	2.00	5.00	2.00	2.00	.00	13.00
31	1.84	7.00	3.00	2.00	7.00	11.00
32	1.95	5.00	2.00	1.00	2.00	9.00
33	1.94	5.00	3.00	.00	5.00	10.00

Fuente: Elaboración propia

Son estos índices los datos que necesitamos para poder contrastar las hipótesis de la investigación y por tanto son los valores que utilizaremos a partir de ahora. Evidentemente, hemos de elaborar una serie de limitaciones al estudio. La primera de ellas es que, como hemos comentado anteriormente, será en base a estos índices en los que nos basaremos el resto de la investigación, por tanto cualquier consideración a estos índices provocará cambios en los resultados finales y en las conclusiones obtenidas de la investigación.

La segunda consideración a realizar es que en el índice de Aston, el índice de descentralización de decisiones globales de todo el centro, se ha tomado la

media y no la mediana, como anteriormente ya que es la metodología utilizada en la fuente original.

Tercera y última consideración es que los índices no están en la misma escala de medida, ya que aunque estamos delante de variables numéricas pero sus intervalos o razones de cada uno de ellos son muy diferentes (ver tablas 10.22, 10.25, 10.27, 10.29) por tanto se ha de realizar una transformación de las variables para poderlas comparar entre ellas.

10.5. Análisis de grupos de hospitales según el nivel de descentralización global

Teniendo en cuenta los seis índices de descentralización, realizamos un análisis de conglomerados jerárquicos por el método de Ward para estudiar el nivel de descentralización de cada centro. El resultado de este análisis nos muestra que existen tres agrupaciones de hospitales estadísticamente significativas.

Las características propias de cada grupo de hospitales las estudiamos a continuación mediante tablas de contingencia y mediante un análisis discriminante. De esta manera observamos que el primer grupo está formado por 14 hospitales, el segundo por 8 y el tercero por 10. En la tabla 10.31 y 10.32 obtenemos un análisis descriptivo breve de cada uno de los grupos y del total, presentando las características principales de los factores contingentes y los valores medios y desviaciones típicas de los diferentes índices estudiados.

Tabla 10.31. Aspectos característicos de cada grupo

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
<i>Propiedad</i>	Pública (50%) Privada (50%)	Pública	Pública
<i>Sistemas de información</i>	Sí (92,9%) No (7,1%)	Sí (62,5%) No (37,5%)	Sí (60%) No (40%)
<i>Antigüedad del director en el cargo</i>	5,85	3,95	3,51
<i>Entorno económico</i>	2,93	4,25	2,7
<i>Entorno tecnológico</i>	5,14	6,38	4,9
<i>Exigencia usuarios</i>	5,36	5,87	5,4
<i>Aumento restricción</i>	5,57	5,50	4,7
<i>Innovaciones tecnológicas</i>	5,43	6,38	5,8

<i>Número de camas</i>	288,23	212,43	277,80
<i>Estancia media</i>	6,1390	6,76	6,19
<i>M2</i>	26.414,9	24.194,60	45.183,67
<i>Número de servicios</i>	22,10	17,25	23,85
<i>Número de secciones</i>	33,57	10,66	100,07

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.32: Estadísticos de los diferentes grupos

Ward Method	Media	Desv. típ.	
Grupo 1	<i>IA</i>	2,381	0,412
	<i>IRRHH</i>	3,071	1,542
	<i>IO</i>	1,5	1,091
	<i>IS</i>	4,357	2,205
	<i>IE</i>	1,285	1,728
	<i>IP</i>	7,857	2,107
Grupo 2	<i>IA</i>	2,1275	0,304
	<i>IRRHH</i>	2	1,069
	<i>IO</i>	1,5	0,925
	<i>IS</i>	5	1,309
	<i>IE</i>	0	0
	<i>IP</i>	12,25	1,164
Grupo 3	<i>IA</i>	2,237	0,678
	<i>IRRHH</i>	1,7	1,636
	<i>IO</i>	1,5	1,178
	<i>IS</i>	4,9	1,791
	<i>IE</i>	6	1,247
	<i>IP</i>	11,3	1,494
Total	<i>IA</i>	2,272	0,486
	<i>IRRHH</i>	2,375	1,560
	<i>IO</i>	1,5	1,047
	<i>IS</i>	4,687	1,856
	<i>IE</i>	2,437	2,816
	<i>IP</i>	10,031	2,596

Fuente: Elaboración propia

Como vemos en la tabla 10.31, ni el índice de descentralización de actividades (Ia), ni el índice de descentralización de la organización (Io) ni el índice de descentralización de actividades externas (Is) son variables que diferencien a ninguno de los grupos. En cambio el índice de descentralización de recursos humanos (Irrhh), el índice de descentralización económica (Ie) y el de planificación y control (Ip) sí que son variables que diferencian los diferentes

grupos. Para poder contrastar esta afirmación realizamos un análisis discriminante.

Al realizar este análisis existe un conjunto de parámetros estadísticos que nos permiten determinar si las variables explicativas, en nuestro caso los índices de descentralización, están correlacionadas entre ellas y si cada una de las variables explicativas tomadas de forma aislada, diferencia significativamente entre los grupos de la variable a explicar (tabla 10.32).

Tabla 10.33. Matriz de correlaciones y estadístico F

	IA	IRRHH	IO	IS	IE	IP
IA	1,0000					
IRRHH	0,1665	1,0000				
IO	-0,0353	0,4536	1,0000			
IS	-0,2936	0,0413	0,1513	1,0000		
IE	-0,0653	0,3935	0,1651	0,2099	1,0000	
IP	-0,1251	0,5398	0,4864	0,1889	0,4353	1,0000

Pruebas de igualdad de las medias de los grupos					
	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
IA	0,953	0,718	2	29	0,496
IRRHH	0,835	2,869	2	29	0,073
IO	1,000	0,000	2	29	1,000
IS	0,974	0,384	2	29	0,684
IE	0,215	52,949	2	29	0,000
IP	0,418	20,203	2	29	0,000

Fuente: Elaboración propia

La matriz de correlaciones entre variables explicativas detecta si existe multicolinealidad entre variables explicativas (tabla 10.33^a). En nuestro caso se detecta, que las correlaciones son bajas, por tanto no existe multicolinealidad, excepto en la relación de Irrhh con los índices relacionados con el servicio, es decir, Io, Ie y Ip. Puede ser lógico que existe esta relación entre estos índices ya que están midiendo aspectos con diferencias muy sutiles que se pueden confundir a la hora de contestar la preguntas de la encuesta. Por tanto es un elemento a tener en cuenta.

En la tabla 10.33b se presenta también la prueba de igualdad de media. Esta prueba permite determinar si las medias de cada variables explicativa dentro del grupo de la variable a explicar son significativamente distintas. Se calcula a

partir de una ANOVA (en la que la variable a explicar del modelo discriminante es la variable categórica explicativa del modelo ANOVA). En la tabla, sólo el índice económico y el de planificación tienen un nivel de significación del estadístico F claramente significativo.

Los resultados del análisis discriminante se presentan en la tabla 10.34. En ella se observan los parámetros determinantes del nivel explicativo de las dos funciones discriminantes. En este caso el valor propio asociada a la primera función es de 5,177 y explica el 63,671% de la varianza intergrupos. La segunda función discriminante tiene un valor propio asociado de 2,954 y explico el 36,329% de la varianza intergrupos. Evidentemente, el nivel explicativo de la primera función discriminante es muy superior al de la segunda.

Tabla 10.34. Autovalores de las dos funciones discriminantes

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	5,177 ^a	63,671	63,671	0,915
2	2,954 ^a	36,329	100,000	0,864

^a. Se han empleado las 2 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Fuente: Elaboración propia

También se ha calculado el valor de la Lambda de Wilks para comprobar si las funciones discriminantes de forma conjunta discriminante de forma significativa entre los tres grupos. Como vemos en la tabla 10.35, el valor de la Lamba de Wilks para la función uno es de 0,041, que transformado en un estadístico de chi-cuadrado representa un valor de 84,36, estadísticamente significativa. Igual sucede con la función dos, con lo que podemos concluir que las dos funciones discriminan de forma significativa entre los tres grupos.

Tabla 10.35. Valor de la Lamba de Wilks

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
1 a la 2	0,041	84,683	12,000	0,000
2	0,253	36,430	5,000	0,000

Fuente: Elaboración propia

Para interpretar las funciones discriminantes utilizamos los coeficientes discriminantes estandarizados o las correlaciones entre variables explicativas y funciones discriminantes.

Tabla 10.36. Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función	
	1	2
<i>IA</i>	0,1274	0,1159
<i>IRRHH</i>	-0,6449	-0,6536
<i>IO</i>	0,1280	-0,2771
<i>IS</i>	-0,1638	0,0204
<i>IE</i>	1,1008	-0,3646
<i>IP</i>	0,0247	1,3052

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10.37, presentamos las correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas. Las variables están ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

Tabla 10.37 Matriz de estructura

	Función	
	1	2
<i>IE</i>	0,8363*	-0,1027
<i>IP</i>	0,1712	0,6483*
<i>IRRHH</i>	-0,1258	-0,1981*
<i>IA</i>	-0,0113	-0,1286*
<i>IS</i>	0,0273	0,0876*
<i>IO</i>	0,0000	0,0000*
* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.		

Fuente: Elaboración propia

Para realizar una interpretación gráfica de las dos funciones discriminantes (figura 10.10), se utilizan las variables explicativas cuyas correlaciones con cada función sean las más elevadas: el índice de descentralización económica (*Ie*) en la primera función y el índice de descentralización de planificación y control (*Ip*) en la segunda. Además para valorar las características diferenciadoras de cada grupo, posicionamos los centros de gravedad de cada grupo en cada función discriminante (tabla 10.38).

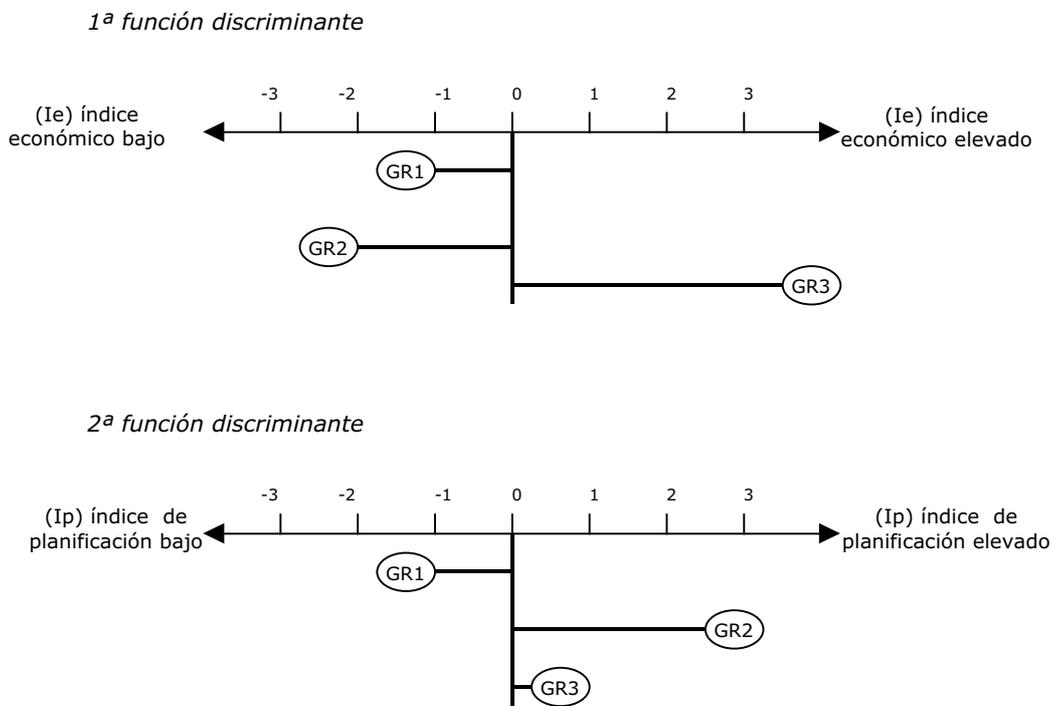
Tabla 10.38. Funciones en los centroides de los grupos

Grupos	Función	
	1	2
1	-1,2181	-1,6110
2	-1,8565	2,4627
3	3,1905	0,2853

Fuente: Elaboración propia

En la primera función discriminante, la diferencia se hace entre el grupo 1 y 2 (con un índice de descentralización económico bajo) por un lado, y el grupo 3 que tiene un índice económico de descentralización más elevado.

Figura 10.8. Posicionamiento de los grupos en cada función discriminante



Fuente: Elaboración propia

Este análisis y sus conclusiones nos sirven para corroborar las obtenidas en las tablas de contingencia, concluyendo que los índices diferenciadores entre los diferentes grupos de hospitales son el índice de descentralización económica y

el de planificación y control. El grupo 1 de hospitales tiene baja tanto la descentralización económica como la de planificación, es decir, se trata de centros con estos aspectos muy centralizados. En cambio el grupo 2 de hospitales tiene un alto nivel de descentralización de planificación y alta centralización en el nivel económico. Por último el tercer grupo de hospitales son los que tienen una elevada descentralización tanto económica como de planificación.

10.6. Contraste de las hipótesis de la investigación

Una vez obtenidos los diferentes índices para medir la descentralización, pasamos a la tercera fase del estudio comprobar la relación existente entre el nivel de descentralización y la eficiencia (dando así respuesta a los objetivos e hipótesis de la investigación).

Figura 10.9. Objetivo principal de la investigación

Se pretende estudiar la relación en organizaciones hospitalarias catalanas pertenecientes al UOE, entre los niveles de descentralización organizativa y la eficiencia de la actividad. Estudiar, por tanto, la relación entre descentralización y eficiencia.

Si recordamos cuál es el objetivo principal de esta investigación (figura 10.10) nos daremos cuenta que todavía no hemos solucionado el problema que nos motivó a esta investigación, sino que hasta el momento hemos buscado, interpretado y analizado los valores de los conceptos que queremos comparar, es decir, hasta el momento se ha buscado una metodología para concretar el estudio y cálculo del nivel de descentralización del universo objeto de estudio mediante la creación de un índice de medida.

Una vez elaboradas las medidas de descentralización se pasará a contrastar la siguiente formulación:

384

Hipótesis 1: Existe una serie de características externas a los hospitales de la XHUP que hacen prever cuál será su nivel de descentralización de cada tipo.

De esta hipótesis más general se pueden extraer diversas subhipótesis, que pasamos a contrastar cada una de ellas. Todas estas subhipótesis buscan determinar la intensidad de la relación entre dos variables cuantitativas y para hallarlo se ha utilizado un análisis de correlación.

h_{11} : El tamaño del centro hospitalario, influye en los diferentes nivel de descentralización, positivamente.

En la tabla 10.39 se presentan un análisis de correlación entre las variables que miden el tamaño (metros cuadrados de cada centro, número de personal y

número de camas) con los diferentes índices con los que hemos medido la descentralización.

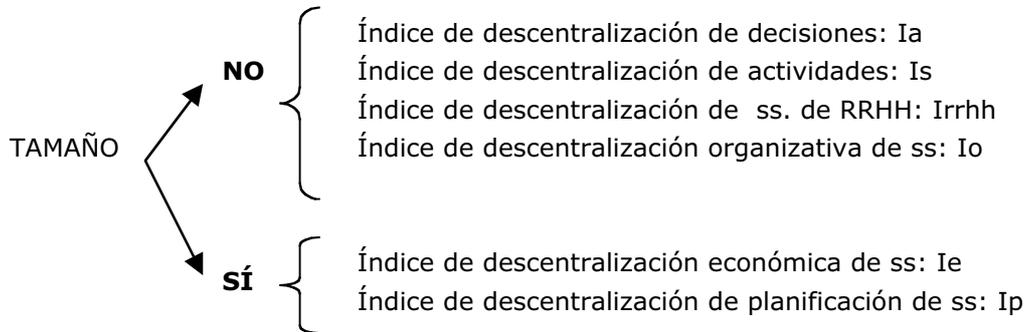
Tabla 10.39. Correlaciones entre tamaño y los índices de descentralización

		Correlaciones		
		Número camas	Metros cuadrados	Personal
Ia	Correlación de Pearson	0,1214	0,1347	0,2022
	Sig. (bilateral)	0,5155	0,5303	0,3548
Is	Correlación de Pearson	-0,2852	-0,0153	-0,2366
	Sig. (bilateral)	0,1266	0,9449	0,2891
Io	Correlación de Pearson	0,1277	-0,0221	0,2714
	Sig. (bilateral)	0,5521	0,9307	0,2760
Ie	Correlación de Pearson	0,6135	0,4372	0,6454
	Sig. (bilateral)	0,0115	0,1552	0,0234
Ip	Correlación de Pearson	-0,4576	-0,4345	-0,4777
	Sig. (bilateral)	0,0096	0,0338	0,0211
Irrhh	Correlación de Pearson	0,1720	0,4880	0,0606
	Sig. (bilateral)	0,3815	0,0248	0,7997

Fuente :Elaboración propia

En este caso, únicamente existe una relación significativa y además negativa entre el tamaño del hospital y el índice de descentralización de decisiones, es decir que en hospitales más grandes el nivel de descentralización de decisiones es más pequeño, mientras que en hospitales más pequeños este índice de descentralización de decisiones es más elevado. Por tanto podemos concluir diciendo:

Figura 10.10.: Resultado de la primera sub-hipótesis



Fuente: Elaboración propia

h₁₂: El tamaño organizativo del centro hospitalario, influye en el nivel de descentralización, positivamente.

Para poder contrastar esta hipótesis se han realizado dos estudios, un análisis de correlaciones con aquellas variables que son cuantitativas y un análisis de ANOVA con aquellas que son cualitativas.

En el estudio de correlaciones (tabla 10.40) hemos buscado la relación que existe entre los diferentes índices de descentralización y el número de departamentos, servicios y secciones que tiene cada hospital. Igual que en el caso anterior, obtenemos una correlación alta y negativa entre el tamaño organizativo y el índice de descentralización de decisiones (Ia) sin encontrar ninguna otra relación entre las variables.

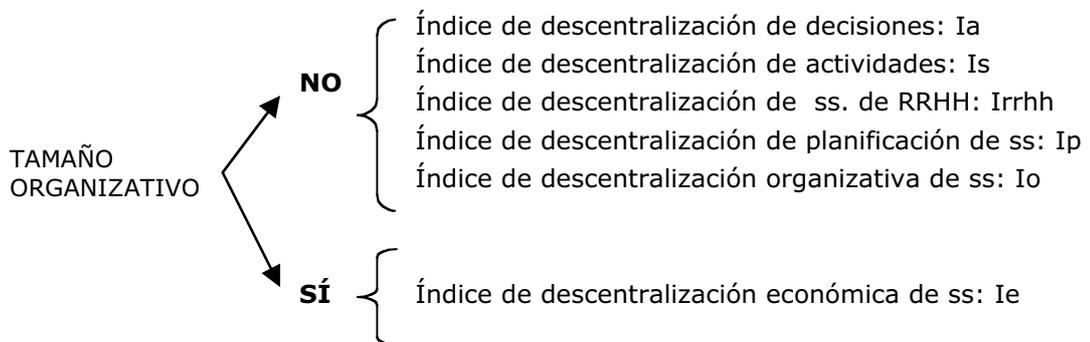
Tabla 10.40. Correlaciones entre tamaño organizativo y los índices de descentralización

		Correlaciones		
		Nº de secciones médicas	Nº de servicios	Nº de departamentos
Ia	Correlación de Pearson	0,1076	0,2540	0,04563
	Sig. (bilateral)	0,7262	0,2798	0,9419
Is	Correlación de Pearson	-0,3663	-0,2848	0,1363
	Sig. (bilateral)	0,2182	0,2371	0,8269
Io	Correlación de Pearson	0,4477	0,1539	0,3335

	Sig. (bilateral)	0,1673	0,5691	0,6664
Ie	Correlación de Pearson	0,6670	0,7764	-1
	Sig. (bilateral)	0,1477	0,0138	.000
Ip	Correlación de Pearson	-0,4200	-0,3622	-0,3005
	Sig. (bilateral)	0,1529	0,1165	0,6232
Irrhh	Correlación de Pearson	-0,0845	-0,0560	0,7997
	Sig. (bilateral)	0,8046	0,8306	0,1042

Fuente: Elaboración propia

Figura 10.11: Resultado de la segunda sub-hipótesis



Fuente: Elaboración propia

En el análisis de la ANOVA, (tablas 10.41, 10.42, 10.43), se analizan la existencia o no de Junta Facultativa, Junta Clínica y de secciones⁶, todas las variables cualitativas que nos indican tamaño organizativo, con los diferentes índices de descentralización. Este análisis también nos da todo negativo, es decir, no existe ninguna relación entre los índices de descentralización y el tamaño organizativo medido por la existencia de ciertos niveles jerárquicos.

⁶ No se analiza la existencia de los servicios, ya que como hemos visto anteriormente, todos los hospitales tienen servicios.

Tabla 10.41. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de Junta Facultativa

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	4,4533	1	4,453	0,830	0,369
	Intra-grupos	160,9110	30	5,364		
	Total	165,3643	31			
Is	Inter-grupos	0,2449	1	0,245	0,009	0,925
	Intra-grupos	786,3957	29	27,117		
	Total	786,6405	30			
Io	Inter-grupos	19,1642	1	19,164	5,677	0,026
	Intra-grupos	77,6395	23	3,376		
	Total	96,8038	24			
Ie	Inter-grupos	0,2212	1	0,221	0,007	0,934
	Intra-grupos	402,1108	13	30,932		
	Total	402,3320	14			
Ip	Inter-grupos	16,7553	1	16,755	0,188	0,668
	Intra-grupos	2671,2392	30	89,041		
	Total	2687,9945	31			
Irrhh	Inter-grupos	2,5886	1	2,589	0,307	0,584
	Intra-grupos	227,7405	27	8,435		
	Total	230,3291	28			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.42. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de Junta Clínica

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	0,985	1	0,985	0,180	0,675
	Intra-grupos	164,379	30	5,479		
	Total	165,364	31			
Is	Inter-grupos	0,527	1	0,527	0,019	0,890
	Intra-grupos	786,113	29	27,107		
	Total	786,641	30			
Io	Inter-grupos	6,551	1	6,551	1,670	0,209
	Intra-grupos	90,252	23	3,924		
	Total	96,804	24			
Ie	Inter-grupos	9,118	1	9,118	0,301	0,592
	Intra-grupos	393,214	13	30,247		
	Total	402,332	14			
Ip	Inter-grupos	6,816	1	6,816	0,076	0,784
	Intra-grupos	2681,179	30	89,373		
	Total	2687,994	31			
Irrhh	Inter-grupos	0,000	1	0,000	0,000	0,997

Intra-grupos	230,329	27	8,531
Total	230,329	28	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.43. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la existencia de secciones

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	25,589	1	25,589	5,675	0,024
	Intra-grupos	139,786	31	4,509		
	Total	165,375	32			
Is	Inter-grupos	21,680	1	21,680	0,846	0,365
	Intra-grupos	768,782	30	25,626		
	Total	790,462	31			
Io	Inter-grupos	0,019	1	0,019	0,005	0,945
	Intra-grupos	96,872	24	4,036		
	Total	96,891	25			
Ie	Inter-grupos	51,335	1	51,335	1,793	0,202
	Intra-grupos	400,901	14	28,636		
	Total	452,236	15			
Ip	Inter-grupos	152,056	1	152,056	1,858	0,183
	Intra-grupos	2536,834	31	81,833		
	Total	2688,890	32			
Irrhh	Inter-grupos	8,980	1	8,980	1,090	0,305
	Intra-grupos	230,609	28	8,236		
	Total	239,588	29			

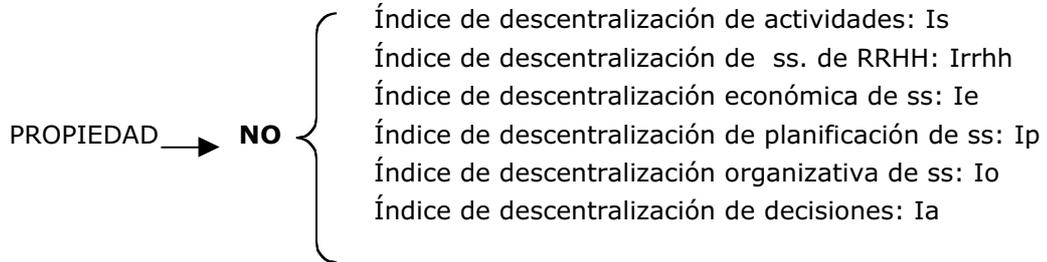
Fuente: Elaboración propia

h₁₃: La propiedad del centro influye en el nivel de descentralización.

Para estudiar la correlación entre una variable cualitativa y otra cuantitativa, como es este caso, se ha utilizado el análisis de la varianza. Consiste en determinar si las puntuaciones medias de la variable a explicar alcanzadas dentro de cada grupo de la variable explicativa son estadísticamente significativas (tabla 10.44).

Para contrastar esta hipótesis se ha utilizado la variable propiedad y los diferentes índices de descentralización. El resultado es parecido al anterior, no hay ninguna relación estadísticamente significativa entre la propiedad y el nivel de descentralización.

Figura 10.12: Resultado de la tercera sub-hipótesis



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.44. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la propiedad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	0,659	1	0,659	0,124	0,727
	Intra-grupos	164,716	31	5,313		
	Total	165,375	32			
Is	Inter-grupos	0,521	1	0,521	0,020	0,889
	Intra-grupos	789,941	30	26,331		
	Total	790,462	31			
Io	Inter-grupos	0,100	1	0,100	0,025	0,876
	Intra-grupos	96,791	24	4,033		
	Total	96,891	25			
Ie	Inter-grupos	0,674	1	0,674	0,021	0,887
	Intra-grupos	451,562	14	32,254		
	Total	452,236	15			
Ip	Inter-grupos	2,733	1	2,733	0,032	0,860
	Intra-grupos	2686,157	31	86,650		
	Total	2688,890	32			
Irrhh	Inter-grupos	3,528	1	3,528	0,418	0,523
	Intra-grupos	236,060	28	8,431		
	Total	239,588	29			

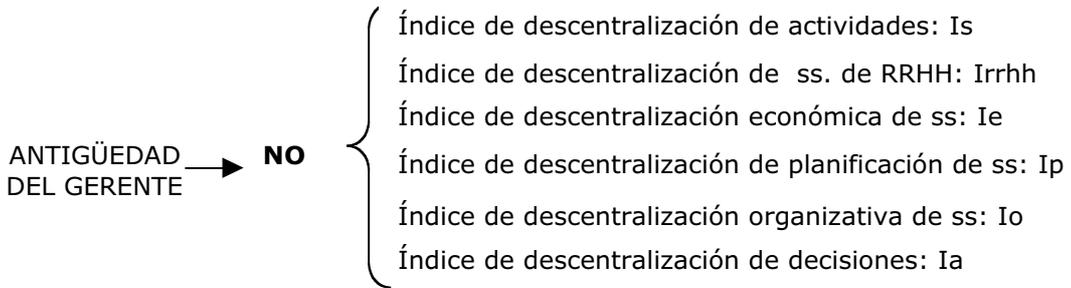
Fuente: Elaboración propia

h₁₄: La antigüedad en el puesto del gerente, influye en el nivel de descentralización

Para contrastar este caso, como las dos variables son cuantitativas se ha realizado un análisis de correlación (tabla 10.45), entre las variables antigüedad del gerente en su puesto de trabajo y los diferentes índices de

descentralización. Como en los casos anteriores, se rechaza la hipótesis ya que no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre estas variables.

Figura 10.13: Resultado de la cuarta sub-hipótesis



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.45. Análisis de correlación entre los índices de descentralización y la antigüedad del gerente

		Antigüedad del gerente
Ia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	0,1627 0,3736 32
Is	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-0,0776 0,67782 31
Io	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-0,1256 0,54957 25
Ie	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	0,23220 0,40497 15
Ip	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-0,15384 0,40052 32
Irrhh	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-0,1043 0,59002 29
Antigüedad del gerente	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 . 32

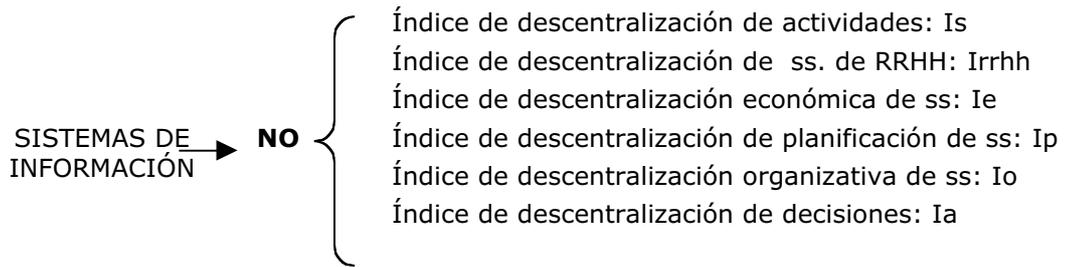
Fuente: Elaboración propia

h₁₅: A mayor utilización de sistemas de información, mayor nivel de descentralización.

La existencia de intranet en las organizaciones podría suponer una ventaja a la hora de descentralizar, ya que la coordinación de las diferentes unidades e incluso la gestión propia de cada unidad, podría beneficiarse de la existencia de estos sistemas de información. De igual manera otro ítem que se puede medir esta utilización real de los sistemas de información es con la existencia de correo personal por parte de los trabajadores de cada servicio.

Realizando un estudio de la varianza entre estas variables y los diferentes índices (tabla 10.46, 10.47) obtenemos que no existe una relación significativa entre ellas.

Figura 10.14: Resultado de la quinta sub-hipótesis



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.46. Análisis ANOVA entre índices de descentralización y existencia de intranet

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
IANORMAL	Inter-grupos	9,365	1	9,365	1,861	0,182
	Intra-grupos	156,010	31	5,033		
	Total	165,375	32			
ISNORMAL	Inter-grupos	63,846	1	63,846	2,636	0,115
	Intra-grupos	726,616	30	24,221		
	Total	790,462	31			
IONORMAL	Inter-grupos	3,571	1	3,571	0,918	0,347

	Intra-grupos	93,320	24	3,888		
	Total	96,891	25			
IENORMAL	Inter-grupos	34,612	1	34,612	1,160	0,300
	Intra-grupos	417,625	14	29,830		
	Total	452,236	15			
IPNORMAL	Inter-grupos	157,294	1	157,294	1,926	0,175
	Intra-grupos	2531,596	31	81,664		
	Total	2688,890	32			
IRHNORMA	Inter-grupos	0,544	1	0,544	0,064	0,803
	Intra-grupos	239,044	28	8,537		
	Total	239,588	29			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.47. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y la disposición por parte de los trabajadores de dirección de correo electrónica

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	14,217	1	14,217	2,932	0,098
	Intra-grupos	130,930	27	4,849		
	Total	145,147	28			
Is	Inter-grupos	122,538	1	122,538	4,908	0,036
	Intra-grupos	649,135	26	24,967		
	Total	771,673	27			
Io	Inter-grupos	3,301	1	3,301	0,895	0,355
	Intra-grupos	73,753	20	3,688		
	Total	77,054	21			
Ie	Inter-grupos	15,671	1	15,671	0,472	0,504
	Intra-grupos	431,467	13	33,190		
	Total	447,137	14			
Ip	Inter-grupos	0,616	1	0,616	0,007	0,933
	Intra-grupos	2331,681	27	86,359		
	Total	2332,297	28			
Irrhh	Inter-grupos	1,570	1	1,570	0,167	0,686
	Intra-grupos	225,499	24	9,396		
	Total	227,069	25			

Fuente: Elaboración propia

h₁₆: La estrategia seguida por cada centro, influirá en sus niveles de descentralización.

Para observar esta relación, igual que en los casos anteriores, se ha realizado un estudio de la varianza entre las citadas variables. Para medir la estrategia de cada centro se ha utilizado las variables del tipo de paciente que potencialmente puede tener y el que realmente tienen.

Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 10.48 y 10.49.

Tabla 10.48. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y el tipo de clientes que se han tenido este año

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	1,447	2	0,724	0,132	0,876
	Intra-grupos	163,928	30	5,464		
	Total	165,375	32			
Is	Inter-grupos	26,721	2	13,361	0,507	0,607
	Intra-grupos	763,741	29	26,336		
	Total	790,462	31			
Io	Inter-grupos	7,874	2	3,937	1,017	0,377
	Intra-grupos	89,017	23	3,870		
	Total	96,891	25			
Ie	Inter-grupos	27,952	2	13,976	0,428	0,661
	Intra-grupos	424,284	13	32,637		
	Total	452,236	15			
Ip	Inter-grupos	1,174	2	0,587	0,007	0,993
	Intra-grupos	2687,716	30	89,591		
	Total	2688,890	32			
Irrhh	Inter-grupos	20,285	2	10,143	1,249	0,303
	Intra-grupos	219,303	27	8,122		
	Total	239,588263	29			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10.49. Análisis ANOVA entre los índices de descentralización y el tipo de clientes potencial de un hospital

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ia	Inter-grupos	23,124	2	11,562	2,438	0,104
	Intra-grupos	142,251	30	4,742		
	Total	165,375	32			
Is	Inter-grupos	19,435	2	9,718	0,366	0,697
	Intra-grupos	771,027	29	26,587		
	Total	790,462	31			

Io	Inter-grupos	0,043	2	0,022	0,005	0,995
	Intra-grupos	96,848	23	4,211		
	Total	96,891	25			
Ie	Inter-grupos	47,796	2	23,898	0,768	0,484
	Intra-grupos	404,440	13	31,111		
	Total	452,236	15			
Ip	Inter-grupos	50,615	2	25,308	0,288	0,752
	Intra-grupos	2638,275	30	87,942		
	Total	2688,890	32			
Irrhh	Inter-grupos	40,656	2	20,328	2,759	0,081
	Intra-grupos	198,933	27	7,368		
	Total	239,588263	29			

Fuente: Elaboración propia

h₁₇: La percepción que el gerente tenga del entorno en el que trabaja el hospital, influirá en los niveles de descentralización.

Con esta hipótesis se quiere encontrar un perfil estándar de características externas de hospitales con un mayor nivel de descentralización y comprobar como los diferentes factores contingentes, que la revisión bibliográfica nos apuntan a que sí que afectan, comprobar que en este sector y con la metodología utilizada, corroborará los datos.

Tabla 10.50. Análisis de correlaciones entre la percepción del entorno y cada uno de los índices de descentralización

		Entorno Económico	Entorno Tecnológico	Exigencia de los usuarios	Aumento de restricciones	Innovación tecnológicas
Ia	Correlación de Pearson	-0,119	0,097	0,154	0,195	-0,093
	Sig. (bilateral)	0,510	0,592	0,392	0,277	0,608
Is	Correlación de Pearson	-0,032	-0,422	0,000	-0,181	-0,198
	Sig. (bilateral)	0,864	0,016	0,999	0,321	0,277
Io	Correlación de Pearson	0,012	-0,176	-0,215	-0,040	0,334
	Sig. (bilateral)	0,954	0,389	0,291	0,848	0,095
Ie	Correlación de Pearson	-0,329	0,295	-0,220	-0,032	0,213
	Sig. (bilateral)	0,213	0,267	0,413	0,906	0,429

Ip	Correlación de Pearson	-0,029	0,053	-0,114	0,252	-0,033
	Sig. (bilateral)	0,871	0,768	0,527	0,156	0,857
Irrhh	Correlación de Pearson	0,233	-0,066	0,123	0,189	0,209
	Sig. (bilateral)	0,216	0,729	0,517	0,318	0,267

Fuente: Elaboración propia

Una segunda hipótesis a contrastar es aquella que busca las correlaciones existentes entre los diversos índices de descentralización a identificar.

Hipótesis 2: Altos niveles en el índice de descentralización de decisiones están ligados a altos niveles de descentralización en los servicios que se refleja en el índice del servicio. Y en contraposición un alto nivel de descentralización en el índice de actividades no tiene porque suponer o estar relacionado con altos niveles de descentralización de los otros dos índices, el de decisiones y el de servicios.

Esta hipótesis estudia las relaciones existentes entre los diferentes índices que miden la descentralización global de un centro hospitalario. Buscan una relación real entre ellos, ya sea positiva o negativa, para comprobar que no se trata de medidas que, midiendo conceptos diferentes aunque relacionados, muestran una independencia. La lógica nos dice que los tres índices tendrían que estar relacionados en la misma dirección, aunque tendremos que realizar la comprobación para estar seguros de ello para validar estas hipótesis.

396

Tabla 10.51. Análisis de correlación entre los índices de descentralización

		Ia	Is	Io	Ie	Ip	Irrhh
Ia	Correlación de Pearson	1,000	-0,377	-0,412	-0,097	0,121	-0,232
	Sig. (bilateral)	,	0,034	0,037	0,722	0,501	0,217
Is	Correlación de Pearson	-0,377	1,000	0,181	-0,363	-0,202	0,172
	Sig. (bilateral)	0,034	.	0,388	0,167	0,267	0,373
Io	Correlación de	-0,412	0,181	1,000	0,066	-0,148	0,249

	Pearson						
	Sig. (bilateral)	0,037	0,388	.	0,838	0,469	0,230
Ie	Correlación de Pearson	-0,097	-0,363	0,066	1,000	-0,245	-0,230
	Sig. (bilateral)	0,722	0,167	0,838	.	0,361	0,449
Ip	Correlación de Pearson	0,121	-0,202	-0,148	-0,245	1,000	-0,126
	Sig. (bilateral)	0,501	0,267	0,469	0,361	.	0,508
Irrhh	Correlación de Pearson	-0,232	0,172	0,249	-0,230	-0,126	1,000
	Sig. (bilateral)	0,217	0,373	0,230	0,449	0,508	.

Fuente: Elaboración propia

De este análisis se concluye que existe una correlación negativa entre el índice de descentralización de decisiones y el índice de externalización de actividades, es decir, contra más descentralizado esté el poder de la toma de decisión menor es el número de actividades subcontratadas externamente. Es lógico, que tengamos un resultado así ya que si dirigimos una organización con un alto nivel de descentralización que ayuda a la flexibilización de las actividades y se dota cada unidad de mayor autonomía y eso mejora la eficacia y eficiencia de cada unidad, las ventajas de esta externalización de actividades no es tan elevada, con la posibilidad de poder lograr unidades dentro de un hospital que sean competitivas con empresas autónomas y también puedan en un futuro, dar servicios a otras empresas externas al propio hospital, de manera que formen pequeñas unidades autónomas con criterios de gestión de mercado que ofrezcan sus servicios al interior y también al exterior de la propia organización. Evidentemente esta estrategia condiciona a una negociación de condiciones por parte de la unidad y del hospital, significará un cambio de cultura de los directores de unidad, de todos sus trabajadores y de los gerentes, la existencia de precios interno y la posibilidad de poder facturar, entre otros.

Existe otra correlación entre los índices, entre el de descentralización de decisiones y entre el nivel de descentralización organizativo de los servicios. Su correlación también es negativa, y por tanto, a mayores niveles de autonomía de decisión, menor es la descentralización organizativa de los servicios.

Como hemos podido comprobar se hace difícil el poder extraer alguna conclusión más que sea estadísticamente significativa. Observamos que no existen más relaciones entre los citados índices de medida de la descentralización.

Fruto del **objetivo D** antes citado, realizamos la tercera hipótesis que entendemos como central en este trabajo de investigación.:

Hipótesis 3: Aquellos centros en los que se constate un mayor nivel de descentralización, su nivel de eficiencia también será mayor.

Mediante la demostración de esta hipótesis daremos respuesta al objetivo principal del estudio, demostrar la relación positiva o negativa entre el nivel de descentralización y el de eficiencia.

El principal problema que ahora constatamos es cómo medir la eficiencia. En el capítulo siete de esta investigación, ya se ha presentado el problema de dicha variables. A continuación se presenta el estudio estadístico de esta hipótesis, únicamente utilizando como variable de medida de la eficiencia la estancia media. Conocemos todas las limitaciones que comporta la utilización de esta variable y que no podemos extraer opiniones sin contrarrestarlas con otras variables de medida de la eficiencia, pero en estos momentos no disponemos todas las fuentes que hemos acudido para obtener la información que necesitamos, nos han denegado por diferentes causas estas medidas.

398

A continuación presentamos una tabla global (tabla 10.52) de dónde extraeremos las conclusiones para demostrar cada una de las siguientes subhipótesis.

h₃₁: Hospitales con mayores niveles de descentralización de actividades, tendrán una mayor eficiencia global

h₃₂: Hospitales con mayores niveles de descentralización de decisiones, tendrán una mayor eficiencia global.

h₃₃: Hospitales con mayores niveles de descentralización en los servicios, tendrán una mayor eficiencia global.

Tabla 10.52. Análisis de correlaciones entre las diferentes medidas de descentralización y la estancia media.

		Estancia media 2000
Ia	Correlación de Pearson	0,420
	Sig. (bilateral)	0,041
Is	Correlación de Pearson	-0,355
	Sig. (bilateral)	0,096
Io	Correlación de Pearson	-0,182
	Sig. (bilateral)	0,470
Ie	Correlación de Pearson	0,449
	Sig. (bilateral)	0,124
Ip	Correlación de Pearson	-0,200
	Sig. (bilateral)	0,348
Irrhh	Correlación de Pearson	0,185
	Sig. (bilateral)	0,422
Estancia media 2000	Correlación de Pearson	1,000
	Sig. (bilateral)	.

Fuente: Elaboración propia

Como ya se ha comprobado anteriormente sólo existe una relación positiva entre la estancia media y el índice de descentralización de decisiones. Esta relación positiva indica que a niveles más elevados de descentralización, también existe una estancia media positiva, aspecto que nos indicaría a rechazar completamente la hipótesis 3. Sin embargo, esta redacción de la hipótesis tres lo que nos dice es que tenemos que comparar grupos de hospitales con un nivel similar de descentralización.

Para llevar a cabo este segundo estudio y poder rechazar o aceptar las hipótesis realizamos un análisis cluster de los diferentes índices de descentralización y observar en cada uno de ellos la media de la estancia media. De esta forma obtenemos la tabla 10.53.

Tabla 10.53. Estancia media para cada grupo de hospital según el índice de descentralización de decisiones

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Grupo 1	4,45	6,8	5,6240	,9876
Grupo 2	4,23	9,23	6,6227	1,3728
Grupo 3	4,80	7,6	6,1250	,9899

Fuente: Elaboración propia

Según el análisis cluster el grupo 1 sería el más descentralizado, después vendría el 3 y por último el 2. Por tanto observamos que el grupo de hospitales con nivel más alto en la descentralización de decisiones, tienen una estancia media inferior, e igual sucede con el grupo 2, que es el que tiene menor nivel de descentralización y su estancia media es más elevada. Por tanto en este caso sí que se puede hablar que el grupo de hospitales con un nivel de descentralización de decisiones más elevado tienen una estancia media inferior al resto. Por tanto aceptaríamos la primera subhipótesis tres.

Una vez analizada la primera subhipótesis pasamos a valorar la segunda subhipotesis. Para realizamos el mismo estudio que en el caso anterior: un análisis cluster para poder calcular la media de cada grupo (tabla 10.54).

Tabla 10.54. Estancia media para cada grupo de hospital según el índice de descentralización de actividades externalizadas

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Grupo 1	4,45	6,8	5,6250	1,6617
Grupo 2	4,8	7,22	5,9817	1,2038
Grupo 3	4,23	7,9	6,4133	1,1130
Grupo 4	5,64	9,23	6,7367	1,2646

Fuente: Elaboración propia

En este caso el grupo 1 es el grupo con menor nivel de descentralización de externalización de actividades, siguiendo por orden hasta llegar al grupo 4 que se trata de la agrupación de hospitales con mayor descentralización de actividades. Como se puede comprobar en la tabla a más nivel de

descentralización de este tipo la estancia media aumenta. En este caso se rechaza la hipótesis planteada.

Cuando se comentó este resultado a expertos en el tema, no les asombró el resultado, ya que aquellos hospitales que tienen más actividades externalizadas se centran en actividades asistenciales, y como hemos visto Maister afirmaba que a este tipo de actividades no se las puede gestionar como una "fábrica", es decir realizando políticas de economía de escala y de reducción de costes.

La última subhipótesis que hay que valorar relaciona el índice de descentralización de servicios con la estancia media. Para aceptar o rechazar la hipótesis, se ha realizado un análisis cluster y un estudio de la media de la estancia media.

Tabla 10.55. Estancia media para cada grupo de hospital según el índice de descentralización de sus servicios

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica
Grupo 1	4,23	9,23	6,3718	1,3013
Grupo 2	4,86	6,9	6,0775	,8670
Grupo 3	4,45	7,9	6,1744	1,3085

Fuente: Elaboración propia

En este caso es el orden de los grupos según su nivel de descentralización en los servicios es 2, 1 y por último el 3. Si analizamos la estancia media de cada uno de los grupos, observamos que el grupo con mayor nivel de descentralización de servicios, el grupo 2, tiene una estancia media menor; aunque no sigue la misma dinámica en los dos grupos siguientes. Por tanto aunque con reticencias pero podemos decir que aceptamos la hipótesis de que el grupo de hospitales con mayor nivel de descentralización a nivel de servicios, menor es su estancia media.

Capítulo
11

Conclusiones de la
investigación.

El objetivo del presente trabajo que ahora concluimos es el estudio de las nuevas formas organizativas, que por medio de la descentralización, pueden crearse en centros hospitalarios. A la vez hemos querido crear un índice que permita medir el grado de la descentralización organizativa y, conociendo cuál es el grado de descentralización en los hospitales catalanes, comprobar si existe realmente una relación entre la descentralización, positiva o negativa, y la eficiencia.

Tradicionalmente el estudio de las formas organizativas, se ha planteado desde diferentes enfoques pero nunca con intención de medir una de sus características, como puede ser en este caso la descentralización. Hasta ahora se han realizado trabajos desde un punto más teórico o estudiando el diseño organizativo y su estructura organizativa relacionándolo únicamente con factores contingentes.

En la revisión de la bibliografía se pone en evidencia el vacío bibliográfico sobre la medición de la descentralización y flexibilidad organizativa, aun siendo un factor del que ampliamente se habla y en estos momentos se le concede el carácter de ventaja competitiva, ya que la forma de organizar los recursos y de establecer relaciones entre ellos, significa cómo cada organización es capaz de maximizar sus recursos y centrarse en las capacidades que le hacen único, minimizando los costes de este proceso. Hemos pretendido considerarlo junto con el hecho que cada organización está situada dentro de un entorno cada vez más globalizado, con el que se ha de relacionar y por tanto se ha de adaptar a él y ser lo más flexible a los rápidos y profundos cambios, tecnológicos, legales, sociales, culturales y políticos que son característicos.

Se trata de un problema ambicioso no sólo por la complejidad que tiene medir de la descentralización organizativa sino por la dificultad de no caer en la subjetividad que supone crear un método propio de medida. Se trata de medir un concepto muy amplio y que recoge multitud de aspectos organizativos, razón por la que la elaboración del índice de descentralización global organizativo se ha dividido en tres niveles: de decisiones generales, de actividades externas y un tercer nivel de servicios.

Teniendo en cuenta el estudio realizado podemos afirmar que nos encontramos delante de un **sector muy heterogéneo**, no sólo por sus diferentes dimensiones (el tamaño mínimo es de 30 camas y el máximo 1.396, y en metros cuadrados el mínimo eran 2.100 con un máximo de 29.793,21 metros cuadrados) sino también en la forma de organizarse y en sus órganos internos.

A la vez se trata de un **sector maduro** aunque en constante cambio, donde el 25% de los hospitales fueron creados antes del siglo XX y que ha provocado que hayan tenido que evolucionar, con cambios en su forma jurídica y en su estructura organizativa, para poder actuar en el mercado sanitario actual, y por tanto en una constante evolución: aproximadamente el 30% de los hospitales catalanes en los últimos cinco años han variado el número de niveles jerárquicos y por tanto han variado su estructura organizativa.

Esta evolución organizativa es la que inició esta investigación y cuyas conclusiones, de los diferentes niveles de estudio, presentamos a continuación:

1. **El 30% de los hospitales han modificado el número de niveles jerárquicos en los últimos cinco años, sin que haya ninguna característica significativa común a todos ellos.**

El 69% de los hospitales catalanes no han variado su número de niveles jerárquicos, es decir no han aplicado aumentos ni de reducción de niveles organizativos, aunque eso no significa que no hayan hecho reorganizaciones internas. Por el contrario el 20,7% de los centros han tenido una disminución de uno o dos niveles y el resto (un 10,3%) han aumentado el número de niveles en uno, dos o tres niveles jerárquicos. Se pone de manifiesto la existencia de una leve tendencia a la hora de realizar cambios organizativos, de no cargar las estructuras con más niveles y por tanto con más jerarquías sino que se tienden a disminuir el número de estructuras, haciéndolas más flexibles y menos rígidas.

Este tipo de estrategias comúnmente utilizadas en otro sectores, son fuertemente criticadas por la pérdida de empleos que supone, sin embargo se trata de políticas que haciéndolas paulatinamente no tiene porque suponer un esfuerzo en coste de personal y sí logran crear organizaciones más "manejables".

Después de estudiar los hospitales que más cambios organizativos han experimentado, no se han encontrado características significativas comunes entre los hospitales que han optado por el mismo tipo de política, ni en políticas de disminución ni aumento de niveles jerárquicos.

2. Respecto al criterio escogido para departamentalizar, observamos que **existe una fuerte distancia entre la realidad que siguen los hospitales, el marco legal y los estudio teóricos sobre organización.** Según los gerentes de los hospitales mayoritariamente siguen un criterio funcional (el 60,714% de los casos), seguidos aunque de manera alejada, por el divisional (el 21,429%), el matricial (un 14,286%) y por último el 3,571% de los gerentes aseguran seguir criterios federativos.

El marco legal existente en el sector afirma que la estructura hospitalaria tiene que ser funcional o divisional; se trata de un marco legal de principios de 1990, aunque hay legislación válida de 1972, que ha evolucionado respecto a nuevas formas jurídicas (la creación de la Ley de Funciones,...) pero que sin embargo no ha seguido la misma línea respecto a la incorporación de nuevas estructuras o formas

organizativas. ¿Cómo es posible que exista otro tipo de criterios si la ley no lo considera?

Un aspecto más sorprendente si cabe, es el hecho de que todos los hospitales que siguen criterios federativos (criterio que tiende a favorecer la descentralización) se trata de hospitales públicos. Por tanto la idea de que la propiedad pública del centro pueda significar un anquilosamiento en estructuras organizativas antiguas, no es cierto, ya que los únicos que dicen estar aplicando criterios modernos de organización se trata de hospitales públicos.

3. **No existe consenso respecto los órganos *organizativos* de los hospitales. La descentralización de poder sobre cada uno de ellos es en la mayoría asistencial, y en muy pocos casos económica.** La orden de 16 de mayo de 1990 regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social y gracias a ella podemos dibujar un posible organigrama estándar y conocer las funciones de cada uno de los diferentes niveles jerárquicos que en ellos se dibujan. Dejando atrás el primer nivel que diferencia la división médica, de la de enfermería y la de administración general (o servicios generales); en el resto de niveles no existe un organigrama estándar en la existencia o no de los diferentes niveles u órganos, ni en el poder que tiene cada uno, ni en el tipo de poder que dispone cada uno.

Existen Junta Facultativa en un 78,1% de los hospitales, Junta Clínica en un 62,5%, departamentos en un 15,2% y secciones en un 63,6%. En este caso existe una excepción y es el nivel de los servicios, que existe en la totalidad de ellos, ya que es exigido y obligado por ley. Respecto el tipo de poder que tiene cada nivel organizativo (tabla 9.16) podemos concluir diciendo que la Junta Facultativa, la Junta Clínica, la dirección de un servicio y la dirección de una sección son órganos que poseen fundamentalmente poder asistencial y no económico; sin embargo tanto la dirección médica como la de enfermería disponen de los dos tipos de poderes, asistencial y económico. Por tanto se puede deducir que desde la dirección se han delegado aspectos asistenciales pero nada relacionado con aspectos económicos. Pensamos que esta delegación es un primer paso hacia la descentralización, pero se trata de un grado muy parcial e inicial y que dependerá de futuras acciones en cada centro para pensar que puede ser una tendencia a ampliar en los próximos años.

4. Después de estudiar el tipo y grado de poder delegado en sus órganos **se han encontrado cuatro estilos diferentes de organizar** los diferentes centros estudiados según el poder de sus órganos:
- hospitales cuya descentralización de poder en órganos inferiores es casi nula: el nivel de poder asistencial es muy bajo y el económico nulo. Se trata de hospitales muy centralizados.
 - Hospitales con un nivel de descentralización del poder asistencial más elevado pero que no disponen ni de Junta Facultativa ni de Junta Clínica
 - Otro tipo con el mismo nivel que el anterior pero sí que disponen de Junta Facultativa y de Junta Clínica
 - Por último, el grupo de hospitales con un mayor nivel de descentralización de sus órganos de gestión, que han delegado en sus niveles inferiores aspectos tanto asistenciales como económicos.

Cada uno de estos grupos, estadísticamente significativos, crean los diferentes estilos de dirección de los hospitales catalanes. Perfiles que no vienen caracterizados por la existencia de ningún factor contingente o característica externa de los hospitales que pertenecen a cada grupo. Es decir ni el tamaño, ni la propiedad, ni la estrategia, ni el entorno, ni la tecnología, ni características externas, ni los años de antigüedad del director, ..., son aspectos distintivos comunes a cada uno de los perfiles de dirección encontrados.

5. Respecto al nivel de descentralización que existe en la toma de decisiones que afectan a todo el centro, lo que hemos llamado a lo largo del estudio **la descentralización en decisiones generales**, los **hospitales catalanes tienen una valoración de 4 sobre 10. Además las decisiones generales con mayor nivel de descentralización son aquellas relacionadas con la actividad diaria de una unidad y que no significan o no modifican el presupuesto global del hospital. Queda un largo camino por delante.**

El proceso de descentralización de los hospitales catalanes se encuentra situado a nivel de dirección médica¹. Como era previsible las decisiones descentralizadas de media a un nivel inferior, la dirección de servicio, son aquellas que están relacionadas con aspectos diarios de la actividad normal de cada unidad y además no suponen modificaciones en los presupuestos generales de la organización. A nivel de dirección médica, es decir el nivel 2, se toman decisiones como el despido de trabajadores y supervisores, ascensos y promociones, horas extras, número de supervisores, creación de nuevos puestos de trabajo,... Las decisiones más centralizadas son aquellas relacionadas con variaciones en la remuneración de los trabajadores, de los asesores externos, el márketing del centro y la existencia o no de asesores externos.

Hay aspectos que nos muestran una idea clara de la situación actual de la descentralización de decisiones generales en los hospitales catalanes, como por ejemplo que la decisión de compra de tecnología la decidan a nivel de dirección médica, y después una vez aprobado sea desde la dirección de un servicio que decida escoger a sus proveedores o la selección del equipo que se ha de comprar o la marca del equipo que comprar, siempre y cuando esté dentro del presupuesto.

Resumiendo los hospitales catalanes siguen teniendo una estructura jerárquica, mayoritariamente con criterios funcionales o divisionales, dónde las decisiones se toman de forma jerárquica y según su relevancia en la organización son tomadas por los diferentes niveles jerárquicos, siendo la media de las decisiones tomadas en el segundo nivel de la organización (división médica) y siendo el tercer nivel, dirección de un servicio, el último para tomar decisiones y siempre que no estén relacionadas con el presupuesto.

6. **Según el nivel de descentralización de decisiones generales se ha obtenido unos perfiles de hospitales y por tanto una tipología de hospitales según su nivel de descentralización en las decisiones.**

Respecto al grupo de hospitales según su nivel de descentralización en decisiones generales podemos distinguir tres grupos diferentes de hospitales, con el siguiente perfil cada uno de ellos:

¹ Recordamos brevemente que los cinco niveles en los que se han dividido organizativamente el hospital son: gerente (nivel1), dirección médica (nivel 2), dirección de servicios (nivel 3), dirección de sección (nivel 4), y por último los médicos (nivel 5).

- ☑ el grupo de hospitales con mayor nivel de descentralización en las decisiones generales se trata de hospitales del grupo tipo A y B; respecto a su propiedad no podemos afirmar estadísticamente nada significativo, aunque sí que podemos afirmar que los públicos son los menos descentralizados, según este índice; respecto a la tipología de estos centros son principalmente fundaciones y *otros*²; y lo más sorprendente es que este grupo de hospitales son los que sus trabajadores disponen de menos sistemas de información para su coordinación, es decir no disponen de correo electrónico, aunque sí disponen de una intranet interna. Una primera explicación a la existencia de intranet y no de correo es que la intranet se está utilizando como medio de programación de actividades sanitarias y por tanto es requerida en la mayoría de centros, sin embargo la dirección de correo es más una ayuda a la comunicación y una herramienta que favorece la coordinación. Una segunda explicación a este hecho es que la descentralización requiere mayores niveles de coordinación, ya que al tratarse de unos servicios multidisciplinar cada uno necesita relacionarse con otros. En cambio al tratarse de hospitales pequeños, los problemas de coordinación tampoco son tan graves como pudieran ser en hospitales de mayor tamaño, dónde quizás los problemas de comunicación son el principal obstáculo para la coordinación.

- ☑ El grupo con menor nivel de descentralización a nivel de decisiones generales, se trata fundamentalmente de hospitales de propiedad pública con una tipología tanto de hospitales públicos tanto del ICS como no perteneciente a él. Se trata de hospitales de tipología B y C, tanto universitarios como no universitarios, es decir hospitales grandes. Se trata de centros que disponen de sistemas de información, tanto para la comunicación del personal como de intranets.

- ☑ El grupo intermedio es el más indefinido ya que suponemos que es un paso intermedio entre un nivel de descentralización más elevado y uno menor, sólo el 30% de los centros está en este caso. No existen características significativas de este grupo, ni aspectos propios que lo caractericen creemos que se trata de

² Dentro de esta tipología estaban todos los hospitales que no eran ICS, públicos pero no ICS ni fundaciones, es decir S.A., S.L., etc

una fase de transición y que las futuras acciones organizativas decidirán si pertenece a uno o a otro grupo.

7. **Ni la estrategia ni el entorno percibido por el gerente afectan al alza o la bajo el nivel de descentralización de las decisiones generales, ni condicionan la pertenencia o no a cada uno de los grupos anteriores. El tamaño, la tipología de hospital y los sistemas de información sí que afectan.**

Ni la estrategia seguida por el hospital, ni la percepción del gerente del entorno son características distintiva de cada grupo. Aspectos lógicos por otra parte, ya que la población de estudio (hospitales pertenecientes a la XHUP) no se caracterizan por utilizar diferentes estrategias a la hora de captar usuario ya que estamos delante de un mercado marcado por pauta de comportamiento público. Y respecto a la percepción de los gerentes del entorno es muy similar entre ellos y por tanto no es significativo.

8. **Las actividades subcontratadas son actividades secundarias, no asistenciales o diagnósticas y existen tres razones principales para subcontratar: aumento de calidad, disminución de costes y para hacer frente a la demanda y fundamentalmente son tres las razones para hacerlo: aumento de calidad, disminución de costes y hacer frente a la demanda.**

Una tendencia actual en la economía es la de externalizar aquellas actividades que no sean las principales o las esenciales en la organización y se trata de un fenómeno que también se está siguiendo en el sector hospitalario, por ello se consideró que para estudiar el fenómeno de la descentralización organizativa hospitalaria era oportuno estudiar la externalización de actividades. Es evidente que la subcontratación de actividades es el grado máximo de descentralización, aunque hay autores que ya no lo consideran descentralización ya que la organización deja de realizar esas actividades para que sea una empresa externa que se ocupe de ello. Sea como fuere afecta a la organización del hospital y por tanto si se quiere estudiar la descentralización global se han de estudiar.

El número de actividades subcontratadas es de 4,5 de media entre todos los hospitales contactados (con una media de 1 y un máximo de 8). Se confirman estudios anteriores y la propia lógica, siendo las unidades más subcontratadas por los hospitales catalanes la limpieza y la lavandería (78,8% de los casos), seguidas por la seguridad (72,7%),

la manutención (66,7%) y dos actividades que han aumentado en los últimos años las pruebas diagnósticas (42,4%) y el laboratorio (27,3%).

La estrategia de subcontratación seguida por los hospitales catalanes está de acuerdo con la teoría de Maister que afirman que los servicios más subcontratados son aquellos que se pueden gestionar mediante criterios de búsqueda de eficiencia –similar a los utilizados en las fábricas-, y por tanto su control es más fácil, los niveles de calidad exigidos más fácilmente cuantificables, una contabilidad más precisa etc... En cambio las unidades asistenciales o médicas difícilmente son externalizables, ya que son actividades principales para la organización y además los criterios de control son complicados de establecer.

Respecto a las razones para subcontratar, cómo es lógico pensar e igual que en estudios realizados en otros sector, los motivos de esta externalización son principalmente dos: por motivos económicos y para aumentar la calidad. Un aspecto a resaltar en este caso, y a diferencia de otros sector, la tercera razón de la subcontratación es para hacer frente a una elevada demanda, ya que se trata de un sector que no busca usuarios sino que son la propia demanda la que solicita el servicio de la organización.

9. **Existe una tendencia, aunque no podamos decir que está consolidada en el sector hospitalario catalán que es la independización de servicios del hospital para convertirse en empresas con forma jurídica independiente.**

En un 27,3% de los hospitales catalanes hay unidades o servicios que se han separado jurídicamente del hospital, se han *independizado*, y han pasado a ser actividades subcontratadas a ese hospital y a ofrecer sus servicios a otros hospitales (aspecto considerado cómo el máximo grado de descentralización).

Se trata de una estrategia que permite a la nueva empresa ofrecer sus servicios a otras instituciones sanitarias y disminuir el tamaño organizativo del hospital matriz. Normalmente mantienen cierta dependencia que les beneficia con economías de escala.

10. **La existencia de sistemas de información y de la Junta Facultativa y la Clínica demuestran tener relación con el número de servicios subcontratados, por contra ni el tamaño, ni la propiedad, ni la tipología de hospital afecta a este hecho.**

Dentro de los factores contingentes estudiados en la investigación se ha comprobado que existen unos están relacionados con el nivel de subcontratación y en cambio existen otros que no tienen ningún tipo de relación.

De esta manera, en el grupo de hospitales con mayor nivel de servicios subcontratados, son hospitales que disponen de una baja existencia de sistemas de información dentro de su organización y además, en general, no disponen ni de Junta Facultativa ni de Junta Clínica. Por contra los hospitales que tienen menos servicios subcontratados, se trata de hospitales que disponen de sistemas de información y también de Junta Clínica y Facultativa. Respecto a la existencia de sistemas de información, es lógico que si el servicio está subcontratado y, por tanto no forma parte de la organización, no hace falta que exista tanto nivel de coordinación entre la organización y los recursos, se pacta al principio del contrato un procedimiento, la logística de distribución, los niveles de calidad y a partir de allí es simple rutina. En cambio sí que es necesario una mayor nivel de coordinación si el servicio está en el propio centro ya que al formar parte del hospital se han de coordinar con el resto de recursos.

11. A mayor número de servicios subcontratados, menor es el nivel de descentralización del índice de decisiones generales.

Se demuestra como el grupo de menor nivel de descentralización de actividades externas (menor nivel de servicios subcontratados e independencia de servicios) son los que mayor nivel de descentralización de decisiones tienen, es decir existe una relación negativa entre los dos índices de descentralización estudiados hasta ahora.

Una posible explicación lógica a esta característica es que contra mayor sea el número de actividades externalizadas, menor es la posibilidad de delegar en ellas, ya que no forman parte de la organización y por tanto el número de decisiones que en ellos se delegan es nula y por tanto el índice de medida de descentralización se resiente.

12. A nivel de un servicio, el grado de descentralización interna no tiene porque ser homogéneo en todos sus ámbitos. El nivel de descentralización de un servicio obtiene los siguientes resultados sobre 10: 2,95 en aspectos económicos; 4,72 en recursos humanos; 5,05 en el área de organización y 7,14 respecto a la planificación y el control.

La descentralización se trata de un proceso que va progresando de manera proporcional, como se desprende de la investigación, y como hemos visto en las decisiones generales, existen una serie de actividades que, comunmente, tienen más reticencia a delegarse y otras todo lo contrario.

El resultado de los diferentes niveles³ de descentralización de servicios nos muestran grandes diferencias entre ellos:

	Económico	Planificación y control	RRHH	Organizativo
NIVEL DE DESCENTRALIZACIÓN ...	2,9545	7,1428	4,7272	5,0506

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo

En el caso de los servicios el nivel más elevado de descentralización se encuentra en aquellos aspectos relacionados con la planificación y el control, por el contrario el nivel más bajo de descentralización se relaciona a temas económicos, característica que se repite a lo largo de toda la investigación. Esta es la razón de porque se ha querido calcular el nivel de descentralización en estas cuatro áreas. Hemos querido contrastar que dentro de un mismo servicio existen muchas diferencias en la descentralización según sea el tema y que por consiguiente, crear un único índice puede dar datos erróneos. Se observa que la descentralización relativa a planificación y control es elevada, una nota de notable de media; pero es fácil delegar o descentralizar la planificación y el control, cuando los temas económicos están centralizados.

Por encima de los aspectos económicos está el índice de recursos humanos, no sólo porque la contratación o despido de personal suponen variación en el presupuesto sino también porque cualquier medida que se quiera hacer con ellos (realizar políticas de motivación, de incentivos, de formación,...) también suponen variaciones en los mismos. Entonces ¿por qué es más elevado que el económico? La respuesta que hemos podido validar es que se han delegado en los servicios aquellas decisiones que una vez decidido el gasto y su cantidad, sean ellos los que decidan el destino, por ejemplo, niveles jerárquicos superiores deciden la cantidad de la partida de formación y es posteriormente, el propio servicio el que decide el reparto, los métodos, congresos, etc.

³ Todos los niveles están en base 10, para que así sean comparables entre ellos.

Respecto el nivel de descentralización de la organización de servicios es similar al anterior en un 72,7% pueden organizarse libremente y en un 60,6% crean su propia normativa interna, porcentajes que en un principio pondrían hacer pensar que existe una elevada descentralización organizativa, sin embargo sólo el 18,2% puede crear su propia jerarquía, aspecto que provocaría una variación del presupuesto y una reiteración de esta delegación parcial.

Del análisis global de la descentralización de los servicios se desprende que el nivel es bajo y sobretodo teniendo en cuenta que los niveles que hacen subir la media están situados en aquellas características no están relacionadas con dinero. Evidentemente, y como se ha comentado a lo largo de estas conclusiones, la descentralización es un proceso que los hospitales catalanes se encuentran en él, y que, igual que ha sucedido en otros sectores, siempre se empieza a descentralizar aspectos no económicos para pasar a este tipo de descentralización en niveles posteriores.

13. **El nivel de descentralización global es independiente de factores contingentes.** La conclusión es clara el nivel de descentralización global es independiente de factores contingentes como podría ser la propiedad (ya sean públicos o privados), el tamaño, la estrategia seguida por el centro (tengan usuarios que provienen de la sanidad pública o privada), sea cuál sea la percepción del entorno que tenga el director, ni la utilización de los sistemas de información.

Un aspecto que me gustaría señalar como *curioso* se trata de la percepción del entorno que tienen los gerentes hospitalarios; éstos consideran que económicamente la situación es muy estable, sin embargo tanto tecnológica como políticamente y también por parte de las exigencias de los usuarios es muy dinámico; es decir existe una incongruencia entre aspectos económicos, tanto del lado de los ingresos –financiación– como de costes, y el resto de aspectos del entorno que afectan a la dirección de cualquier empresa.

14. **El nivel de descentralización global de los hospitales catalanes tiene de media un 5,24 sobre 10.**

La conclusión es clara el nivel de descentralización global, teniendo en cuenta todos los niveles y ámbitos y considerando la descentralización cómo favorable a la gestión de un hospital, es bajo.

La media de descentralización global para todos los hospitales es de 5,24 sobre 10, es lo que podríamos llamar un aprobado justo, desde nuestra óptica. La distribución es irregular, siendo mayor el número de hospitales que se encuentran por encima de la media, sin embargo los que se encuentran en niveles inferiores a la media tienen mayores desviaciones, es decir, los hospitales con menores niveles de descentralización tienen índices muy inferiores a la media y los superiores muy cercana a ella.

Este índice global es significativo comparado junto con el resto de índices de descentralización, ya que la descentralización se trata de un aspecto organizativo que no tiene un único ámbito y por tanto su medida también ha de tener en cuenta este conjunto de aspectos y más importante que el número en sí mismo es más importante los diferentes índices que lo componen para ver el proceso de descentralización.

15. Clasificación de los hospitales según los diferentes niveles de descentralización obteniendo tres perfiles diferentes de gestión hospitalaria.

Mediante el análisis cluster presentado en el capítulo 10 hemos encontrado tres grupos de hospitales estadísticamente significativos, que nos proporcionan tres perfiles de gestión y organización con una grado de descentralización mayor y menor.

El primer grupo de hospitales (tabla 10.31 y 10.32) se trata de hospitales que tienen una organización con un elevado nivel de descentralización en las decisiones que afectan a toda la organización y a todo lo relacionado con los recursos humanos. En cambio presentan niveles bajos en el índice de actividades subcontratadas y el de planificación y control. La descripción de los hospitales que siguen este tipo de gestión es la siguiente: se trata de hospitales con propiedad tanto pública como privada, con una antigüedad media del director en su cargo casi seis años, en más de un 90% utilizan los sistemas de información de manera habitual y respecto el tamaño disponen de una media de camas de 288,23, de 26.414,9 metros cuadrados (22,10 servicios de media y 33,57 seccionos) y de actividad de una estancia media de 6,13 días.

El segundo grupo se trata de aquel grupo de hospitales con mayores índices de actividades subcontratadas y de planificación y control. Sin

embargo tiene una nula descentralización económica. Se trata de hospitales públicos, que de media el director lleva cuatro años en el cargo, que se disponen de sistemas de información en un 62% de los casos, el número de camas que tienen una media es de 212,43, con un tamaño medio de 24.194,60 metros cuadrados (17,25 servicios y 10,66 secciones) y una estancia media de 6,76 días.

El tercer y el último grupo, es el grupo con mayor nivel de descentralización económica, sin tener ninguna otra característica que les dibuje su perfil. Es la gestión de hospitales caracterizados por que su propiedad es pública, el 60% de los casos disponen de sistemas de información, la antigüedad del director en su cargo es de 3,51 días, de media el número de camas es de 277,80, con un tamaño de 45.183,67 (23,85 servicios y 100,07 secciones), por último la estancia media es de 6,19 días.

Una vez determinados los diferentes estilos de gestión de los hospitales catalanes se realizó un análisis discriminante entre los diferentes índices de descentralización para ver cuál de los índices creados es el más característico de cada uno de los perfiles y el resultado es que el grupo 3, es el que tiene una mayor descentralización económica, el grupo 1 y 2 lo tienen muy bajo y en cambio, el nivel de descentralización en la planificación en el grupo 1 es bajo y en el 2 y 3 es elevado. Por tanto los elementos diferenciadores son el índice de descentralización económico y el de planificación y control.

16. Sólo el tamaño de todos factores contingentes, influye en el nivel de la descentralización global.

Una vez calculado el índice de descentralización global podíamos contestar a la hipótesis 1 que afirmaba que *existe una serie de características externas a los hospitales de la XHUP que hacen prever cuál será su nivel de descentralización de cada tipo*. Ninguno de los factores estudiados hacen prever el nivel de descentralización global de los diferentes hospitales, es decir no son características explicativas de cada uno de los grupos.

Esta hipótesis se dividió en las siguientes subhipótesis, según los diferentes factores contingentes utilizados, y a la vez se comparó con los diferentes índices de descentralización y no con el índice global, para evitar problemas en su construcción, con los siguientes resultados:

	Índice de descentralización de...					
	Decisio- nes	Actividad Externas	servicios en términos ...			
			Económico	Planificación y control	Recursos humanos	Organización
TAMAÑO	No	No	Sí	Sí	No	No
TAMAÑO ORGANIZATIVO	No	No	Sí	No	No	No
PROPIEDAD	No	No	No	No	No	No
ANTIGÜEDAD DEL DIRECTOR EN SU CARGO	No	No	No	No	No	No
EXISTENCIA DE SIST. DE INFORMACIÓN	No	No	No	No	No	No
ESTRATEGIA	No	No	No	No	No	No
ENTORNO	No	No	No	No	No	No

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del trabajo de campo

Rápidamente se observar como se rechaza la hipótesis 1, siendo únicamente el tamaño y en algunos índices el que si que está relacionado.

17. Elevados niveles en el índice de descentralización de decisiones están ligados a altos niveles de descentralización en los servicios que se refleja en el índice del servicio. En cambio elevados niveles de descentralización en el índice de actividades externas no está relacionado con altos niveles de descentralización de los otros dos índices, el de decisiones y el de servicios.

La organización descentralizada viene determinada por una filosofía de gestión de todo el centro, y evidentemente por la creencia por parte de los directivos del hospital que la descentralización es positiva y ayuda a aumentar la eficiencia del hospital. Si la cultura corporativa es la de apoyar o maximizar la descentralización, es lógico pensar, que se realice en todos sus niveles. Por tanto, la comprobación mediante el trabajo de campo de que existe una correlación positiva entre el índice de descentralización de decisiones globales y el nivel descentralización de servicios, nos ha corroborado dicho aspecto.

Sin embargo no sucede lo mismo con el índice de subcontratación de actividades externas, que en este caso no tiene relación con los otros dos índices utilizados para medir de la descentralización. Llegados a este punto se podría volver a replantearse si la política que lleve a cabo el hospital sobre la externalización de actividades se puede considerar parte del estudio de la descentralización. Personalmente sigo

convencida de ello, aunque los datos afirmen que hospitales que llevan a cabo una política descentralizadora en su hospital no tiene porque significar que tengan a la vez políticas de externalización de actividades.

18. El grupo de hospitales con mayor nivel de descentralización global son los que tienen una estancia media inferior de todos los hospitales.

Antes de explicar esta última conclusión me gustaría remarcar un breve comentario sobre las limitaciones de la citada conclusión.

El objetivo C de esta investigación era la recopilación de estudios que trataran del cálculo de la eficiencia en el sector hospitalario. Se trata, como se deduce de la lectura de la tesis, del objetivo que menos papel dispone en esta investigación, aunque no del que menos tiempo nos ha ocupado. Se han realizado vacíos bibliográficos sobre el tema y se han encontrado diversas técnicas para calcular la eficiencia en centros hospitalarios ya sea mediante técnicas más estadísticas (modelos fronteras, DEA,...) o por medio de criterios (clasificaciones de Top 20, ...) o por ratios, A la hora de poder utilizar alguno de estos criterios se ha encontrado un problema de falta de información y la reticencia por parte del sector de dar la información necesaria para construir una medida propia de eficiencia. Tampoco ha sido posible la utilización de medidas utilizadas por otros autores, ya que eran parciales o no alcanzaban al total de nuestra población o existía una falta de datos en cada una de ellas. Concluyendo nos veíamos obligados a crear nuestro propio índice.

Después de hablar sobre la creación del índice con el Dr. Lluís Franch, director de la División Hospitalaria del Servei Català de la Salut, se solicitaron datos para poder construirlo a los propios hospitales, y obtuvimos una respuesta negativa intentamos solicitar los datos a diferentes instituciones del ámbito sanitario catalán, como la Central de Balanços y la Divisió Hospitalària del Servei Català de la Salut, siendo su intención favorable a esta investigación y estando interesados en los resultados, no pudieron tampoco darnos los datos, por reglamentaciones internas.

Delante de estas limitaciones para poder acabar el objetivo D, que es la comparación entre eficiencia y descentralización, tuvimos que buscar un dato público, que estuviera disponible en las memorias de los hospitales, y no fue otro que la estancia media, sabiendo por

adelantado las críticas y sobretodo los límites que ello supone para el estudio.

A partir de aquí afirmamos que existe los hospitales con mayor nivel de descentralización global son los que tienen una estancia media menor. Con esto no afirmamos que los hospitales que llevan a cabo políticas de descentralización sean los más eficientes sino que son los que necesitan menos días para curar el mismo *tipo* de enfermedades que otros hospitales en los mismos casos.

APUNTES SOBRE LÍNEAS ESTRATÉGICAS QUE SE DESPRENDEN DEL TRABAJO COMO POSIBLES ACTUACIONES FUTURAS

Fruto de las conclusiones extraídas de la investigación a continuación se apuntan cuatro acciones o líneas estratégicas que pueden -a mi entender- ayudar al sector a favorecer la instauración o transformación de sus estructuras organizativas en organizaciones con mayores nivel de descentralización y flexibilidad.

Un cambio tan complejo y ambicioso, necesita de diferentes estrategias, ligadas a las diferentes áreas funcionales de la organización. Se trata de cuatro líneas de acción dónde cada una versa sobre un área funcional diferente y un aspecto concreto de los analizados en la investigación: la primera y quinta tratan el tema organizativo, la segunda el marco legal, la tercera la creación criterios objetivos de medida y por último el, siempre polémico tema de la financiación.

A.- Las estructuras modernas de gestión son estructuras menos jerárquicas y organizadas en unidades pequeñas que pueden adquirir mayores niveles de descentralización.

Una organización en unidades descentralizadas no es un simple conjunto de piezas unidas de forma temporal. En ese sentido todas las organizaciones son unidades.

La estructura que se propone en esta investigación para una organización sanitaria no es un conjunto unido de tareas separadas, no se trata de descomponer una organización en equipos de trabajo en los que se realizan las mismas, o parecidas, tareas profesionales. No, eso sería simplemente una reordenación de actividades funcionales para actuar de forma descentralizada y repartidas en grupos o pequeñas divisiones. Eso no supondría novedad alguna en la organización. La estructura que

proponemos para los hospitales supone un cambio de mentalidad y de forma de trabajar. Supone la conservación de las especializaciones correspondientes a modelos actuales y probados por años de experiencia, pero se aplican sobre un proyecto singular, definido por el proceso que debe llevarse a cabo en base a un "case-mix", un grupo de diagnóstico relacional (GRD) u otro identificador de similitud que entendamos como válido para nuestra actividad asistencial. Se trata de dividir las grandes organizaciones en unidades de inferior tamaño, que permitan realizar una gestión más flexible y que se ajuste a las necesidades de cada una de ellas, pero sin olvidarse de que forman parte de una estructura mayor que marca las líneas estratégicas. Esta nueva organización no se consigue únicamente dividiendo las estructuras que existen actualmente sino que además se necesita un cambio de cultura entre todos sus trabajadores y de filosofía de la organización.

B.- Modificación y creación de un marco legal organizativo más adecuado y actualizado.

El sector hospitalario tiene una característica diferenciadora con otros sectores de la economía catalana o española y es que forma parte de un sector público, en el que se están introduciendo reformas tanto en el sistema de financiación como en el de organización (Vilardell, 2002). Se rige por una legislación marco tanto en aspectos de financiación como en organizativos, y afecta a todos los hospitales de la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* ya sea directamente en los hospitales que son propiedad pública o indirectamente por la necesidad de acreditarse para poder ofrecer los servicios en este sector.

Las reformas organizativas están orientadas a dotar de mayor autonomía de gestión a los centros, y esto ha de conllevar cambios organizativos en cada uno de ellos. De esta manera, el marco legal que actualmente limita, aunque de manera leve, la organización de los hospitales ha de evolucionar para permitir nuevas estructuras organizativas que dejen evolucionar al sector hacia estructuras modernas, flexibles y que permitan mayores niveles de descentralización.

Evidentemente este cambio del marco legal no es el único cambio necesario para que inmediatamente se produzca un cambio de estructuras pero sí que puede significar una plataforma que permita que futuros cambios organizativos se encuentren con las menores restricciones posibles a la hora de su aplicación real.

C.- Utilizar criterios de medida objetivos para que la delegación sea posible, ya que *nadie delega lo no medible*.

Un aspecto clave para poder delegar y por tanto descentralizar poder en unidades más pequeñas es crear criterios objetivos con los que controlar los aspectos delegados. Toda descentralización de poder necesita de la existencia de unos criterios, objetivos, ratios, etc... por los que se pueda controlar dicha delegación. Estos criterios no sirven para censurar o criticar sino para comparar si el resultado de dicha delegación es el correcto o existen desviaciones y analizar las causas de estas desviaciones.

Estos criterios de medida tienen que ser consensuados tanto entre el nivel que otorga o descentraliza el poder como con el nivel que recoge dicho delegación, es decir se trata de que entre los dos niveles determinen unos criterios que sirvan para controlar dicha delegación.

D.- Cambiar el tipo de financiación para que se adecue más al entorno cambiante en el que los gerentes consideran que se encuentran y ligado al tipo de estructura organizativa.

Ligado a los cambios anteriores se ha de producir cambios en el tipo de financiación. Evidentemente un aumento de descentralización y por tanto un mayor poder en unidades de rango organizativo inferior necesita implicaciones de tipo financiero.

Se trataría de conseguir que el presupuesto de cada centro hospitalario fuera la suma del presupuesto de cada unidad, pero formándose en este orden, es decir primero el cada unidad, ya sea sección, servicio o instituto (dependerá del tamaño y de la organización del hospital) confeccione su presupuesto y posteriormente la suma de la globalidad sea el presupuesto de todo el hospital. De esta manera cada unidad se convierte en un centro de costes. Evidentemente el objetivo será conseguir que no sean centros de costes sino que se conviertan en centros de beneficio, es decir, sean capaces de conocer sus costes y sus ingresos, ya sea por que ofrecen servicios fuera del hospital o por medio de facturas internas entre las diferentes unidades.

E.-Emplear el índice de medida de la descentralización propuesto para el conocimiento y modificación del nivel de descentralización de cada centro.

Mediante el cálculo del nivel de descentralización, se puede ir analizando si las políticas organizativas están dando los frutos que se esperaban, además

de conocer cual es el nivel de descentralización de los diferentes ámbitos de la gestión hospitalaria.

LIMITACIONES AL ESTUDIO

Las conclusiones y, el propio trabajo en sí, está limitado por la disposición de los datos empleados, respecto cuatro vías diferentes. Primero, el ocultismo del sector hospitalario, se puede hablar incluso de miedo a dar información. Como hemos comentado varias veces a lo largo de la investigación no existe una base de datos pública con información sobre el sector hospitalario, y como conocíamos esta limitación al empezar el estudio, se planteó la investigación con el diseño de una encuesta y así lograr la información que se necesitaba, aspecto que funcionó para lograr información organizativa pero no para encontrar información sobre financiación o eficiencia. Respecto a la obtención de información de la Central de Balanços y de la División Hsospitalaria del Servei Català de la Salut, fue imposible porque trabajan bajo unos criterios de confidencialidad que no pueden ser rotos ni siquiera para estudios que ofrecen sus datos de forma agregada.

Una segunda limitación muy ligada a esta primera es que se ha construido todo el modelo de medida de descentralización a partir de datos que nos han proporcionado los propios hospitales y en algun caso, como en la percepción del entorno por parte del gerente, se trata de opiniones, con el consiguiente problema y subjetividad.

Una tercer limitación o consideración a realizar es que si se hubiera medido el índice de descentralización de otra manera, las conclusiones que se habrían podido extraer podrían haber sido completamente diferentes y por tanto cuando se afirma que el nivel de descentralización de los hospitales que forman parte de la XHUP es bajo, siempre teniendo en cuenta el método utilizado para la medición.

Por último comentar que se ha simplificado al máximo la diversidad existente en el sector. Mediante esta afirmación queremos decir que cada hospital es un organismo diferente, organizativamente hablando, a cualquier otro hospital aunque sea de la misma tipología, propiedad, etc. Y por tanto se han tenido que intentar clasificar toda esta heterogeneidad de características y esto supone que alguna de ellas se pierdan.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Respecto a la propuesta de posibles líneas de investigación que surgirían a partir de esta investigación apuntamos tres posibilidades:

- ☑ La primera línea que proponemos consistiría en centrarse en estudiar el nivel de descentralización a nivel de servicios, preguntando directamente a los diferentes directores y trabajadores de cada uno de los servicios de los diferentes hospitales catalanes. A partir de allí comprobar si existen diferencias entre aquellos factores contingentes de cada centro.
- ☑ Estudiar la evolución de la descentralización en los próximos años, tanto a nivel global, como en cada uno de los índices (de decisiones generales, de subcontratación y de servicios).
- ☑ Por último, comprobar si la transformación de algunas unidades en empresas externas al propio hospital es una tendencia que se consagra en los próximos años o son unos casos que se dieron por las características del momento, sin embargo ya no se dan más.
- ☑ Validar el poder motivador y de responsabilidad que puede generarse en todos los niveles hospitalarios gracias a estructuras más descentralizadas y tamaños menor, aplicando el criterio de responsabilidad delegada.
- ☑ Actualizar el índice presentado mediante un estudio similar en hospitales de otras comunidades autónomas y modificarlo para recoger las diferentes modalidades de gestión hospitalaria.