

## 2. Análisis estratégico hospitalario y proyecto asistencial

la perspectiva de Michel Crémadez y François Grateau

Francisco Javier Uribe Rivera  
Elizabeth Artmann

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RIVERA, FJU., and ARTMANN, E. Análisis estratégico hospitalario y proyecto asistencial: la perspectiva de Michel Crémadez y François Grateau. In: RIVERA, FJU. *Análisis estratégico en salud y gestión a través de la escucha* [online]. MARTINOVICH, V., transl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 37-97. ISBN: 978-85-7541-542-9. Available from: doi: [10.747/9788575415429](https://doi.org/10.747/9788575415429). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/gzqf6/epub/rivera-9788575415429.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## ANÁLISIS ESTRATÉGICO HOSPITALARIO Y PROYECTO ASISTENCIAL: la perspectiva de Michel Crémadez y François Gateau

Francisco Javier Uribe Rivera  
Elizabeth Artmann

La *Démarche Stratégique* representa, originalmente, el enfoque utilizado en la definición de la misión del Centro Hospitalario Regional Universitario (CHRU) de Lille, Norte de Francia. A raíz de una visita a esa estructura hospitalaria, pude conocer este importante instrumento de gerenciamiento, que adaptado por nuestro grupo a Brasil, ya fue aplicado en varias unidades hospitalarias de Río de Janeiro y divulgado por el país<sup>1</sup>.

El término *démarche* significa proceso, trámite, gestión, y podríamos traducirlo como gestión estratégica. Nos proponemos, en este capítulo, presentar a grandes rasgos, la propuesta metodológica de la *Démarche Stratégique*, como también algunas de sus más importantes referencias teóricas.

La *démarche* es un método que supone la adaptación de un enfoque empresarial al sector público de servicios de salud. Este enfoque de planificación/gestión estratégica se apoya en elementos de la microeconomía, del campo de la estrategia y de la política, y del área del desarrollo organizacional y cultural. Introduce también, algunas categorías propias del área de salud y de la epidemiología, reconociendo la especificidad del sector público de salud en Francia. Está fundamentado por autores como H. Mintzberg (1982), Michel Crozier y Erhard Friedberg (1977), M. E. Porter (1982), M. Thevènet (1993), entre otros.

A partir de su principal referencia, la obra *Le Management Stratégique Hospitalier*, de M. Crémadez y François Gateau (1992; 1997), este enfoque se propone definir racionalmente la misión de un hospital, situándolo en la perspectiva ideal de una red coordinada de servicios de salud. En este sentido, la organización

<sup>1</sup> Se destacan las experiencias pioneras en el Hospital da Posse y en el Hospital Philippe Pinel y posteriormente en el Hospital da Lagoa, Cardoso Fontes, Raphael de Paula Souza y Lourenço Jorge, entre otras, mobilizando un grupo constituido por el autor de este capítulo, por Elizabeth Artmann (Ensp/Fiocruz), Clayre Maria Bomfim Lopes (Nesc/UFRJ), Rejane Sobrino (Nesc/UFRJ) y Rosa Maria de Souza Souza (SES-RJ), entre otros.

hospitalaria es entendida como una organización proactiva, centrada sobre el exterior, que asume el ambiente como recurso y no como restricción. Esto significa que la definición de la misión tendrá que ser negociada con el ambiente externo institucional, incluyendo a los otros hospitales del área a la cual pertenece. De esta manera, se destaca la capacidad proactiva de la organización y su actuación dinámica sobre el ambiente.

Las características de las organizaciones sanitarias tienden naturalmente hacia un patrón que se aleja del ideal. Este ideal estaría representado por la aplicación de criterios de racionalidad económica de la misión, a través de la concepción del ambiente externo como recurso y de una mayor integración intrainstitucional. De todos modos, el patrón presentado por las organizaciones de salud, el cual será analizado posteriormente con mayor profundidad, se constituye de algunos trazos característicos: un proceso de autonomización de los centros operacionales, derivado de una suerte de ruptura entre la dirección estratégica y estos últimos; una extrema diferenciación o atomización de sus estructuras internas en función de la especialización del trabajo, y una desconsideración relativa del ámbito externo a causa de una sobrevalorización corporativa del ámbito interno. Estas características dificultan la posibilidad de un proyecto gerencial que ponga énfasis en la integración intrainstitucional, la racionalidad económica de la misión específica y la negociación de una red de cuidados con los otros establecimientos de un ámbito inmediato. La perspectiva de la *démarche* es la de promover un tipo de movimiento cultural que contrapesa esas tendencias, abriendo camino para el desarrollo de una forma de organización que se aproxime a aquellas premisas ideales (Rivera, 1997; Artmann, 2002).

Específicamente, los objetivos de la *démarche* son:

- Promover lazos de unión entre la gerencia estratégica y los centros asistenciales, a través de la comunicación;
- Definir la misión del hospital de acuerdo con el criterio de oportunidad, lo cual equivale a determinar preferentemente un patrón de actividades que permita ventajas comparativas, al mismo tiempo que ofrece un servicio de calidad a los usuarios;
- Brindar un lugar de comunicación, donde los actores-servicios puedan llegar a definir un proyecto colectivo;
- Favorecer la integración del hospital en una red de oferta de cuidados estructurada bajo la preocupación por la eficacia y la eficiencia;
- Promover un proceso de transformación cultural progresiva, no necesariamente atado a la búsqueda de objetivos instrumentales inmediatos.

Desde el punto de vista de la estrategia microeconómica, este enfoque cuestiona una visión homogénea de la excelencia, representada por la intención

de fijar, en la misma escala, todas las áreas de atención. La alternativa a esta visión sería, trabajar la vocación en cada establecimiento, dentro de la perspectiva de la complementariedad. La mejor estrategia para que un establecimiento pueda obtener ventajas comparativas es la diferenciación, que corresponde a la definición de sus áreas de excelencia, con el objetivo de priorizarlas, de expandirlas, negociando con la red de servicios la atención de los usuarios no contemplados por esas áreas (típicas de actividades de menor desarrollo relativo). El núcleo de este enfoque es la idea de intentar transformar la competencia frontal en colaboración, a través de la búsqueda de las capacidades distintivas de cada hospital y de la negociación de las misiones entre los diferentes establecimientos.

En la perspectiva político-organizacional, el enfoque se opone a una definición normativa y tecnocrática de directrices, apostando hacia la responsabilización de los actores, esto implica el desarrollo de procesos comunicativos y de negociación, internos y externos, que redunde en acuerdos relativos a los proyectos asistenciales pertinentes a una red. En relación a la estructura organizacional, el enfoque postula la necesidad de intensificar las estructuras en red interna y el diálogo multidisciplinario, promoviendo la búsqueda de transversalidades.

Presentaremos, a continuación, varios elementos de la propuesta general de gestión estratégica de Crémadez, a partir de un resumen comentado de su obra:

- Las premisas generales, de orden teórico-conceptual del enfoque;
- El método de análisis estratégico de la misión de las especialidades médicas;
- Las estrategias básicas de obtención de ventajas comparativas;
- La propuesta de estructura organizacional en red;
- La cuestión de la padronización de procesos de trabajo apuntando a organizar la diversidad;
- Una propuesta general de análisis y planificación de la distribución de recursos humanos.

. . . . .

### *Premisas Teóricas Generales del Enfoque de Crémadez*

#### *Dinámica organizacional y práctica decisional de las organizaciones profesionales de salud*

A partir de Mintzberg (1982), Crémadez y Grateau, determinan detalladamente las principales características de una organización profesional:

- *Supremacía del centro operacional:* engloba un gran número de unidades, independientes, altamente especializadas, que reconocen un ambiente diferencia-

do. Esto significa que estas unidades son más importantes que otras estructuras/instancias organizacionales reuniendo suficiente saber y autonomía para tomar sus propias decisiones. Cada centro operacional se diferencia por tener sus propias normas, procedimientos, usuarios diferenciados y por estar vinculado a las diferentes entidades o sociedades de especialistas (sociedad de cardiología, sociedad de oftalmología, ortopedia, de cirujanos, etc.).

- *Preponderancia de lo relacionak*: el trabajo es coordinado a través de una adaptación mutua, que presupone relaciones espontáneas e informales entre responsables, y del proceso de padronización de las profesiones, ya que la formación profesional y la socialización en sociedades especializadas contribuyen a la posesión de un patrimonio común del saber, de los métodos y comportamientos. Esta característica refuerza la autonomía profesional y un bajo sentido de pertenencia a la organización.
- *Debilidad de la tecnoestructura*: la tecnoestructura tiene poco poder de intervención sobre los procesos operacionales de la organización, a no ser en la dimensión económica.
- *La logística es importante*: el tipo de coordinación es procesal y por resultados y se efectiviza de manera centralizada. Las diferentes lógicas de los universos médico y logístico, puede generar problemas de coordinación. La expansión de la importancia de los medios logísticos típicamente médicos, como equipamientos y tecnología hospitalaria, crea conflictos de interés entre administradores y médicos y al interior de la propia comunidad médica.
- *Ausencia de una línea jerárquica rígida*: la dirección no tiene la capacidad ni la competencia para dirigir directamente a los jefes de los diferentes servicios. Actúa indirectamente a través de la tecnoestructura y de los servicios funcionales y/o de instancias de concertación.

El resultado dinámico de esta caracterización es una fuerte diferenciación (Lawrence & Lorsch, 1973), de variadas dimensiones:

- *Diferenciación entre el mundo administrativo y el mundo asistencial*: el primero está más volcado hacia las instancias de regulación, persigue objetivos cuantitativos y económicos, dentro de una perspectiva política, articulando corto y largo plazo. El segundo busca objetivos más cualitativos vinculados a una perspectiva a corto plazo, representada por la demanda de los pacientes. Está centrado sobre tareas particulares que requieren tan solo la aplicación de medios consagrados. Estas actividades son ejercidas de un modo liberal y tienen poca validez organizacional. El nivel jerárquico, en este caso, está determinado por la capacidad.

- *Diferenciación entre logística y centro operacional:* la logística es organizada de un modo más mecanicista y coordinada según criterios económicos, de forma centralizada. El mundo médico es descentralizado y organizado según el propio saber y el saber especializado. Existen choques entre administración y centro operacional en lo referente al control de los equipos y de la tecnología médica descentralizada.
- *Diferenciación en el centro operacional:* existe una fuerte especialización horizontal, como también una diferenciación al interior de cada servicio entre las diferentes categorías de profesionales y entre cuerpo médico y paramédico.

Para Crémadez, la diferenciación es fuente de eficacia. Es necesario respetar algún grado de diferenciación, valorizar las diferencias sin buscar la homogeneidad o la simetría. Se debe, por ende, compensar los efectos negativos de la diferenciación desarrollando formas de integración de fuerza semejante.

Como resultado de sus características estructurales y dinámicas, la práctica decisional de las organizaciones profesionales es incremental: las decisiones son tomadas en serie, en función del poder de presión momentáneo de los diferentes actores hospitalarios, sin una perspectiva de conjunto. Existe una superposición de objetivos. De este modo no se verifica, el proceso de formulación de una estrategia anterior (ex ante). No se busca o no se quiere una estrategia: esta sería el resultado de decisiones de naturaleza más operacional, puntual. La *estrategia emergente* es el fruto de una inflexión o de un leve desvío de la estrategia anterior bajo la influencia de sucesivas decisiones no generadas de forma global (Nioche, 1997).

Otros resultados de la dinámica organizacional de los establecimientos de salud se refieren al encierro en relación al exterior (al ambiente) y un bajo sentido de pertenencia hacia la organización por parte de los profesionales médicos. El ambiente es percibido con insatisfacción y los que actúan en él, adoptan una postura reactiva. La organización está centrada sobre si misma.

El proceso de decisión estratégica busca invertir esas tendencias. Pretende ayudar a crear una cultura en donde el ambiente sea percibido como recurso; en donde se anticipen las tendencias del ambiente de modo de actuar creativamente sobre él y donde la organización desarrolle sinergias y trabajos conjuntos con otras instituciones bajo la premisa de construir redes de colaboración.

### *La práctica decisional de la gestión estratégica*

La gestión estratégica rompe con la disociación entre lo estratégico y lo operacional, buscando diluir esa división vertical. El poder de decidir sobre el

aprovechamiento de una oportunidad está ampliamente difundido por la organización y ya no queda concentrado en la cúpula. La dirección señala las grandes orientaciones, los valores centrales del proyecto organizacional pero no define la estrategia propiamente dicha, que depende de la articulación de todos los actores organizacionales.

La gestión estratégica introduce un tipo de planificación continua, flexible y ajustada, buscando concretar un conjunto coherente de proyectos. Pone en discusión la cuestión de los objetivos por oposición a una lógica de medios. Es una práctica decisional más integradora. Al abarcar la mayor cantidad de actores del centro operacional, busca reducir o, al menos transparentar, el juego político interno, a través de diferentes factores:

- La gestión estratégica tendría la virtud de la transparencia representada por la utilización, en el proceso decisional, de datos objetivos sobre la actividad de base, y no de meras impresiones de fundamentación relativa.
- La transparencia estimula la comunicación, desde la construcción de las bases de captura de información, que puede cristalizarse en una nomenclatura común de clasificación y evaluación de los actos médicos, de las patologías, formas de atención, etc. Compartir esa información contribuiría a una armonización del lenguaje entre los actores de base de la organización.
- Es posible reconstituir, a través del proceso de la segmentación estratégica, los diferentes dominios de actividad desmembrados por el juego de la distribución territorial del poder. Las consecuencias de esta transparencia son varias: los diferentes actores de la misma unidad de base pueden reflexionar a partir de una visión más clara y compartida de su actividad, para prever su evolución y consecuencias. La identificación, a partir del análisis estratégico de esa segmentación, de dominios de actividades compartidas, permite explorar las sinergias, elaborar alternativas y estrategias comunes; la verificación de relaciones entre servicios permite establecer puentes entre los mismos. Se crea, de este modo, una interacción permanente entre el mundo administrativo y el médico, pues el sistema de informaciones médicas y determinados tratamientos de datos pasan a incorporar preocupaciones estratégicas, lo que permite asociar el raciocinio gerencial con el técnico.
- La gestión estratégica sería una pedagogía de evaluación, en la medida en que introduciría la preocupación por los resultados, además de una conducta pautada en la aplicación de medios. La cuestión de cómo atender las expectativas de los usuarios de una red, estaría en el centro de una política de evaluación sistemática, como cultura a ser desarrollada. El proceso de evaluación estratégica se traduce, por la vía de la negociación, en proyectos de acción, que se constituyen en un estímulo al cambio, pues ese proceso suscita una inquietud natural en relación a los resultados posibles de los mismos.

- La gestión estratégica ayuda a formalizar las evaluaciones y los comentarios que las justifican, generando bases más sólidas para dirimir litigios o divergencias de interpretación. La formalización es un elemento capital de la comunicación y de la cohesión entre las diferentes categorías de profesionales.
- La gestión estratégica explora la diversidad, pues enseña a aceptar la posibilidad de abandonar la posesión de una tecnología o de equipos, cuando estos no son competentes dentro de un servicio o del hospital, y cuando se tiene acceso a ellos a través de sinergias o colaboraciones, concentrándose en el estudio de formas alternativas de tipo de atención que pueden valorizar el servicio y, al mismo tiempo, ser útiles para los usuarios.
- La gestión estratégica introduce el discurso de los costos de oportunidad al tomar en cuenta las necesidades de los otros y el grado de satisfacción global obtenido por la organización. La aplicación de un recurso a una actividad debe ser justificada por una mayor ganancia comparativa alcanzada relativamente a usos alternativos. Las diferenciaciones, representadas por la profundización de capacidades distintivas, son estimuladas en la medida en que se subordinan a una perspectiva de mayor eficiencia y eficacia globales, considerando el sistema o la red.
- La gestión estratégica introduce la necesidad de estimular proyectos que permitan captar recursos adicionales, lo que puede ayudar a limitar conflictos de poder y la viabilización de proyectos que, de otra forma, tendrían que ser abandonados o postergados.

La gestión estratégica pretende, de este modo, arbitrar a través de los costos de oportunidad para crear una solidaridad.

### *La crisis de identidad y la necesidad de renovar el contrato psicológico*

La identidad organizacional es el correlato francés del concepto de cultura. Este último englobaría las representaciones sociales compartidas sobre la organización y su misión, dada su historia y su papel en la sociedad. El concepto de identidad aportaría, a esta visión integradora, una dimensión oculta por la cultura: la de los juegos de poder de los actores y de sus mecanismos psíquicos. Se considera cultura, en esta perspectiva, como “significante” de la identidad, e identidad como algo que recupera la función ideológica de las representaciones organizacionales y su lógica de poder (Strategor, 1997). La identidad es una suerte de lógica coherente de una organización, una visión colectiva, compartida, que resulta de influencias internas y externas. Se inspira y genera paradigmas que



condicionan la vida de los individuos al interior de la organización. Está en la base de una suerte de contrato psicológico entre cada individuo y la organización, que define la naturaleza y la fuerza de su identificación con ella.

La erosión de ciertos paradigmas tradicionales contribuye a crear una crisis de identidad organizacional. El contrato psicológico que vincula a los individuos con la organización, se debilita como resultado del impacto del cambio de diversos paradigmas: el de la Medicina, del servicio público y el paradigma profesional.

- El cambio del paradigma de la Medicina: existe una especialización y concentración creciente de actividades y de medios tecnológicos en grandes estructuras hospitalarias, que demanda cada vez más una intervención de tipo gerencial. Disminuye el estilo de ejercicio liberal de la profesión y se intensifica el control administrativo de esas estructuras. Al mismo tiempo que el trabajo médico se introduce en estructuras burocráticas, la medicina pasa a ser vista bajo una nueva perspectiva. Una actuación médica eficaz supone entonces, una articulación entre la medicina orgánica/positivista y un enfoque ecológico o ambiental. La oposición entre generalistas y especialistas pierde sentido. El papel del médico actuando aisladamente va siendo substituido por la actuación en equipo. Las colaboraciones se transforman en indispensables, así como la concepción de nuevas formas de hospitalización. La búsqueda de solidaridad entre los actores ocupa el centro de atención.
- El cambio del paradigma del servicio público: la reducción de los recursos lleva al cuestionamiento sobre las posibilidades equitativas del servicio público, o, como diríamos en Brasil, sobre su carácter universal. Atender a todos de manera igualitaria pasa a dañar el principio de equidad, ya que dificulta el acceso para determinados grupos de población. Para muchos, el servicio público se transformó en la defensa de monopolios, actuando con excesiva independencia (acarreando situaciones arbitrarias y de anonimato) y que tiende a reducirse, como concepto, a una ideología tecnocrática. Se plantea que el servicio público debe comenzar a aceptar la competencia, la evaluación, la necesidad de escucha de los usuarios, la apertura al ambiente. Debe transformarse internamente en competitivo (racionalizando sus recursos) y trabajar en red. Se privilegia también la idea de lo contractual y el establecimiento de formas de cooperación y colaboración.
- El cambio del paradigma del profesional: la experiencia deja de ser la base esencial de la capacidad profesional. La veloz renovación de los conocimientos y de las tecnologías, transforma en obsoletos los recursos cognitivos anteriores. Esto provoca un crecimiento de la especialización y una regresión de la autonomía de los especialistas. La complejidad técnica creciente provoca una interpenetración mayor entre lo técnico y lo económico. Frente a ese cuadro, la formación tradicional, más artesanal, de acompañamiento a un

profesional más antiguo, pierde importancia relativa. La formación y actualización permanente se transforma en una de las claves de la capacidad profesional; la posibilidad de realizar reorientaciones profesionales (cambio de especialidades) será de capital importancia, tanto para el desempeño de las carreras individuales como para la eficiencia organizacional.

Los principales trazos de la identidad organizacional puestos en cuestionamiento serían: la no explicitación de los proyectos organizacionales, la superposición de objetivos; el aislamiento de los profesionales y de los servicios; el rechazo a la evaluación de las capacidades; el corporativismo profesional; el estilo liberal de ejercicio profesional; la informalidad; el predominio de los criterios técnicos sobre los económicos; la marginalización de la gerencia; la poca preocupación por el ambiente externo, entre otros.

Esos cambios generan una crisis de identidad, que acentúa sentimientos y reacciones negativas, como la resistencia de los médicos como grupo dominante, el rechazo a la elección de prioridades y el bloqueo de iniciativas, que sustituyen la voluntad de emprendimiento de los mismos profesionales y la regulación de conflictos por el crecimiento. En el plano externo, el hospital se hace más reactivo, sobrestima la escasez de recursos y pasa a mirar el futuro con inquietud. Forman parte del telón de fondo de esta crisis, la necesidad de fortalecer la regulación administrativa y de introducir criterios económicos de gestión de los centros operacionales, lo que amenaza la autonomía.

La gestión estratégica pretende actuar sobre movimientos que permitan la renovación del contrato psicológico entre los profesionales y la organización, actualmente bastante debilitados. El impacto sobre la identidad organizacional comprendería varios factores:

- Al formular un proyecto de organización más estructurado, basado en la exploración de sinergias y de colaboraciones, la gestión estratégica busca poner en evidencia soluciones (lo que tiene impactos psicológicos naturales) y elegir aquellas que permiten un mayor beneficio colectivo al favorecer la posibilidad de compartir los recursos. La gestión estratégica combina las estrategias individuales dentro de una estrategia de conjunto, desviando la atención de las atribuciones para las contribuciones. La formalización de la información, del análisis y de planes favorece la aprehensión de la organización por todos los actores. La instancia reguladora (Ministerio de Salud) es convocada a decidir sobre objetivos explícitos y no solamente sobre distribución de recursos exigidos. El propio director del hospital fortalece su posición al tener que arbitrar, en definitiva, el contexto de diferentes proyectos médico-asistenciales.
- El proceso de análisis estratégico crea lugares de encuentro, estimula la reflexión colectiva (intra e interprofesional), distribuye responsabilidades

entre grupos, crea nuevas unidades, aumenta las conexiones externas. El sistema de poder, dividido y atado a los servicios, evoluciona para establecer transversalidades e interdependencias. La naturaleza al mismo tiempo técnica y económica de las decisiones, conduce a la evolución de las relaciones entre administradores y médicos en el sentido de la colaboración. Habría más integración y formalización.

- El mayor conocimiento mutuo, basado en la socialización de un sistema de información, promueve una gestión negociada, que acentúa la necesidad de las sinergias y colaboraciones operacionales. El ambiente pasa a ser el centro de las atenciones. Los diferentes agentes organizacionales pasan a visitarse mutuamente, a conversar, a encontrarse más. Los valores pasan a ser cuestionados, puestos en discusión como fundamento de las decisiones. Determinados tabúes como la capacidad ajena son relativizados. La evaluación estratégica justifica la necesidad de un análisis de la capacidad global de los servicios frente a los usuarios. La rigidez de posiciones corporativas cede lugar, en función de la posibilidad del encuentro, a posiciones más flexibles.
- El imaginario organizacional evoluciona, en síntesis, hacia una valorización de la interdependencia que compensa la reivindicación de autonomía, hacia una apreciación positiva del sentido de bien colectivo de la actividad. Los individuos se apropian de la organización con información, formalización y análisis, y desarrollan una motivación para la acción. Se sienten modelando y adaptando dinámicamente su organización.

La renovación del contrato psicológico depende de la movilización de tres expedientes:

- El papel del liderazgo: las situaciones de crisis exigen la presencia del poder de motivación del líder. Este liderazgo debe transmitir la capacidad de asumir la iniciativa y de explorar nuevas reglas de juego. Debe comunicar con claridad, apuntando a fijar, focalizar progresivamente un nuevo modo de comportamiento, guiado por un estado de espíritu menos individualista, más solidario, más centrado en la acción colectiva, que valore las contribuciones mutuas, la comunicación, que sea menos jerarquizado, menos prescriptivo, más abierto a las expectativas externas, más transparente. Este liderazgo debe ayudar a proyectar la imagen del sistema político, no como un juego de presiones aleatorias, sino como un proceso de acción interactivo consensual y contributivo.
- El papel de la comunicación: la comunicación ayuda a crear un lenguaje común y a integrar los discursos individuales en una perspectiva global, de modo de aumentar la cohesión social. La comunicación implica el reconocimiento del otro como legítimo otro, el reconocimiento de las expectativas de los

interlocutores, el reconocimiento de la imagen que proyectamos a los otros y la comparación entre esa imagen y lo deseado. La comunicación exige una relectura de la organización para reconocernos –como colectividad– en el pasado y para explorar determinados trazos culturales que pueden ser útiles para cambiar, o para identificar formas de práctica retrógradas, de las cuales podemos apartarnos positivamente. Comunicar nuestra oferta de actividades es una forma de fortalecer nuestros compromisos frente a los demás integrantes de la red y aumentar nuestro nivel de exigencia.

- La apropiación de la organización por los actores: sin una apropiación de la estrategia por parte de los actores, esta no resultará. Dada las características procesual, adaptable, variable, de los proyectos de los diferentes servicios, se torna necesario que los diferentes actores suscriban una carta de intenciones estratégicas general, que tienda a dar unidad a las iniciativas locales, algo así como el gran proyecto institucional. Como entre el discurso y la modificación real de comportamientos, existe una distancia importante, es fundamental que se asuma el análisis estratégico como un proceso exploratorio, interactivo y progresivo, como aprendizaje permanente.

### *El modelo de cambio organizacional*

Este modelo de gerenciamiento intenta articular la necesidad de racionalidad con la amplia participación de los actores de la base organizacional. Se opone al Modelo Racional de un Actor Único (la dirección), que busca tan solo una solución única, óptima, de naturaleza económica, a partir de una problemática que se pretende estructurada. Se inserta en la perspectiva del Desarrollo Organizacional, que encara el cambio, no como la gestión del pasaje de un estado de equilibrio hacia un estado de equilibrio diferente, sino como la gestión del desequilibrio que caracteriza toda organización dinámica, donde desequilibrio y movimiento, están íntimamente vinculados. En la perspectiva del Desarrollo Organizacional, cambio y aprendizaje son fenómenos naturales y esenciales, de carácter permanente y no eventos inducidos ocasionalmente desde afuera. Esta perspectiva consiste en impedir la intervención de la jerarquía para que los actores organizacionales investiguen los obstáculos al buen funcionamiento organizacional, que se identifican con frecuencia con el comportamiento interactivo. Otra contribución al nuevo modelo de gerenciamiento es el Análisis Sociológico de las Organizaciones, de Crozier (1977), que defiende la necesidad de una amplia participación, para apoyar el proceso de conquista del mundo exterior, en el potencial energético de actores autónomos que negocian un proyecto solidario.

Este modelo es racional, ya que acentúa la necesidad de formular objetivos, pautados en una racionalidad de costos de oportunidad y un análisis de tendencias del ambiente exterior. Es un modelo de negociación, participativo, de abajo hacia arriba, que se apoya en la formalización de análisis, evaluaciones y estrategias y en la utilización de un método de trabajo en común.

Es un modelo propicio para el cambio, porque permite desde un inicio, el encuentro donde no había encuentro.

Algunas características de este modelo:

- El proceso supera al modelo: la coherencia es fruto de sucesivos ajustes, de un aprendizaje progresivo sobre la posibilidad de objetivos comunes, aunque parciales. En este proceso de aprendizaje, se destaca la preocupación por la necesidad de un trabajo permanente sobre un ambiente complejo y evolutivo, de manera no reactiva.
- La organización es el producto de las orientaciones: la organización se construye a partir de planes de acción definidos colectivamente y de una política de sinergias.
- Las orientaciones provienen de la base: en una organización diversificada y derrotada, la definición centralizada de la estrategia es necesariamente reductora.

Dos cuestiones son vitales para Crémadez, en la promoción del proceso de cambio: en primer lugar, la necesidad de inversión pedagógica significativa en el territorio de la metodología, y que los actores incorporen la idea de que podrán mantener el control sobre el proceso, dependiendo los resultados de sus posibilidades; en segundo lugar, la necesidad de obtener resultados rápidos y de que se consolide la idea de que el distanciamiento crítico en relación a las capacidades profesionales ayudará a desbloquear situaciones intrincadas.

Algunos principios son muy importantes en este proceso: ser transparente y argumentativo en el proceso de búsqueda incesante del consenso, evitando apostar al antagonismo para intentar solucionar situaciones cruciales; evitar conductas de exclusión, manteniendo la puerta siempre abierta a la discusión; explorar el poder de compromiso del director, el cual debe explicitar con claridad su voluntad de cambio y trazar, a grandes rasgos, las líneas teóricas de este proceso, considerando la satisfacción de los usuarios, la realización de los actores internos y un mayor alcance de la misión; darse el tiempo necesario, considerando las particularidades de cada servicio y hospital, para que se produzcan los procesos de cambio; apostar a la obtención de resultados concretos para reforzar la creencia en el cambio en el imaginario de los actores; huir de un juego en donde un actor gana y el otro pierde, a través de la exploración de las sinergias y colaboraciones, de la socialización de medios; acelerar los procesos decisivos y combatir la burocracia, para dar señales claras de una menor inercia organizacional.

Garantizar la viabilidad de permanencia y continuidad de cambio, dependería de tres factores: la transferencia de la metodología a los actores internos, a través de la substitución progresiva de los consultores externos; la evolución progresiva de la tecnoestructura; y la inversión en formación.

.....

## *El Método*

Las etapas del método y su contenido general son las siguientes:

- El análisis de lo existente: corresponde al diagnóstico del método.
- La segmentación: esta etapa corresponde a la definición de los principales agrupamientos homogéneos de actividades, teniendo en cuenta aquellos que presentan una misma problemática estratégica.
- El análisis del valor y de la posición competitiva de cada uno de los segmentos resultantes de los agrupamientos de actividades: el valor corresponde al interés relativo o al nivel de prioridad relativo que los segmentos tendrían para la especialidad, en función de una política general y depende del interés en la asignación de recursos. Un criterio genérico en la medición de ese valor está representado por la capacidad potencial de atracción de clientes ofertando una atención de excelencia y eficiente; la posición competitiva es evaluada considerándose el grado de control sobre los llamados factores clave de éxito (FCE), que corresponderían a las ventajas o situaciones positivas necesarias para tener éxito en una actividad.
- La construcción del portafolio de actividades, apuntando a la definición de la estrategia general de acción o de los objetivos: el portafolio es un gráfico cuya abscisa está representada por la posición competitiva de la institución y cuya ordenada representa la capacidad de atracción (valor) de los segmentos.
- El Plan de Acción, apuntando a alcanzar los objetivos a partir de las estrategias definidas en términos de tres posibilidades: priorizar el desarrollo de un segmento; estabilizarlo; reducir el reclutamiento de clientes o recortar el segmento.
- El montaje de los indicadores de monitoreo del plan.

Veamos el contenido más específico de cada etapa.

### *El análisis de lo existente*

El diagnóstico es administrativo y médico.

El diagnóstico administrativo es de tipo tradicional, con informaciones

como: tiempo medio de espera, número de ingresos, personal médico y paramédico, estructura física, perfil de la demanda, etc.

El diagnóstico médico comprende:

- relación de patologías atendidas por disciplina médica, ordenadas de acuerdo con una complejidad creciente;
- relación de tecnologías utilizadas por disciplina, ordenadas de acuerdo a la complejidad;
- cruzamiento entre patologías y tecnologías, identificándose la incidencia de las tecnologías sobre las patologías;
- relación de las modalidades de atención, considerándose cuatro criterios:
  - si las actividades en relación a las patologías son o no programables o electivas
  - si la intervención sobre las patologías demanda consulta ambulatorias y/o hospitalización;
  - el tipo de hospitalización requerida: el tiempo de internación requerida
  - si las patologías enumeradas demandan un tipo particular de capacidad diagnóstica o de exploración funcional (*plateau technique*) existente en el servicio o fuera de él.

La etapa diagnóstica incluye además, la relación entre los competidores y los colaboradores externos, como también el diseño de la red de cuidados.

La red de cuidados es un cuadro que pretende relevar las actividades por segmento, divididas en actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, realizadas en el servicio, en otros servicios del mismo hospital y en la red (conexiones externas). (Ver Figura 1).

Figura 1 – Red de Cuidados (*filère de soins*).

	Diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
Servicio			
Hospital (otros servicios)			
Red (conexiones externas)			

Fonte: UAS-CHRU, 1995 (adaptado).

El cuadro Red de Cuidados es un instrumento que posibilita identificar superposiciones y complementariedades eventuales entre los tres niveles de servicios referidos, posibilidades de competencia y también ausencia de actividades.

El mayor objetivo de esta etapa diagnóstica es proporcionar elementos para la etapa siguiente, que consiste en segmentar los servicios según una lógica que veremos a continuación.

### *La segmentación estratégica*

La segmentación implica definir colectivamente, a nivel de cada servicio, agrupamientos homogéneos de actividades, definidos como aquellos polos de actividades donde predomina la identidad de elementos desde el punto de vista de su problemática estratégica. En este proceso, se deben reducir al mínimo los factores de desacuerdo. En el caso de que existan grandes diferencias, se deben realizar nuevas divisiones de categorías.

El objetivo central de la definición de segmentos homogéneos es crear categorías que permitan un análisis estratégico representativo, teniendo en cuenta que el hospital es una institución multiproducto, donde todos los grupos de actividades no siempre presentan el mismo desarrollo o el mismo valor estratégico. Por lo tanto, se considera, que cada segmento reconoce un ambiente competitivo específico.

La etapa de segmentación, es un análisis multicriterios, en el cual las diferentes actividades son tamizadas a través de diferentes criterios específicos:

- Las patologías presentadas por los pacientes: tipo y localización de la afección; grado de complejidad; superposición entre patologías.
- Las características del proceso de atención: necesidad de internación convencional o específica (camas de aislamiento), grado de programación o de elección de la actividad.
- Las características de las tecnologías utilizadas: necesidad de disponer de una estructura técnica específica (de apoyo diagnóstico, terapéutico o de seguimiento); tamaño de la inversión realizada o a ser realizada; acceso a la estructura técnica general.
- Las capacidades necesarias: grado de sofisticación dentro de la especialidad; multidisciplinariedad (recorrir a las capacidades de diversos especialistas).
- La competencia: número de instituciones y de profesionales que ejercen la actividad y medios disponibles.
- Tipo de población involucrada: edad, sexo, categoría socio-profesional específica, activo o inactivo.
- El lugar de la actividad en la red de cuidados: urgencia, diagnóstico, atención, seguimiento, educación sanitaria, prevención.



Estos criterios pueden ser integrados en cuatro grupos:

- Las patologías (infarto, insuficiencia cardiaca, arritmias, etc., en cardiología);
- Las tecnologías (radiología, ultra-sonido, *láser*, etc.);
- Los modos de atención (internación convencional, consulta ambulatoria, hospital de día, etc.)
- Población (alcohólicos, ancianos, niños, mujeres, etc.)

Puede ser interesante un análisis progresivo, comenzando por los criterios médicos patología y tecnología, pero se busca crear agrupamientos homogéneos desde el punto de vista de los cuatro criterios, y no de uno en particular. La definición es situacional, teniendo en cuenta que los implicados pueden privilegiar un determinado criterio o dos. En general, se priorizan, de acuerdo a la experiencia, los criterios médicos. No se trata de descubrir una estructura universal y general, que sirva de referencia para organizaciones que ofrecen actividades análogas, tal como se organiza y recorta el campo de una disciplina científica. La definición de los segmentos está influenciada estratégicamente por la necesidad de presentar, desde el inicio, los conjuntos de actividades típicos de cada hospital, que contribuyen a su diferenciación. La forma como las actividades son organizadas previamente en función de una cultura determinada, también define los recortes particulares. La subjetividad es inherente a la segmentación en la medida en que esta depende de la mirada que depositan los interesados sobre sus actividades y el ambiente externo específico, condicionado por la identidad cultural de la organización.

Cada uno de estos cuatro ángulos de aproximación, en mayor o menor medida, resalta la dimensión médica, organizacional o social de las actividades. De este modo, si los dos primeros son estrictamente del orden médico, el tercero (proceso de atención) se ocupa del contexto organizacional ofrecido a los pacientes, mientras que el cuarto (población), está más centrado en las necesidades de una categoría específica de individuos. Cada elección traduce elecciones estratégicas diferentes en términos de la investigación de ventajas competitivas:

- Un segmento centrado en las patologías traduce la adopción de una posición amplia en la red de cuidados, correspondiendo a una oferta diversificada y a procesos de atención variados (consultas, exploraciones funcionales, cuidados, seguimientos, etc.)
- Un segmento centrado en la tecnología, prioriza una oferta específica correspondiente a una posición más restricta y más puntual de la oferta de cuidados, tanto a nivel de diagnóstico, como a nivel curativo, o a nivel de seguimiento (técnica particular de reeducación, por ejemplo). En general, se elige un segmento tecnológico cuando se trata de técnicas y equipos de

una cierta complejidad, de uso no indiscriminado, que engloban un conjunto característico de patologías y que constituyen ventajas comparativas o “exclusividades”.

- Un segmento centrado en un modo de atención, privilegia el contexto dentro del cual se encuentra el paciente y destaca la respuesta a ciertas necesidades o insatisfacciones a partir de los cuales él mismo puede juzgar si los servicios que le son ofrecidos (urgencia, programación, duración...) se adaptan a sus necesidades.
- Un segmento centrado en una población específica de pacientes, privilegia las expectativas o las necesidades de orden sanitario, pero también las de orden social, de un grupo de individuos a los cuales podemos ofrecer un servicio diferenciado, adaptado a su especificidad.

La importancia dada a una dimensión, patología, por ejemplo, no excluye de ninguna manera las otras dimensiones: tecnología, población, modo de atención, que pueden presentarse de forma subordinada. Estos criterios no predominantes, complementarían la descripción de las características de los segmentos y ayudarían a reflexionar en relación a las sinergias. En una institución, se pueden adoptar, al mismo tiempo, segmentos estratégicos que responden a criterios predominantes diferentes.

La segmentación estratégica es un método que permite tomar una realidad compleja y descomponerla en subconjuntos más simples de entender. Para constituir estos subconjuntos, se privilegian ciertos factores comunes a las actividades que los componen, subordinando los factores que las diferencian. De este modo, se construye un modelo que reduce la realidad, pero presenta un riesgo importante si nos concentramos en las simplificaciones que facilita. Los segmentos no son estancos, ellos poseen conexiones que deben ser estudiadas. La identificación de problemáticas transversales es, por lo tanto, indisociable de la segmentación. Esto permite dar una coherencia de conjunto a las actividades segmentadas anteriormente.

Cuando el punto de partida de la segmentación es la estructura organizacional, se hace evidente la presencia de relaciones entre los servicios, vínculos frecuentemente escamoteados por la dinámica y la diferenciación organizacional, o sacrificados en pos de la preservación territorial. Las problemáticas transversales estarían generalmente vinculadas:

- A oportunidades de colaboración entre disciplinas completamente separadas en el pasado (por ejemplo, el estudio del sueño, a partir de la asociación de capacidades, puede avanzar a través de la neumología, de la neurología y de la psiquiatría).
- A la desestabilización, por innovaciones tecnológicas, de fronteras clásica-

mente reconocidas, que provoca con frecuencia guerras de apropiación (por ejemplo, entre la endoscopía y la radiología intervencionista).

- A la puesta en evidencia de dependencias mutuas en el seno de una misma red de cuidados (entre la cirugía y la medicina para el diagnóstico y luego para el seguimiento de ciertas formas de cáncer o de trasplante, por ejemplo).
- A la evidencia de necesidades comunes a varias disciplinas diferentes (evaluación de los desafíos de la nutrición, por ejemplo).

El tratamiento de las problemáticas transversales puede traducirse, tanto en una nueva segmentación: replanteo del contenido de los segmentos existentes, surgimiento de nuevos segmentos (ejemplo: el vascular, en cardiología), como por la delimitación de nuevos campos de sinergias (ejemplo: entre el segmento vascular de la cardiología y de la neurología).

La sinergia es el excedente de eficacia o eficiencia resultante de la operativización conjunta de dos o más actividades o segmentos distintos. La identificación de las sinergias es fundamental sobre el plan estratégico, ya que permite dar, una vez más, una unidad al conjunto de los segmentos reunidos al interior de una misma organización. Las sinergias definen las líneas de fuerza de la colaboración, a instaurarse entre los diferentes componentes de la organización, o sea, la aplicación en común de los recursos, con el fin de que la gestión de las conexiones entre los segmentos sea fuente de ventajas competitivas. Si la detección de las sinergias es de orden estratégico, la movilización de las mismas puede ser también de orden organizacional, a través de la adaptación de las estructuras en un sentido amplio, principalmente a través de la movilización de estructuras de integración.

Es importante señalar que el proceso de segmentación nunca es definitivo o fijo y no se relaciona al preexistente, existiendo la posibilidad de surgimiento de segmentos virtuales. Durante este proceso, nuevas e interesantes formas de segmentación pueden surgir. De este modo, una segmentación iniciada a través del predominio del criterio patología puede mostrarse extremadamente extensa y poco operacional y evolucionar posteriormente hacia una segmentación prioritariamente por tipo de atención, con la inclusión subordinada de los criterios tecnología y población. Las áreas de diferenciación estratégica de un hospital pueden cambiar a lo largo del tiempo condicionando nuevas formas de segmentación que deben ser tratadas como un proceso de aproximaciones sucesivas. Este proceso es interactivo, progresivo y exploratorio.

Daremos aquí algunos ejemplos:

Segmentos del Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel-SMS-Río de Janeiro

- Ambulatorio de Adultos
- Centro de Orientación Infanto-Juvenil (Coij)
- Cais (Hospital de Día de Adultos)

- Núcleo de Asistencia Integral a la niñez Autista y Sicótica (Naicap-Hospital de Niños de Día)
- Enfermerías A + B (sicóticos/pacientes graves)
- Unidad de Tratamiento de Alcohólicos (UTA)
- Recepción y Emergencia
- Laboratorio (especializado en psiquiatría)
- Servicio de Imagen Cerebral

Esta segmentación está basada fundamentalmente en un criterio tipo o modo de atención, más allá de que presenten recortes referentes a otros criterios, como, población (adulto/niñez), patología (UTA) y tecnología (Servicio de Imagen Cerebral).

Segmentos de la Cardiología del Hospital da Lagoa-SMS-Río de Janeiro:

- Enfermedad Arterial Coronaria (DAC)
- Arritmias
- Síncopes
- Cardiopatías Congénitas
- Hemodinámica Intervencionista
- Hipertensión Arterial
- Cardiopatías

Esta segmentación es clásica, con un amplio predominio del criterio patología, con la presencia subordinada del criterio tecnología -hemodinámica-, que reúne actividades que inciden sobre algunas de las patologías que definieron segmentos (configurando una superposición).

### *Análisis del valor de cada segmento*

La determinación del valor implica analizar cada segmento a partir de diferentes criterios/subcriterios, de los cuales destacamos:

- Estado actual y perspectivas del mercado;
- Barreras a la entrada de nuevos competidores;
- Sinergias;
- Grado de motivación interna;
- Oportunidades del ambiente;
- Potencialidades del segmento.

El objetivo central del análisis del valor es jerarquizar los segmentos por medio de una ponderación de los criterios y de una notación relativa.

Cada criterio general tendría un peso determinado, en términos de porcentajes en la fijación del valor del segmento (como así también los subcriterios específicos). Este peso es variable, situacional y referente a la especialidad seleccionada, aunque esta ponderación relativa pueda variar dentro de una misma especialidad en el caso de hospitales diferentes. Sin embargo, el peso expresado en porcentaje permanece uniforme para la especialidad del hospital en cuestión, como también para todos sus segmentos. Esta ponderación correspondería a la importancia relativa que cada criterio tendría para la comunidad de profesionales involucrada en el análisis estratégico, según la aplicabilidad relativa de los criterios. Definido el peso relativo de cada criterio, se procede a un sistema de notación, atribuyéndose una nota de 0 (cero) a 20 (veinte) por criterio a cada segmento analizado. Esta nota consensuada correspondería a una visión prospectiva de cómo cada segmento, se comportaría en relación a cada criterio. Por lo tanto: ¿cuál sería el nivel de sinergia potencial? ¿Cuáles serían las perspectivas de que crezca o se desarrolle? ¿Qué potencial de captación de clientela y de desarrollo de investigación y de enseñanza es posible establecer?, etc. El valor global del segmento será conferido en función de las notas por criterio y de su peso específico, llegando a un *score específico por segmento*.

Pasaremos a discutir brevemente el contenido de estos criterios, basándonos en material recogido en Lille, Francia, en la UAS-CRHU (1995 a, e, b) como también, a partir de la adaptación realizada para la realidad brasilera (ver Anexo).

En relación al mercado, se consideran las perspectivas de desarrollo, el riesgo de fluctuación y la intensidad de la competencia.

Las perspectivas de desarrollo se refieren a la posibilidad de crecimiento futuro de los segmentos de una especialidad, considerándose el escenario epidemiológico-social y el escenario tecnológico. Debe tomarse en cuenta que la evolución de las técnicas de diagnóstico y de terapia pueden contribuir para aumentar o disminuir la demanda de servicios.

Es importante el análisis del riesgo de fluctuación de las técnicas, referente a la previsión del surgimiento de nuevas técnicas capaces de modificar sensiblemente la actividad a corto o mediano plazo.

La intensidad de la competencia corresponde a la previsión de la cantidad de instituciones y de profesionales realizando la misma actividad, y a su expresión en términos del control de los medios necesarios a la oferta de la actividad en cuestión.

Inicialmente, una alta expectativa de crecimiento inducida por los fenómenos epidemiológicos y tecnológicos, una previsión de estabilidad en la evolu-

ción de las técnicas y la presencia de pocos competidores, contribuirían para valorizar el segmento, al garantizar, teóricamente, más mercado para la especialidad de un hospital. Pero este análisis puede ser relativizado dependiendo del contexto sanitario, social y político de la región donde se encuentra el hospital.

En relación a las barreras a la entrada de nuevos competidores al mercado, se considera fundamentalmente el monto de inversión destinado al desarrollo de los segmentos y las posibilidades de ser rentable u obsoleto. Una inversión elevada ya realizada y la previsión de continuidad, valorizan al segmento en una situación específica, pues significa ventajas comparativas en relación a otras organizaciones que no hayan realizado la misma inversión —que puede ser visto como barrera para la entrada en el mercado.

Esta inversión puede ramificarse en equipamientos y tecnología, capacidad instalada, recursos humanos especializados, etc. Puede considerarse también de forma agregada, priorizándose el componente tecnológico.

Las sinergias se refieren a la posibilidad de compartir equipamientos, tecnologías, capacidad instalada, apoyo logístico, como también la opinión especializada de los profesionales. Este criterio es importante tanto desde el punto de vista de la economía de costos, como de la calidad de los servicios. Se considera también que el sinergismo con otros segmentos y especialidades de un mismo hospital y el potencial de colaboraciones con la red son factores que incentivan el surgimiento de un mercado o de clientes, valorizando por ende, al segmento.

Se debe evaluar el grado de motivación interna, por la disposición del cuerpo profesional de una especialidad, para invertir en los diferentes segmentos. Esta es una variable de contenido subjetivo relacionada al grado de interés que contienen las actividades, en función del status de las mismas, de su complejidad y de la particular formación y cultura de los médicos.

Las oportunidades del ambiente incluyen la posibilidad de traer recursos externos desarrollando cada segmento, mejorar la imagen externa de la especialidad y del hospital, el interés manifiesto de las autoridades sanitarias revelado por la disposición de otorgar financiamientos suplementarios, como también el potencial de innovación derivado de la posibilidad de transferencia de determinadas tecnologías.

Las potencialidades de los segmentos corresponderían a la capacidad de atracción de clientes en nivel regional y local, así como a la generación de actividades de enseñanza e investigación.

La atribución de una nota al segmento por (sub)criterio está basada en la formulación de preguntas-clave. Por ejemplo, la evaluación de las perspectivas de desarrollo sugiere las siguientes preguntas:

¿La actividad en cuestión progresará en los próximos años?

- ¿en función de los factores de riesgo (edad, por ejemplo)? o
- ¿en función de la evolución tecnológica o del *savoir-faire* (nuevas terapéuticas)?

Una nota alta correspondería a la previsión de un fuerte crecimiento y una nota baja, a la estimación de una disminución importante.

A continuación, presentamos la matriz básica adaptada del cuadro de afección de valor (Figura 2).

Figura 2 – Matriz de evaluación del valor de los segmentos de especialidad.

Especialidad/Disciplina:

Segmento:

Evaluación del Valor del Segmento:

Criterios de evaluación	Peso %	Nota (de 0 a 20)	Score (= p x n )
Mercado			
Crecimiento			
Riesgo de fluctuación			
Intensidad competitiva			
Valor ponderando mercado			
Barreras a la entrada			
Sinergias			
Grado de motivación interna			
Oportunidades del ambiente			
Potencialidades del segmento			
Valor del segmento	100		

Fonte: Crémadez & Grateau, 1992.

En nuestra experiencia, el análisis del valor es considerada según los siguientes criterios: posibilidades de crecimiento; intensidad de la competencia; tamaño de la inversión, como barrera a la entrada; potencial de sinergias (internas al hospital), potencial de colaboraciones externas; potencial local y

potencial regional de captación de clientes; motivación interna; potencial de enseñanza e investigación; contribución con el proyecto político o con la gran misión del hospital; contribución con la imagen externa. Estos criterios contienen los subcriterios explicitados durante la aplicación del enfoque para hacer más fácil el cálculo.

El resultado de esta etapa es una descripción precisa de la problemática específica del segmento. Este método, a pesar de no partir de la categoría problema, permite, en esta etapa, ir al encuentro de los problemas específicos. Por ejemplo:

- Muchos competidores identificados dan como resultado una nota baja en lo concerniente a la intensidad de la competencia, lo que contribuye a un valor de mercado relativamente menor;
- Una expectativa de pocos aportes externos, compromete el ítem oportunidades del ambiente;
- Un bajo desarrollo en investigación, puede comprometer las potencialidades de desarrollo general.

Para que los criterios anteriormente aludidos no sean fundamentalmente bases de investigación, sino de evaluación, es necesario someterlos a un proceso de formalización riguroso. De este modo, la evaluación del valor debe ser realizada sobre bases idénticas para todos los segmentos de actividad que conforman una institución. En el caso contrario, la evaluación no aportará elecciones estratégicas, ya que la elaboración de cada una de las escalas específicas estaría apoyada en valores y diferentes modos de aprehensión del medio ambiente, lo que impediría toda comparación significativa.

La formalización de la escala de evaluación debe evitar al máximo los riesgos de interpretaciones divergentes. De este modo, el título del criterio debe acompañarse de una definición precisa del contenido del criterio, de la forma de evaluar (significado positivo de la variación) y del modo de puntuación que será utilizado. Frecuentemente el grado de madurez de la organización frente a la evaluación, definirá la utilización de una puntuación numérica o no. La ventaja de una puntuación numérica es permitir ponderar los diferentes criterios y facilitar la obtención de una nota global.

A pesar de todas las precauciones que se puedan tomar, la no disponibilidad de ciertos datos, como también el hecho de que, en ciertos casos, los especialistas consultados estén involucrados en la puntuación, impiden evitar una buena dosis de subjetividad. La única manera de minimizar esta cuestión es lograr que la puntuación se efectúe en un contexto de participación lo suficientemente amplio como para que exista la necesidad de obtención de un consenso.



## *La evaluación de los factores clave de éxito y de la posición competitiva*

El análisis de la posición competitiva o estratégica del hospital corresponde a la identificación de los factores clave de éxito (FCE) y al grado de control relativo por parte del hospital. Los FCE sirven para evaluar la capacidad del hospital para obtener buenos resultados en cada uno de los segmentos de actividad, o sea, para satisfacer la demanda del servicio correspondiente en calidad y cantidad.

Los FCE corresponden a las capacidades/tecnologías que deben ser controladas para tener éxito en las actividades en análisis. La identificación de estos factores clave es equivalente a la definición situacional de elementos de capacidad diferencial, o sea, de capacidades específicas de orden relacional, tecnológica, financiera o de capacidades, cuyo control garantice posiciones de vanguardia.

Este concepto presenta las siguientes características fundamentales:

- Lo que se indica es el conjunto de factores que promueven efectivamente el éxito, es decir, lo que es valorizado por el medio ambiente de los profesionales y de los usuarios. Las confusiones más frecuentes, a las cuales es necesario estar bastante atento, son: confundir FCE y norma profesional (interna o no a la organización), por un lado y, FCE y capacidad disponible, por otro.
- El número de factores considerados debe ser limitado; todo es importante, pero sólo algunos elementos son decisivos.
- El nivel de capacidad requerida puede ser evaluado en términos absolutos (mínimo requerido del orden normativa), pero lo que importa es la capacidad relativa, es decir, lo diferencial en cuanto a las capacidades que se establece en relación a la competencia.
- Los FCE no son invariables. Su composición evoluciona en función de los fenómenos que influyen sobre las expectativas de los usuarios. Estos pueden tener un origen ambiental (fenómenos sobre los cuales se puede actuar frecuentemente, al menos indirectamente) o resultar de los esfuerzos de las organizaciones, a través de la competencia entre ellas mismas, transformando en diferenciales, factores considerados anteriormente como secundarios. Cuando, luego de la puntuación, la diferenciación entre los competidores se muestra relativamente escasa, se puede preguntar sobre la pertinencia de los FCE definidos. En efecto, si todos los competidores están próximos y obtienen una nota satisfactoria, lo que se debe preguntar es si el FCE no pertenece al pasado, si su efecto diferencial puede estar ya superado o si las posiciones de competencia dependen de otros parámetros. Por otro lado, si todos los competidores tienen mala puntuación, es necesario preguntar si no existe un desvío que actúa entre la visión del especialista (su sistema normativo) y la visión del usuario (sus expectativas).

La identificación de los FCE debe ser realizada basándose, lo máximo posible, en la observación del medio ambiente, analizando lo que determina el éxito de un competidor considerado particularmente amenazador, interrogando a los interesados, tanto a profesionales como a usuarios. Esta identificación es indisociable de la identificación de los competidores y consiste en explorar, a través de la reflexión estratégica, ciertos datos de *marketing*, interrogándose sobre la persistencia de las expectativas observadas y sobre los factores susceptibles de modificarlas.

El relevamiento de datos sobre FCE se hace en relación al lugar que se ocupa en la red de cuidados correspondiente al segmento estudiado. Ocupar una cierta posición específica en la red de cuidados puede ser, en sí, un FCE. Una vez determinado el espacio a ocupar, conviene movilizar un cierto número de recursos y de capacidades de control para proponer servicios en los que se perciba una calidad superior a los de sus competidores. La obtención de los FCE es fruto de la investigación sistemática sobre tipo, calidad y volumen de los recursos que tendría un efecto diferenciador sobre el desempeño relativo de los competidores involucrados.

Para ser operacional, o sea, conducir a la formulación de planes de acción que permitan mejorar la posición competitiva del establecimiento sobre un segmento de actividad determinado, es necesario que la formulación de los FCE sea precisa. No se trata de decir, por ejemplo, “son necesarios médicos competentes” sino que es necesario precisar cuál es la capacidad que hace la diferencia; en vez de decir “son necesarios equipamientos eficientes” se debe identificar cuál es el equipamiento cuya posesión constituye una real ventaja estratégica.

Lo que lleva al éxito, es aquello que es efectivamente percibido por el consumidor de los servicios ofertados. El hecho de que el universo de la salud sea un universo prescriptivo complica ciertamente el problema en la medida en que puede haber en ciertos casos, dificultades para conciliar las expectativas de los profesionales y las de los pacientes. Es necesario involucrar a todas las partes, especialmente a los usuarios (incluidos aquí los profesionales usuarios de la red), en la investigación de los FCE y evitar asumir la postura dependiente de confundir expectativas con normas técnicas de buena calidad profesional. Las herramientas de información del *marketing*, los estudios de imagen, de satisfacción y de opinión constituyen en este sentido un soporte muy valioso. Es por ello que la dimensión relacional (colaboraciones, comunicación) es frecuentemente una fuente de elementos diferenciales.

Es importante resaltar que, a diferencia del valor, los FCE no pueden ser idénticos para todos los segmentos de actividad, ya que estos representan la especificidad de la actividad. Y más aún, una gran semejanza en los FCE de diferentes segmentos debe conducir a repensar la segmentación.

El objetivo central de esta definición es jerarquizar las actividades (los segmentos) en función de su posición competitiva.

El método de análisis consiste en:

- Identificación de los fce;
- Relevamiento de los competidores;
- Ponderación de los fce o definición de su impacto o de su peso relativo sobre la posición competitiva, lo que consiste en distribuir 100 puntos entre los fce en función de su importancia relativa;
- Notación: Acto de atribuir una nota de 0 a 20, a cada fce en función del grado de control real de los mismos, considerando el control propio y también el control de los competidores/colaboradores;
- Determinación de la posición relativa propia y de los competidores, a través de la comparación de los *scores* pertinentes (el *score* de cada competidor es determinado a partir de los productos del peso y de la nota por fce);

Es importante señalar aquí, que la definición de la posición competitiva de los competidores implica, a falta de un conocimiento más preciso de la misma, una investigación complementaria a ser realizada *in loco* (acumulándose datos objetivos sobre el control de los FCE). De este modo, se evita una excesiva subjetividad y los errores inherentes a una mera simulación a la distancia.

La matriz de análisis del control de los FCE con algunos ejemplos, es la siguiente (Figura 3):

Figura 3 – Matriz de análisis de los factores clave de éxito (fce). Posición competitiva.

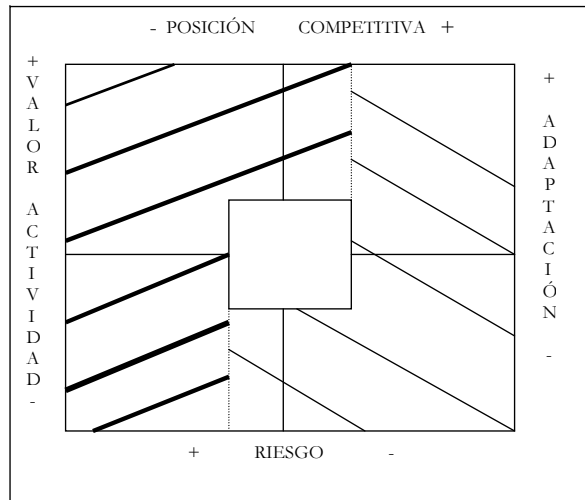
Segmento			Competidores - Referencia				
Factores clave de éxito	Peso	Nota	A	B	C	D	E
Capacidad laboratorial							
Cooperación cardiólogistas							
Recepción							
Acompañantes							
Disponibilidad <i>scanner</i>							
Animación red generalistas							
<i>Score</i> segmento	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Posición relativa							

Fonte: Crémadez & Grateau, 1992.

## La construcción del portafolio de actividades. La elaboración de una visión de conjunto

El portafolio de actividades es una matriz de valor/posición competitiva donde son posicionados los segmentos estratégicos de una especialidad para tener una idea de conjunto y de valor comparativo. En la práctica, es un gráfico constituido por el valor como ordenada y por la posición competitiva como abcisa. Cada segmento es representado por un círculo cuyo tamaño representa el volumen relativo de producción de las actividades que representa, y su posición sobre el mapa depende del *score*, obtenido al momento de la evaluación del valor y del grado de control de los factores clave de éxito, lo que define su posición competitiva. El gráfico es dividido en cuatro cuadrantes, donde los dos cuadrantes superiores corresponden a segmentos de alto valor, y los dos inferiores a segmentos de bajo valor. Los cuadrantes de la derecha se refieren a segmentos de alta posición competitiva, y los de la izquierda, a segmentos de baja competitividad (Figura 4).

Figura 4 – Portafolio de actividades.



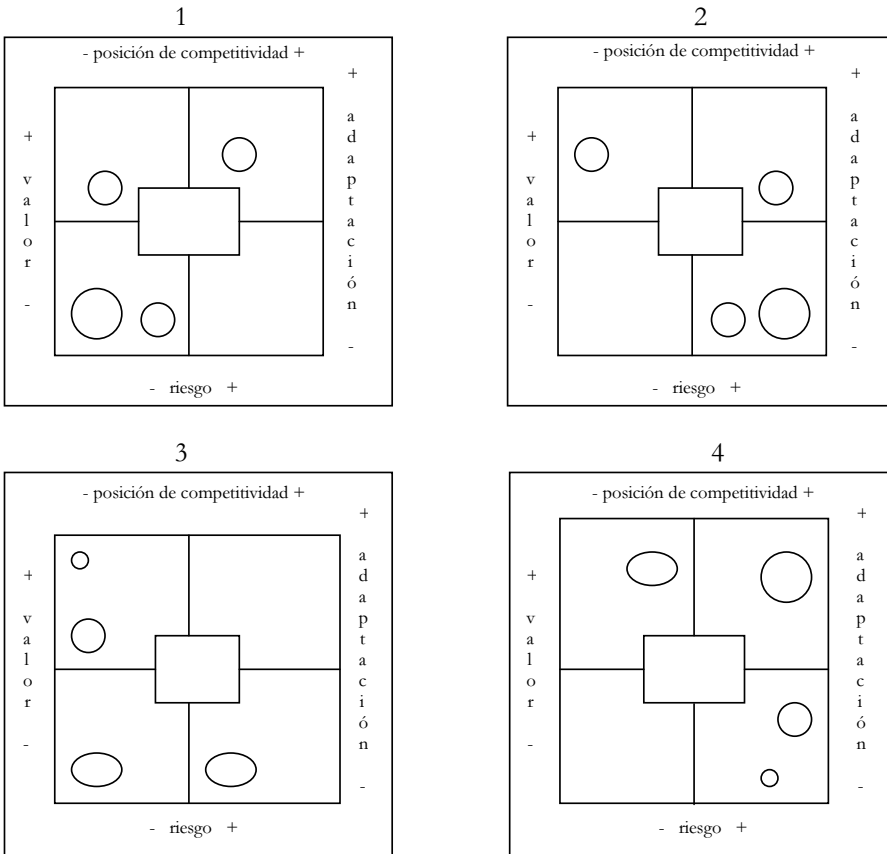
Fonte: Crémadez & Grateau, 1997.

El examen del portafolio debería permitir un diagnóstico rápido del riesgo estratégico al que se expone el segmento, como resultado de la mayor o menor adaptación a la oferta de servicios (valor de la actividad) y del esfuerzo requerido para suplantar a la competencia (la posición de competitividad). También debería sugerir las grandes líneas de acción, de acuerdo con la posición estratégica a futuro.

Puede estar estructurado en tres zonas:

- A la derecha, una zona de escaso riesgo estratégico (trazado débil): la no adaptación de los servicios es, en la mayoría de los casos, compensada por la excelencia de la posición de competitividad.
- A la izquierda, una zona de fuerte riesgo estratégico (trazado fuerte): la adaptación de los servicios es, en el mejor de los casos, debilitada por la fragilidad de la posición de competitividad.
- En el centro, una zona de no diferenciación (blanca), que corresponde a las actividades medianamente valorizadas y no diferenciadas con relación a la competencia: zona de fuerte insertaza estratégica.

Figura 5 – Ejemplos de portafolios de actividades.



El portafolio número 1, representa alto riesgo, ya que sólo un segmento de actividad, contiene una buena posición de competitividad. En contrapartida, está medianamente adaptado, ya que cerca de la mitad del volumen de actividad se destina a los segmentos mejor posicionados en términos de valor. El principal problema de la institución será desprenderse de los segmentos inadaptados, a fin de canalizar sus recursos en dirección a los segmentos mejor adaptados, y especialmente en dirección al segmento que debería ganar en posición de competitividad. En este caso, será necesario analizar detalladamente el contenido, en términos de población, patología, tecnología y de modo de atención del segmento más importante (en volumen de actividades) y no tan bien posicionado. Esta investigación permite “separar la paja del trigo” y revalorizar las actividades mencionadas, favoreciendo a aquellas que, gracias a una orientación particular, aportarán una respuesta más adaptada a las necesidades de los usuarios. Se trata, en ciertos casos, de concentrarse en la respuesta específica de una categoría de usuarios, que aparece como mayoritaria en un segmento considerado. En otros casos, será conveniente adoptar un modo de atención mejor adaptado y de cambiar de posición en la red de cuidados. Podrá ser el caso, también, de reducir el número de patologías atendidas o de concentrarse sobre aquellas que corresponden más a la vocación del establecimiento. Finalmente, la reorientación podría dirigirse a modificar las tecnologías utilizadas a fin de abrir un nuevo campo de acción. De este modo, la desvinculación de un segmento de actividad no es sinónimo de un simple abandono; este debe ser acompañado de un plan de acción específico y, eventualmente, de un esfuerzo de inversión.

El portafolio número 2, representa poco riesgo: sólo un segmento se muestra en una posición de competitividad desfavorable. Es, en contrapartida, poco adaptado, ya que el segmento que tiene la peor posición de competitividad es precisamente aquel que está representado por el valor más alto. Sin embargo, es difícil hacer evolucionar este portafolio de forma constante, vía redistribución de los recursos entre los segmentos que lo componen. En efecto, cuando una parte importante de la actividad tiene valor escaso, pero una posición de competitividad más fuerte, es difícil deshacerse de ella. Esta situación puede, en ciertos casos, mostrar una insuficiencia de difusión de las tecnologías y/o del *savoir-faire*. Una de las soluciones puede ser entonces, realizar la transferencia de los segmentos mal posicionados, liberando así recursos que podrán ser reorientados en dirección al segmento de actividad con valores más altos, pero donde debe ser mejorada la posición de competitividad. En ciertas situaciones extremas, donde existe el riesgo de ser definitivamente sobrepasado en relación a este último segmento, por la falta de una reacción más rápida, será necesario invertir sin esperar los efectos de la transferencia. En este caso, es necesario estar muy atento a fin de que la transferencia se haga lo más rápido posible y que los recursos liberados puedan ser reorientados en dirección a otros dominios. Caso

contrario, a largo plazo, podrá existir una captación de recursos *indebida*, que perjudicará a las actividades que podrían beneficiarse de esos recursos.

El portafolio número 3, es al mismo tiempo más arriesgado y menos adaptado, que demuestra un escaso dominio del sector en consideración. Necesita, ante todo, un análisis preciso de la competencia, ya que lo encontramos frecuentemente en los dominios de actividad que están sometidas a una evolución científica y/o técnica que abre nuevas perspectivas. En este caso, será necesario ante todo, poner la atención sobre los dos segmentos más valorizados, a fin de definir las estrategias que permitirán hacer progresar su posición estratégica. A veces es necesario deshacerse lo más rápidamente posible de los segmentos de escaso valor. Sin embargo, el tiempo del proceso de desvinculación dependerá de una aceptación psicológica por parte de los profesionales, vinculada a la evolución de los segmentos de alto valor.

El portafolio número 4, aparece como más promisorio y equilibrado, ya que los segmentos menos importantes (en volumen de actividad) no están bien posicionados en términos de valor. Demuestra un fuerte control del dominio considerado. Las preocupaciones son, en este caso, de dos órdenes: por un lado, controlar las maniobras de la competencia para evitar sorpresas desagradables, y por otro, evitar la excesiva asignación de recursos derivada de la influencia interna que podrán adquirir los responsables por el dominio en cuestión.

Estos cuatro ejemplos muestran que, en los casos extremos, es necesario, ante todo, preocuparse por los competidores y por el medio ambiente, descubrir las oportunidades y amenazas y, que conviene, en ciertos casos, analizar con detalle el contenido de las actividades, a partir de los puntos fuertes y débiles identificados.

De la lectura de los portafolios anteriores, podemos concluir que los segmentos prioritarios son los de alto valor. En general, deberían ser estimulados los segmentos de alto valor. Pero, no siempre un segmento de escaso valor es sinónimo de abandono del mismo (especialmente cuando el volumen de actividad es grande y la actividad no es realizada por otros). Por otro lado, cuando los segmentos presentan una baja capacidad competitiva, un valor más alto, significa que la mejor estrategia sería la de invertir en la mejora de la posición competitiva, aumentando el rendimiento y el control de los factores clave de éxito. Lo ideal es encontrar los segmentos a la derecha del portafolio. Pero, el portafolio no debe inspirar movimientos de forma mecánica: es un documento para ayudar a pensar una estrategia.

El portafolio sirve para determinar prioridades, para fijar la estrategia del hospital en términos de tres objetivos posibles, principalmente:

- Desarrollar un segmento: identificar las actividades que deben ser expandidas, priorizadas, desarrolladas particularmente. Este objetivo en general se confunde con la *estrategia de diferenciación* o de agregado de un *plus* de valor,

percibido como mejora de calidad, pudiendo implicar más costos en inversiones específicas para enfrentar los puntos débiles típicos de los FCE. El desafío sería buscar la estrategia de diferenciación que implique relativamente menos costos.

- Mantener o estabilizar un segmento: definir los segmentos a ser mantenidos en “baño maría”, al mismo nivel de desarrollo histórico, en lo posible reduciendo costos. Aquí pueden constar segmentos de alta competitividad y valor, los cuales podrían ser apenas mantenidos en la actual posición, reduciendo costos y liberando recursos para otras actividades.
- Reducir el reclutamiento de clientes hacia un segmento: definir cuál sería necesario recortar o focalizar, desestimular, disminuir, negociando la transferencia parcial o total de actividades para la red (se entiende por *focalización* privilegiar un determinado tipo de usuario o nosología).

Para Porter (1982), habría tres estrategias genéricas, discutidas a continuación a partir de la obra de Crémadez & Grateau, 1997: *diferenciación*, que implicaría definir una oferta única, exclusiva, diferenciada, percibida por todos como superior cualitativamente, cuyo acceso también podría ser diferenciado; *liderazgo en el costo*, que representaría disminuir costos para liberar recursos para otros segmentos, sin comprometer la calidad; *focalización* (que puede evolucionar como estrategia de costos y/o diferenciación).

### *Elaboración de los planes de acción*

Los planes incluyen los esfuerzos para actuar sobre la red de médicos de consultorio (que cuentan con pacientes), para implementar asociaciones, para formar médicos y personal paramédico, para comunicar el *savoir-faire* controlado, para adquirir nuevas tecnologías, para implementar nuevos modos de atención, etc.

El Plan de Acción es el “qué hacer” para implementar la Estrategia. Consistiría en un conjunto de actividades, tales como:

- Formas de apropiación/desarrollo de los FCE apuntando a enfrentar los puntos débiles identificados en el análisis, incorporación de tecnologías y de recursos humanos, entrenamientos, desarrollo de factores de calidad, etc.
- Acciones de negociación y de comunicación internas al hospital y con la red, incluyendo el establecimiento de sinergias y colaboraciones externas.
- Acciones apuntando a revalorizar un segmento, actuar sobre algún criterio del análisis del valor de bajo *score*, factible de intervención (cuando la decisión política es de buscar aumentar el valor).



- Acciones apuntando a modificar el modelo asistencial, las formas de atención que caracterizan un determinado segmento, el perfil de tecnologías utilizadas.
- Acciones de naturaleza social e intersectorial.
- Acciones que desarrollen objetivos típicamente médicos, como determinadas investigaciones.

La consolidación de un plan de acción significa retomar continuamente el análisis estratégico del valor y de la posición competitiva, con el objetivo de aumentar el control de los FCE, para mejorar la posición estratégica general. El plan culmina con la definición de los indicadores de monitoreo de las acciones para que sea posible acompañar los cambios propuestos.

### *Evaluación de las dificultades encontradas*

Esta evaluación se basa principalmente, en datos tomados de la Unidad de Análisis Estratégico del Centro Hospitalario de Lille, en los encuentros mantenidos durante nuestra visita a aquel complejo hospitalario, en encuentros desarrollados, con motivo de la presencia en Brasil de Monsieur Le Ludec<sup>2</sup>, en documentos citados que forman parte del material instructivo del enfoque y, en parte, en un análisis todavía parcial de algunas experiencias brasileras.

Entre las dificultades generales, se destacan: el escepticismo, el descreimiento en el cambio, las barreras de lenguaje, la desconfianza, la indiferencia y el rechazo a comprometerse.

En relación al diagnóstico, las mayores dificultades residen en la ausencia de sistemas de información al inicio de la *démarche*, en la opacidad de la actividad de la competencia, en la selección de la información cualitativa, en la debilidad de la base documental y en la pobreza de los datos epidemiológicos y/o en la dificultad de sistematizarlos.

En la etapa de la segmentación, algunos problemas se tornan evidentes:

- La segmentación es un concepto difícil de aprehender: el grupo médico tiende a confundir segmento y grupo homogéneo de enfermedad, en circunstancias que la segmentación de las prácticas de trabajo puede obedecer a otros criterios (como el tecnológico, el gerencial y el poblacional), más allá del criterio entidad epidemiológica. Esto genera algunas reticencias por parte de los profesionales.
- El lenguaje utilizado se aparta del vocabulario médico;

---

<sup>2</sup> Monsieur Le Ludec es uno de los responsables del desarrollo de la *démarche stratégique* en Lille, acompañando la experiencia durante nueve años.

- Existe una tendencia a definir una segmentación “territorial”, como reflejo de una lucha por el poder o reveladora de problemas latentes reveladora de problemas latentes.

Sobre la etapa del análisis estratégico, se detectaron otros problemas:

- La lógica de las escalas no es fácilmente percibida, existe múltiples interrogantes sobre la utilidad de la ponderación y de la notación;
- La notación es considerada definitiva cuando se examinan todos los segmentos;
- Los comentarios deben ser objeto de un consenso absoluto, lo que torna agobiante la formalización;
- Los servicios en posición de monopolio se prestan menos a este tipo de análisis;
- Surge la necesidad de la búsqueda de informaciones adicionales y, muchas veces, existe cierta dificultad en la obtención de los datos.

El proceso de elaboración de los planes, finalmente, enfrenta algunas dificultades:

- Los objetivos son a veces poco o mal definidos por falta de compromiso.
- Ausencia de participación de profesionales no médicos del hospital.
- Planes de acción de naturaleza esencialmente médica, sin vinculación con un proyecto social.
- Indicadores a veces difíciles de poner en práctica.

### *Análisis crítico general*

En primer lugar, uno de los mayores méritos de la *démarche* es el de aportar la definición de objetivos médicos y desarrollo de un proceso de evaluación de las actividades institucionales y de la misión organizacional. El gran objetivo de la búsqueda de la articulación gerencial de un proyecto médico es, en gran medida, cumplido. Durante nuestra visita a la Unidad de Análisis Estratégico del CHRU, pudimos relevar y revisar los Proyectos de Establecimiento concluidos a lo largo de cuatro años de aplicación exhaustiva de la *démarche*. Prácticamente todos los servicios de los diferentes hospitales de este verdadero *holding* hospitalario fueron involucrados en esta lógica gerencial. Las etapas de desarrollo del proyecto de la *démarche* varían de servicio a servicio. Por todo esto, esta nueva racionalidad gerencial ya es una realidad, reconocida en Francia como uno de los modelos de gestión respetados.

La aplicación de la *démarche* no es un proceso tan solo formal, que se resume a la documentación correspondiente a los proyectos de establecimiento centralizados en la Unidad de Análisis Estratégico. Su lógica de implementación, basada en reuniones colegiadas, tiene como objetivo, motivar una comunicación amplia al servicio de un cambio cultural. El desafío implícito es articular un colectivo en relación a un proyecto único, considerado por la red. Los resultados de la *démarche* se miden a lo largo del tiempo, en un proceso progresivo, interactivo, siempre exploratorio, capaz de impactos culturales decisivos. Esto no es una tarea fácil, semejante a la condición de una gestión racionalizadora o estabilizadora, de efectos inmediatos. Se trata de construir la colaboración, a través y principalmente, de nuevas colaboraciones, de la profundización de sinergias internas y de una nueva postura, más comunicativa entre los diferentes profesionales/actores.

La Coordinación de la Unidad de Análisis Estratégico garantiza, sin embargo, la existencia de resultados palpables, que constan en trabajos en vías de publicación, a los que tuvimos acceso durante la visita. Estos trabajos, como el de Thomas Le-Ludec (1995), acentúan en general el montaje de estructuras transversales de colaboración entre hospitales, especialidades y segmentos. La producción de resultados instrumentales, situados en la lógica de la optimización de la asignación de recursos y de la colaboración con la red, es, sin duda, una necesidad práctica, apremiante, de carácter legitimador.

Problematicemos un poco más el enfoque. Una de las principales restricciones a la *démarche*, surgida en nuestras discusiones, se refiere a la eventualidad de la segmentación estratégica “reforzar la atomización”, en vez de “ayudar a la integración” (por ser muy molecular). Esta crítica es bastante seria y merece una discusión. Existe la posibilidad de que la segmentación se pauten por la especialización del conocimiento médico y por la disputa de territorios. Por otro lado, debe considerarse que la aplicación general del enfoque es realizada servicio por servicio, disciplina por disciplina. Que el análisis estratégico de los segmentos es un trabajo hecho a nivel de pequeños grupos. Surgen preguntas naturales del tipo: ¿cómo promover la asociación, la coordinación horizontal, a fin de garantizar un proyecto integrado, con prioridades únicas por establecimiento? ¿Cómo compensar la tendencia a la diferenciación implícita en una segmentación muy molecular?

En realidad, este problema se plantea más allá de la especialidad, pues considerando la especialidad en sí, como una segmentación bien hecha, aportaría las bases técnicas necesarias para un análisis de prioridades que permitiría llegar, por la vía de la discusión crítica y democrática, a un consenso de la especialidad. Una buena descripción detallada de los grupos homogéneos de actividades ayudaría a establecer una dinámica de evaluación volcada hacia la caracterización de la posición estratégica diferencial de los mismos grupos. No, si es

bueno en todo. Existen áreas de excelencia y de no excelencia. La no diferenciación de actividades podría ocultar particularidades y diferencias en posición estratégica, dificultando el proceso de priorización de actividades. Por otro lado, una segmentación basada en un diagnóstico médico rico y en la tentativa de agrupar actividades homogéneas a partir de la conjugación de diferentes criterios técnicos y sociales, puede ayudar a desmontar feudos montados a partir del ejercicio del poder y de la informalidad.

La cuestión se refiere al aspecto interespecialidades. Basados en las conversaciones que mantuvimos en la UAS, podemos señalar que la necesidad y la posibilidad de la integración dependen de una dinámica que obliga a asociar y desasociar interactivamente los grupos de trabajo y a buscar instancias de discusión más abarcativas, que superen el microcosmos del segmento, de la disciplina y hasta del hospital. Uno de los grandes desafíos del método está relacionado con la existencia de forum ampliados de asociación de intereses, donde se procesa el gran acuerdo o la gran negociación del proyecto hospitalario, inmanente a la lógica de la *démarche*.

Es importante subrayar que, si bien por un lado la segmentación puede ser considerada un factor de diferenciación, por otro, es a partir de la categoría celular de segmento que la *démarche* busca “hilvanar” la idea de una red integrada de oferta de cuidados. Una de las preocupaciones más importantes del plan de acción, consiste en destacar claramente las sinergias y colaboraciones potenciales inherentes a cada segmento para, a partir de allí explorar posibilidades de estructuras en red. No se debe olvidar que uno de los objetivos nucleares del enfoque es justamente el de crear un movimiento de transformación del hospital en una organización abierta. Detectar los puntos de sinergia y de complementariedad es la base para la formulación de lugares organizativos de discusión más amplia. Finalmente, debemos reforzar la idea de que la segmentación puede obedecer a criterios más integradores como el tipo de atención o población, más allá de una división basada en la diversidad de patologías o tecnologías. De esta manera, buscamos argumentar que la segmentación estratégica es la base de un proceso contradictorio de diferenciación y de integración, donde la búsqueda de la complementariedad y de la colaboración, es uno de los requisitos esenciales que debe ser garantizado por un tipo de metodología política de negociación que implique el desarrollo de discusiones transversales y el montaje de estructuras en red.

Una de las mayores dificultades se relaciona con la difícil aplicación de la *démarche* en situaciones de monopolio. Creemos que la *démarche* francesa supone un contexto de menor restricción de recursos y de competencia, lo que no siempre sucede en los países en vías de desarrollo. Se puede argumentar que en algunos espacios de esos países adquieren mayor fuerza esas condiciones en el

contexto, pero no en todos. Esta situación no invalida el enfoque, tan solo lo restringe en su aplicación. Podemos señalar que aún en una situación de competencia precaria o inexistente, la simulación de la competencia que puede virtualmente pasar a existir ayuda a establecer estrategias para mejorar el dominio de los factores clave de éxito de las actividades.

De todos modos, la perspectiva de aplicación del enfoque dependería de simplificaciones y adaptaciones a nuestro contexto. Vamos a referirnos, en general, a las principales reformulaciones que serían necesarias, de acuerdo con las discusiones preliminares desarrolladas en nuestro ámbito.

Todo indica que es necesaria una adaptación de los criterios involucrados en la determinación de la capacidad de atracción. En realidad, la relación de criterios y su peso específico son variables, ajustables al método, en función de las características del mercado de servicios de salud en cuestión, en cada momento. En esta línea, la idea de trabajar con un elenco menor de variables representativas, cuidadosamente seleccionadas, es algo absolutamente normal, teniendo en cuenta el contexto local y las posibilidades de manoseo de la metodología.

Otro aspecto que puede ser objeto de adaptaciones se refiere a la definición de objetivos. El método original no enfatiza la creación, por lo menos de forma explícita, de nuevos segmentos como parte de las principales estrategias, aunque esta posibilidad esté contemplada en el abordaje francés. Dada la necesidad eventual de abrir nuevos servicios, en función de carencias sanitarias, situación que es común en países con pocos recursos, la estrategia debería acrecentar las tres dimensiones de objetivo del enfoque (desarrollar, estabilizar, reducir) la meta de la creación de nuevas actividades.

En esta línea de razonamiento, consideramos necesario reforzar los criterios poblacionales y epidemiológicos, para contrarrestar las características de la *démarche* relacionadas a un modelo típico de planificación basado en la oferta. Esos criterios vinculados a la detección de necesidades de salud, deberían ser tomados en cuenta especialmente, en el análisis de la posibilidad de apertura de nuevos grupos de actividades y en el análisis del valor de los grupos de actividades (re)organizados, valiéndose de la estructura de la oferta preexistente. Debemos decir además, para hacer justicia al método, que el dato epidemiológico está incluido en el criterio “posibilidades de crecimiento” o “desarrollo de los segmentos”, como parte del análisis del valor estratégico de los mismos o de su nivel de prioridad relativo.

Con estas consideraciones generales, concluimos aquí nuestra presentación panorámica del método de planificación de la *démarche*, no sin antes afirmar que vemos este enfoque como un modelo de gestión estratégica y comunicativa de la realidad hospitalaria con enormes posibilidades prácticas, como pudimos constatar en nuestra experiencia de aplicación en Brasil, que no es despreciable.

.....

## *La Conquista de Ventajas de Competitividad: estrategias genéricas*

Cuando se retiene la supremacía de una capacidad que es fundamental para tener éxito en un segmento de actividad determinado, se dispone de una ventaja determinante sobre sus competidores. La ventaja competitiva se fundamenta en el hecho de que los usuarios (pacientes, quienes recomiendan, etc.) reconocen en la oferta de un competidor un incremento del valor suficiente para que prefieran recurrir a él. Este diferencial de valor se resume en general a una relación calidad/precio. En circunstancias donde la realidad de precios no impera, se puede apreciar el valor concedido a un servicio, por los esfuerzos hechos por el cliente para tener acceso a él (cambio de lugar, espera consentida...)

Se pueden seguir dos vías estratégicas generales para aumentar la base de ventajas competitivas disponible: aumentar el valor para el usuario o involucrar menos recursos sin disminuir el valor del servicio, tal como es percibido por el usuario, en términos de calidad.

La estrategia de diferenciación acentúa el valor. Esta vía supone la posibilidad de crear un incremento de valor superior al costo suplementario asignado para ese fin. La vía del aumento de la eficiencia, supone en cambio, que seamos capaces de racionalizar la producción de tal manera que la calidad no sea afectada y que esta racionalización genere un aumento de recursos suficiente para que su reasignación produzca una ventaja estratégica dominante.

Para detectar las fuentes de ventajas competitivas, sería necesario una visión analítica de los procesos de creación de valor al interior de una empresa y de sus interacciones, o sea, analizar su cadena de valor y la estructura de costos correspondiente. El término cadena de valor (oriundo de M. Porter) corresponde a la descripción de las actividades que la organización implementa para realizar y poner a disposición de los clientes sus productos o servicios.

Habría diferentes tipos de actividades:

- La gerencia y el conjunto de actividades estructurantes, incluyendo la negociación con los financiadores y los proveedores, la organización de actividades, la gestión de recursos humanos, el financiamiento de la inversión, los estudios de mercado, las elecciones tecnológicas y de tipo de servicios, etc.
- Las actividades de soporte operacional: se considera actividad de soporte operacional, toda actividad logística que no corresponde a un factor-clave de éxito para un segmento determinado de la actividad, pero que es necesaria para la realización de la prestación de servicio. En general, esta actividad corresponde a la logística no médica, factible de ser tercerizada porque no corresponde a un *savoir-faire* determinante en el juego competitivo.

- Las actividades operacionales principales: son todas aquellas que compiten principal y directamente en la realización del servicio. Estas actividades pueden ser más o menos específicas de un segmento o ser compartidas por diferentes segmentos, como es el caso de la estructura tecnológica relativa a los sectores de imagen y de biología por ejemplo. Estas tecnologías se organizan en relación a procesos de atención más o menos formalizados, precisos y controlados. La concepción y la conducción de estos procesos deberían estar en el centro de la reflexión sobre el aumento de la eficiencia y el valor. Esta dimensión depende totalmente de la experiencia de los profesionales (médicos y paramédicos) y no es costumbre que sea objeto de intercambio de experiencias. Es, en esos procesos de atención que predominan las prácticas rutinarias y son raramente cuestionadas de forma regular y organizada. Por ende, son causas habituales de incremento del costo: redundancia de exámenes, exámenes inútiles y costosos, entre otros.

Los diferentes componentes de una cadena de valor no son independientes. Existen conexiones entre los diferentes componentes de la cadena de valor de un mismo segmento y entre componentes de segmentos diversos. Estos componentes presentan además conexiones con componentes de la cadena de valor de otras instituciones, con las cuales, la organización mantiene relaciones de referencia de pacientes, de provisión y compra de productos o de intercambio científico.

Las ventajas competitivas serían obtenidas a través de la intervención en estas conexiones, trabajando a nivel de cada componente generador de valor. La exploración de las conexiones es una fuente importante de ventajas, que sobreentiende la existencia de un buen sistema de comunicación/seguimiento. Crémadez incluye la logística médica y la comunicación informatizada como actividades operacionales principales, justamente por este motivo.

Existen innumerables ejemplos de exploración de las conexiones: la salida de un servicio clínico y la entrada en otro; la relación urgencia-servicios para el encaminamiento de los pacientes y la coherencia de su tratamiento; la conexión medicina-cirugía en algunas patologías y actos, como la cancerología, las hernias de disco, la insuficiencia coronaria, los transplantes, etc. y las relaciones de referencia y contra-referencia de pacientes con la red.

El conocimiento de la estructura de costos de los segmentos es de fundamental importancia para la definición de estrategias de obtención de ventajas. La estructura de costos de una actividad se caracteriza sintéticamente, por la proporción de costos fijos de origen central, de costos fijos específicos y de costos variables. Los costos fijos más importantes de las actividades hospitalarias corresponden a la infraestructura de internación/alojamiento, al personal y a las tecnologías implementadas.

Cuando la estructura de costos de una actividad revela una preponderancia de costos fijos asignados sobre los costos fijos específicos y los costos variables, sería interesante optar por la búsqueda de ventajas estratégicas para los costos. Cuando se visualiza una preponderancia del costo variable unitario directo y de costos fijos específicos, en relación a los costos fijos centrales asignados, sería necesario pensar en términos de diferenciación. La diversidad de actividades de un establecimiento lleva a adoptar un *mix* de estrategias genéricas.

En otras palabras y según nuestra interpretación, la estrategia de costos, en general, sería justificada principalmente, cuando los segmentos dependen de tecnologías y de infraestructuras de internación, costosas y compartidas (que no representan costos fijos específicos). Sería necesario considerar estos recursos y minimizar la disputa garantizando recursos para todos, lo que demandaría una racionalización, como por ejemplo, controlar el tiempo de espera, bajando costos. A no ser que el segmento presente un fuerte potencial de diferenciación, el hecho de no contar con recursos propios (o potencial de captación de estos recursos) que generen costos fijos, como tecnologías, sugiere que la estrategia de diferenciación no sería la mejor opción. En este caso, la inversión necesaria en capacidad instalada, tecnologías y recursos humanos especializados representaría relativamente una nota menor, debido al bajo control, disminuyendo el *score* resultante del análisis de valor del segmento. La inversión a ser realizada dificultaría la obtención de ventajas comparativas vía diferenciación.

### *La estrategia basada en los costos*

Es indispensable concebir una estrategia de costos en todos los segmentos de actividad que precisan de infraestructuras caras y compartidas, que presentan un costo variable unitario poco elevado y escasas formas de diferenciarse significativamente de los competidores.

Generalmente, la estrategia de costos consiste en privilegiar actividades que refuercen el potencial de sinergia ya existente —actividades para las cuales el control de los costos compartidos es un *savoir-faire* determinante—, como también eliminar costos específicos no justificados para garantizar la conexión más eficaz entre cadenas de valor.

El control del costo operacional de los recursos humanos supone inversiones en formación y en organización. Para el personal paramédico, se recomienda una formación polivalente y/o la creación de grupos polivalentes que permitan una mayor flexibilidad en su distribución a través de la organización, garantizando un fuerte grado de pertenencia a cada servicio específico hacia donde fueron destinados (una posición intermedia entre la gestión global o



centralizada del cuerpo de profesionales y un destino fijo al interior de uno). Para el personal médico, se recomienda una formación que fomente una visión multidisciplinaria, como también el establecimiento permanente de contactos que apunten a la formulación de consensos sobre las prácticas profesionales.

Los costos de infraestructura son sensibles a la tasa de ocupación y de rotación por un lado y a la adecuación de los pacientes a la vocación de la estructura, por otro.

En una estrategia de costos, sería necesario maximizar la tasa de ocupación lo que dependería, en buena medida, de estructuras menos rígidas, más flexibles, que se adapten a las evoluciones del mercado, al rendimiento y a la propia evolución de la misión de la organización.

La rotación está vinculada al tiempo de espera de los pacientes. Para reducir costos, sería necesario combatir algunos procedimientos relacionados a la entrada y salida de pacientes y privilegiar estructuras de atención especializada, programada y de duración determinada, que exploren las sinergias entre actividades.

Es conveniente, también, regular las relaciones entre las estructuras técnicas de apoyo diagnóstico y terapéutico y los servicios clínicos, tomar en cuenta los puntos críticos no superables a corto plazo y recurrir eventualmente a colaboradores externos.

La adecuación depende del grado de correspondencia entre el tipo de cliente y la especialización de la estructura. La inadecuación es fuente de desperdicio de recursos y resulta, en gran medida, de servicios de selección y de orientación que funcionan mal.

El control del flujo de pacientes es un elemento fundamental en la reducción de costos. Una buena comunicación con los servicios que orientan pacientes y con aquellos que complementan un cuidado, es un factor clave de esa estrategia.

### *Los costos tecnológicos*

El control de estos costos depende de la oportunidad de adquisición de equipamientos a precios estables, conocidos y que posibiliten un plazo de recuperación corto de las inversiones. Se debe evaluar los riesgos en el caso de superposición de equipamientos en los diferentes competidores y evitar equipamientos inactivos o semi-inactivos.

En segundo lugar es necesario considerar la concentración de equipamientos como factor de economías de escala y su utilización compartida cuando esto es necesario para alcanzar la masa crítica de actividad correspondiente al umbral de rentabilidad.

El control del aprendizaje de la apropiación de las tecnologías es fundamental. Todas las etapas involucradas en la implementación de una tecnología, más allá de la mera manipulación, deben ser objeto de un entrenamiento que incluya a un conjunto diversificado de personas, de modo de no quedar restringido al operador. Este proceso debe incluir también el control y la gestión del proceso de sustitución de tecnologías.

Los ritmos de utilización de los equipamientos, a fin de evitar los costos adicionales derivados de fluctuaciones (súper o subutilización), es otro factor importante en el control de costos tecnológicos, que depende de un buen control de la demanda y de los flujos de llegada.

Un elemento fundamental en una estrategia basada en los costos, es la investigación de innovaciones tecnológicas capaces de disminuir el tamaño de la infraestructura necesaria y/o de generar una sustitución tecnológica que permita una mayor programación de la atención, un control creciente de los plazos de tratamiento y una tendencia hacia formas de tratamiento que impliquen tiempos menores de internación (tecnologías para cirugías menos invasivas por ejemplo).

### *Los costos variables*

Representan una fracción menor del conjunto de recursos asignados en un establecimiento hospitalario, pero el margen de libertad depende en gran parte de su control.

La reducción de costos variables depende de dos medios fundamentales.

- La gestión del abastecimiento y del *stock* que se basa en el desarrollo de capacidades específicas.

La capacidad de negociación representa un factor importante de reducción de los costos de abastecimiento que no es implementado debidamente. Se basa en la selección, conocimiento del mercado, práctica de la competencia, utilización de los efectos de tamaño y de escala en las compras. Tanto la capacidad para explorar la sensibilidad de la estructura de costos de los proveedores, como el comportamiento del cliente: estabilidad de las especificaciones, plazos de pago, regularidad y volumen de los pedidos unitarios, etc.; son factores de reducción de los costos de los proveedores de los cuales podemos sacar partido en las negociaciones. La tercera capacidad específica es el rigor en la definición de las especificaciones de los productos comprados y, principalmente en la definición de su adaptación por unidades en función de las prácticas de consumo (evitando el desperdicio debido a embalajes no adaptados por ejemplo).

- La formalización de las prácticas de atención y su análisis crítico regular

La implementación de rutinas profesionales a través de la formalización es indispensable para controlar los costos variables, ya que la formalización actuaría positivamente, en términos de eficiencia, sobre los tres componentes fundamentales de los costos variables: los actos producidos, los productos farmacéuticos consumidos y el material de consumo.

### *Estrategias de diferenciación*

La diferenciación, en general, se confunde con el desarrollo de una capacidad médica específica, asociada, en ciertos casos, al control de ciertas tecnologías. Esta es la vía de diferenciación más común históricamente. Pero no es y no debería ser la única.

La diferenciación puede operar modificando uno o diferentes elementos de la cadena de valor, explorando las relaciones entre los elementos de las cadenas de valor de dos segmentos que presentan sinergias potenciales y modificando la conexión y la coordinación con los colaboradores externos. Todos estos elementos pueden jugar un papel determinante en la satisfacción global del cliente.

#### *Modificación de la cadena de valor de un segmento*

Esta estrategia puede consistir en introducir un servicio complementario en el seno de la cadena de valor de un segmento: desarrollo de cuidados paliativos en el tratamiento del cáncer; aumento del número de formas de preparación del parto en obstetricia. Puede significar, también, completar o modificar solo un componente de la cadena de valor: el pasaje de un “servicio-puerta de entrada” (selección) para la admisión directa, puede ser una vía de diferenciación que cuestiona los elementos de acceso, recepción, comunicación clientes-sistema de referencia de la cadena de valor de diferentes servicios. Es el complemento normal de la especialización de los servicios clínicos. En efecto, la especialización tiene poco impacto si no es acompañada de una ampliación de las relaciones con el sistema de referencia que permita el recurso directo.

La pérdida de flexibilidad introducida por la especialización puede ser compensada a través de la creación de estructuras intermediarias concebidas para responder a las necesidades de los pacientes fuera de la etapa aguda y para economizar recursos poco frecuentes y costosos (compartir estas estructuras entre los servicios es extremadamente necesario y aún poco experimentado). Una mayor articulación con los colaboradores externos puede evitar una prolongación indebida de las internaciones.

### *Modificación de la conexión y coordinación entre dos segmentos que presentan sinergias*

Corresponde a la reestructuración de las relaciones entre dos segmentos con la finalidad de explorar nuevas sinergias: estrechar los lazos entre los médicos especializados y la cirugía en relación a la problemática de los transplantes, o entre la pediatría y la obstetricia para ofrecer un servicio más completo para las futuras madres y para generar efectos positivos en el sentido del recurso posterior a este hospital en lo que concierne al acompañamiento de los hijos.

### *Modificación de la conexión y de la coordinación con colaboradores externos*

Significa el establecimiento de colaboraciones apuntando a suplir carencias de equipamientos, desarrollar investigación clínica, participar de la enseñanza universitaria o de posgraduación, disminuir el tiempo de permanencia, beneficiarse de la transferencia de tecnología, etc.

Como la diferenciación puede implicar el aumento de los costos, el gran desafío que enfrenta esta estrategia es la elección de formas de diferenciación relativamente menos costosas, donde la ganancia en valor o calidad del servicio prestado supere los aumentos de costos.

A estas dos estrategias genéricas deberíamos sumarle una tercera, ya indicada anteriormente, la *Focalización*, que consistiría en recortar un segmento o en privilegiar dentro del mismo una determinada categoría de usuario, de nosología clínica o de tipo de tecnología de atención. Por ejemplo, restringir el ambulatorio de adultos de un determinado hospital psiquiátrico, a la población sujeta a un área programática menor o a las patologías de mayor complejidad. O más aún, privilegiar dentro del mismo, un tipo de atención para aquellos casos más programables, referenciados (paciente vinculado a una determinado equipo), de naturaleza multidisciplinaria.

.....

### *El Hospital como Estructura en Red*

Como ya fue señalado, uno de los objetivos estratégicos del enfoque en cuestión es el establecimiento de redes de cooperación interna y externa, y un tipo de estructura organizacional coherente con esa perspectiva.

Cremadez y Grateau (1992), reconocen la posibilidad de cuatro tipos de cooperación eventual. En este sentido recrean, para el contexto sanitario, las formas de alianza estratégica definidas en el texto sobre Política General de Empresa: “*Stratégie, Structure, Décision, Identité*”, del grupo Strategor (1997). Estos tipos de estructura organizacional son los siguientes:

- Colaboración vertical: corresponde a la coordinación de los roles de los establecimientos en el seno de un mismo proceso de prestación de cuidados. Por ejemplo, integración entre los niveles primario, secundario y terciario de un determinado dominio de actividad (implantación de un sistema de referencia y contra-referencia materno-infantil).
- Integración Conjunta: corresponde a compartir la tecnología, especialmente de recursos poco frecuentes (diagnóstico y terapia). Aquí, sin eliminar completamente la competencia virtualmente existente, se paraliza un elemento de la misma.
- Acrecentamiento o aumento: En este caso, no existe la competencia. Se articulan establecimientos o unidades en torno a servicios completos, constituyéndose un potencial común. Por ejemplo: organización de investigaciones multicéntricas. En este caso la competencia virtual cede el lugar a la competencia interna.
- Complementación: Consiste en la valorización de las contribuciones complementarias, en la generación de una práctica diferenciada, útil para todos los cooperantes. Ejemplo: cooperación entre redes de cuidados, entre la medicina y la geriatría, substituyendo la competencia por la cooperación.

Es importante rescatar la idea de que el proceso de integración estratégica del enfoque en cuestión no se vincula con una visión monolítica de la salud pública, representada por la propuesta de un único modelo de integración sugerido por la regulación central, considerado un modelo de optimización. La red debe ser vista como el resultado de la imbricación de las oportunidades, de diferentes formas de cooperación, que se les ofrecen a los actores que componen un sistema. Es un concepto que reposa sobre la capacidad de negociación y contractualización de los actores, ya referida. El papel de la regulación sería el de incitar, activar y coordinar este proceso de aproximación y de relacionamiento, respetando la diversidad. En este sentido, la vía de la responsabilización de los actores no tiene nada que ver con un tipo de planificación tecnocrática (Rivera, 1998).

Con respecto al postulado de la organización en red interna, es necesario señalar que actualmente, el paradigma predominante debería ser el de la flexibilidad y adaptabilidad organizacional. Se postulan estructuras planas, con un número mínimo de niveles jerárquicos y unidades de pequeño tamaño y gran amplitud de acción. Este ideal organizacional ya es una realidad en el ámbito

hospitalario. El gran problema hospitalario es, aún, la falta de integración o la diferenciación exagerada, que debe ser compensada.

La estructura en red interna, planteada como alternativa a la diferenciación desmedida, es definida como la organización de las relaciones entre individuos de multipertenencias, que asumen roles flexibles en el seno de procesos de integración, susceptibles de valorizar el potencial de riqueza y de innovación vinculado a una diferenciación incitada o estimulada.

La estructura pertinente posibilita el aumento de la iniciativa y la innovación, crea la posibilidad de nuevos servicios que pueden significar una ventaja competitiva, y permite el encuentro de dimensiones estratégicas interdependientes y de importancia equivalente (sin jerarquía).

Las principales características de una organización en red interna para Creémadez (1997) serían las siguientes:

- La dinámica organizacional supera (o prevalece sobre) las formas estructurales.
- Un profesional puede ser responsable de una dimensión de la organización y subordinado al responsable de otra dimensión. Esta estructura estimula la capacidad de liderazgo de la organización.
- La misión del liderazgo formal sería movilizar el potencial de iniciativa de la organización al servicio de una perspectiva estratégica.
- El dirigente debe preocuparse por la adhesión de los actores a los ejes de colaboración. La desjerarquización de la participación en las instancias de integración es un imperativo.
- En una estructura en red, la estrategia y las opciones en general son elaboradas en conjunto, en una perspectiva global.
- El Poder se basa en la capacidad de hacer llegar la información a los individuos que están mejor ubicados para utilizarla, sin retenerla.
- La solidaridad predomina, el desempeño es colectivo.
- Los procesos son de auto-organización.
- No se debe descuidar el ámbito externo, que es el peligro implícito en la excesiva preocupación por las relaciones internas.

Una Red estaría compuesta por polos que combinan las unidades de base en función de conexiones que apuntan a obtener la integración deseada. Estas conexiones pueden corresponder estructuralmente a comités permanentes o temporarios o a departamentos y pueden darse en diferentes planos: conexiones económicas, burocráticas, operacionales, culturales, etc., siendo que varias dimensiones pueden estar presentes simultáneamente.

En relación al poder de activación, de creación de nuevos intercambios, de nuevas conexiones, se defiende un modo de activación controlada: gran efervescencia en la base, limitada por procesos de selección de iniciativas en la cúpula.

El conjunto del dispositivo estaría basado en el principio de la auto-organización de las relaciones entre las unidades, que se desarrolla en los polos de integración, y de la auto-organización de las unidades de base, correspondiendo a un modelo de descentralización, que es más amplio en la medida en que las unidades son de tamaño reducido y que la organización es plana, achatada. La capacidad de representación en las estructuras de integración estaría basada en la competencia relacionada a la problemática tratada y no en la línea jerárquica (en la jefatura tradicional).

El enfoque sugiere la posibilidad de diferentes criterios de definición de ejes transversales: población (ancianos, madre-hijo...), conjunto de patologías (oncología, endocrinología), campo anatómico (visceral, neurológico), implementación de tecnologías más o menos sofisticadas (cirugía, transplantes).

En relación a este último aspecto, algunas técnicas permitirían una estructura de tratamiento multidisciplinario, como por ejemplo (Le Ludec, 1995a apud Rivera, 1998): reagrupar en torno a las técnicas *láser* a gastroenterólogos, dermatólogos, ginecólogos y cirujanos; reagrupar a fisiólogos, radiólogos y neurólogos en torno a la ecografía vascular; reunir en torno a la cirugía anti-arritmica de cardiólogos, cirujanos cardiovasculares, ingenieros bio-médicos.

Se trata, por lo tanto, de movilizar las sinergias alrededor de aproximaciones multidisciplinarias, de la problemática de las emergencias, de los ancianos, etc. O sea, superar la rígida atomización entre las unidades de base correspondientes a las tradicionales especialidades médicas, procurando articularlas a partir de los criterios anteriores, considerados en un sentido abarcativo. Se concede una particular importancia, aún, al criterio gerencial: tipo de atención en este proceso de desatomización.

El objetivo central de la estructura en red es desarrollar redes de reflexión estratégica. Las conexiones varían. Algunas son importantes estratégicamente, pero no generan vínculos operacionales pesados y continuos, mientras que otras, si lo hacen.

Cuando el campo transversal de las relaciones aumenta (muchas unidades de base contempladas), la densidad de las relaciones operacionales disminuye, lo que proporciona una centralización vertical en la dimensión estratégica y una descentralización horizontal importante. Esto corresponde a un contexto organizacional donde varias unidades siguen directrices estratégicas comunes con gran autonomía operacional.

En la búsqueda de la transversalidad, el enfoque hace justicia al criterio gerencial, como potencial factor de integración o de encuentro de la diversidad.

Se sustenta en la necesidad de explorar las formas o modos de atención (ambulatorio, hospital de día, emergencias, etc.) como posibles lugares de negociación interdisciplinaria. Esta forma de gerenciamiento sustenta la necesidad de normalizar los modos de atención para organizar la diversidad, como veremos más adelante. Esta normalización implicaría la definición comunicativa de las características de los procesos de trabajo respectivos y de sus condiciones de éxito o, dicho de otro modo, el establecimiento de diálogos internos volcados hacia generar acuerdos sobre estas variables de las formas de atención. Esta definición daría subsidios complementarios para una política de mayor adaptación del perfil de los recursos humanos.

Este método de gerenciamiento asume la necesidad de cuestionar la rigidez organizacional, promoviendo la movilidad y la polivalencia y una mejor planificación de la asignación de recursos humanos, teniendo en cuenta el grado de adaptación de los mismos a las necesidades tecnológicas del trabajo y sus expectativas de satisfacción. De la misma forma que, en relación al uso de la categoría *modo de atención* como posibilidad de diálogo normalizador al servicio de la transversalidad, el enfoque asume la gestión de recursos humanos como un gran *locus* de reflexión estratégica sobre la motivación de los profesionales (recursos humanos), más allá de la especialización, como será desarrollado posteriormente.

.....

### *La Organización de la Diversidad en Torno al Concepto de Modo de Atención*

Crémadez y Grateau (1997) parten de la premisa de que la evolución tecnológica acarrea diferentes fenómenos, en gran parte articulados: una diversificación importante de los modos de atención; el aumento de infraestructuras compartidas por distintos tipos de profesionales; una interdependencia creciente entre las unidades clínicas y logísticas; la oferta directa por parte de las estructuras técnicas de apoyo diagnóstico y terapéutico de prestaciones específicas. Estos fenómenos corresponden, en general, a la creciente disociación de la actividad clínica de las infraestructuras, en las cuales se ejerce esta actividad (que deja de ser ejercida en un único lugar). Esto multiplica y torna más complejos los procesos de trabajo, las combinaciones de procesos y los lugares y condiciones del ejercicio profesional,

De territorios casi privados, las unidades de cuidados se transforman en herramientas compartidas, en tipos de estructuras técnicas cada vez más diferenciadas, que ofrecen a los profesionales y a los pacientes, recursos adaptados a una concepción más variada y más abierta de las prácticas de cuidados.



En consecuencia, existe una creciente diversificación de los procesos de atención y, paradójicamente, un aumento del grado de interdependencia de los mismos y de las múltiples actividades que componen la cadena de valor de cada uno de estos procesos. La necesidad de una mayor interdependencia se expresa tanto al interior de cada hospital, como entre éste y la red.

Una diversidad creciente de actores es movilizadora por los procesos de trabajo, en función del carácter cada vez más transversal. Frente a este panorama, surge la necesidad de un trabajo de gestión de la diversidad, de análisis y optimización de los procesos, que pueda actuar como “efecto de potenciación” para la comunicación y comprensión entre los actores involucrados; y de eficacia, en relación al control de calidad y de costos. Preocupados con la necesidad de racionalizar el trabajo al interior de los hospitales, Cremadez y Grateau sugieren la propuesta de intentar reducir la diversidad de procesos de producción de cuidados, identificando un número limitado de procesos operacionales/tipos, correspondientes a modos de atención aglutinadores.

El objetivo de este trabajo de gestión o de organización de la diversidad sería promover la modalidad, la normalización de un número limitado de procesos implementados en tantas estructuras diferentes (de servicios especializados) cuanto mayor sea el tamaño del establecimiento. Esta visión, que concede un privilegio a la categoría *modo de atención*, rompe con la imagen de la práctica médica como un tipo de prestación que depende fundamentalmente de la tecnicidad de sus actos, de la personalidad y capacidad de los profesionales especializados, y que se ejerce a través de un único modo de atención.

Un modo de atención es definido como la normalización del proceso (o el conjunto de su recorrido) que se realiza a partir del seguimiento de un paciente, a fin de satisfacer la necesidad que lo lleva a recorrer esa institución. Un modo de atención caracteriza la organización del trabajo en el seno de la estructura (hospital, especialidad, servicio) que se dedica a su implementación, y el tipo de relaciones que mantiene con las unidades prestadoras de servicios que contribuyen para esta atención. Un modo de atención es de cierta manera, un proceso depurado de las particularidades vinculadas a un dominio de cuidados preciso (especialidad). En este sentido, se puede hablar de normalización.

Los principales modos de atención identificados son: Hospitalización Convencional; Hospitalización Domiciliaria; Consultorio; Emergencias; Hospitalización Programada de Duración Determinada (integración de varias especialidades en un mismo establecimiento que trata de eventos nosológicos programables), etc.

El principal objetivo de esta modalidad es ayudar a la gestión operacional, en la medida en que permite padronizar y controlar procesos productivos, apuntando a una mayor calidad y eficiencia; y adecuar los recursos (especialmente, los recursos humanos) a los mismos. Esta normalización ayuda a los

prestadores logísticos, a adaptar sus servicios a las características de cada modelo de atención y permite, además, definir los niveles de exigencia que cada uno de ellos debería atender para obtener una ventaja comparativa.

Los autores sugieren una propuesta de lectura y de análisis de estos modelos, constituida por variables que permiten identificar las características de cada modo de atención, y, de variables que corresponden a factores determinantes de su desempeño, como veremos a continuación (Figura 6).

Estas variables permiten diagramar los diferentes modos de atención y compararlos. Esta diagramación implica la atribución por consenso de valores de cero a 4 a las dimensiones y a los factores abarcados por las variables, en función de su importancia relativa para cada modo de atención. Presentaremos dos diagramas correspondientes a emergencia y hospitalización programada de duración determinada (HPDD), considerando los dos tipos de variables señaladas.

El análisis comparativo de los dos modos revela que, desde el punto de vista de los factores determinantes de la satisfacción, la HPDD es mucho más exigente, considerándose las posibilidades de obtención de ventajas comparativas. Este modo es altamente sensible a todos los criterios, mientras que el otro es sensible apenas a algunos. Para que el modo HPDD tenga éxito, debe responder de manera satisfactoria al nivel de exigencia requerido. Cuestiones como la observación de los plazos, el control del desempeño administrativo y una mayor padronización de procedimientos son factores claramente distintivos.

Los dos modos responden a necesidades diferentes. Esto significa que cada vez que se atiende un paciente en emergencia que se beneficiaría más de una HPDD, se genera una satisfacción menor y se aceptarán disfuncionalidades que colocarán a la institución en una posición vulnerable frente a un competidor capaz de ofrecer una atención adaptada.

Una modalidad de este tipo permitiría:

- Encaminar a los pacientes a los modos de atención susceptibles de aumentar su satisfacción.
- Limitar las disfuncionalidades vinculadas a la inadaptación de los procesos y de las estructuras a la diversificación de las necesidades.
- Ofrecer nuevas fuentes de satisfacción a los recursos humanos.

La idea central de esta aproximación es permitir el inicio de un diálogo entre profesionales de distintas especialidades en torno de criterios gerenciales, definidos por los modelos de atención señalados. Este proceso de comunicación (de alcance progresivamente creciente), apuntaría a estructurar un lenguaje o un glosario común, desarrollar una capacidad de concepción operacional, capaz de aglutinar, de integrar, de permitir contactos interdisciplinarios (Rivera, 1998).

Figura 6 – Caracterización de tipos de atención.

Características de los procesos implementados	Comentarios
Parámetros de concepción	
Control del tiempo	¿En qué medida esta dimensión es considerada?
Flexibilidad	¿Existe la necesidad de adaptación?
Polivalencia	¿Cuál es el grado de heterogeneidad de las actividades?
Nivel de complejidad	
Sofisticación técnica	¿Cuál es el grado de sofisticación de los actos practicados?
Multiplicidad de intervinientes	¿Son numerosos los intervinientes?
Variantes	¿Cuál es el grado de ramificación del proceso?
Modo de regulación clave	
Formalización/Padronización	¿Son codificados los procedimientos?
Adaptación mutua entre actores	¿Son densas las relaciones entre los actores?
Programación	¿Es necesaria la planificación?
Capacidad de adaptación	
Discontinuidad	¿Es fundamental la variable de los flujos?
Imprevisto	¿El imprevisto es inherente al modo x?
Insertaza	¿Es adaptable la atención al proceso?
Actitud clave	
Proactividad	¿Es necesario anticipar?
Reactividad	¿Es necesario reaccionar rápidamente?
Selectividad	¿Es necesario saber escoger (realizar una selección)?

Factores determinantes del desempeño	Comentarios
Relación con el tiempo	
Observación de los plazos	
Espera	¿En qué medida la satisfacción del paciente depende de la observación de cada uno de los criterios que califican la relación con el tiempo característica del modo estudiado?
Duración	
Regulación de las conexiones	
Antes	¿En qué medida la calidad de las prestaciones, es función del control de lo que ocurre antes, durante y después de la hospitalización?
Interno	
Después	
Controle de las prestaciones	
Médicas	¿En qué medida la calidad de este tipo de prestaciones influye sobre la satisfacción del paciente?
Logísticas	
Administrativas	
Integración	
En el seno del equipo de base	¿En qué medida la calidad de la colaboración entre los tres niveles de organización del hospital influye sobre la calidad de la prestación y sobre la satisfacción del cliente?
Con actores complementarios	
Con otras unidades	
Formalización	
Modo de selección	¿En qué medida la calidad de la prestación es determinada por una descripción precisa del campo de acción abarcado por el modo de atención (quién, porqué, cómo)?
Protocolos clínicos	
Procesos de atención	

Figura 7 – Comparación de las características de dos modos de atención.

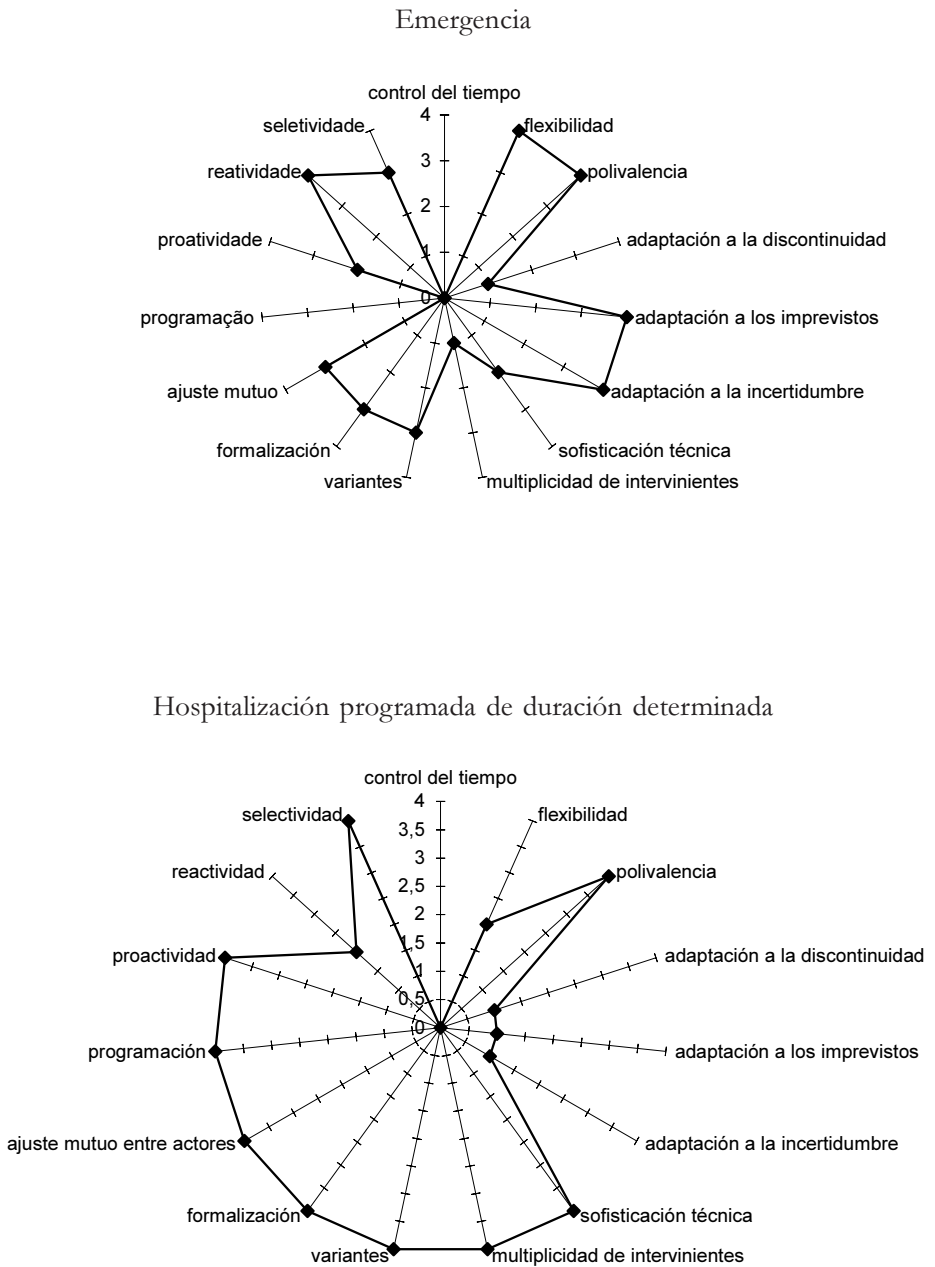
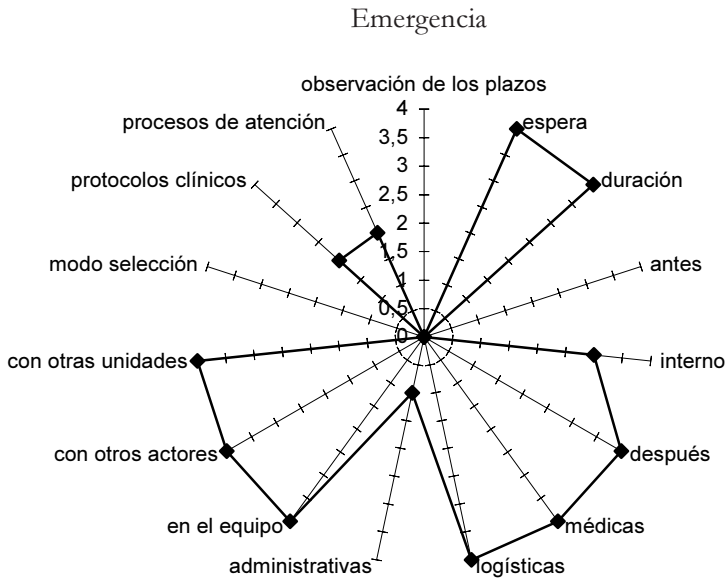
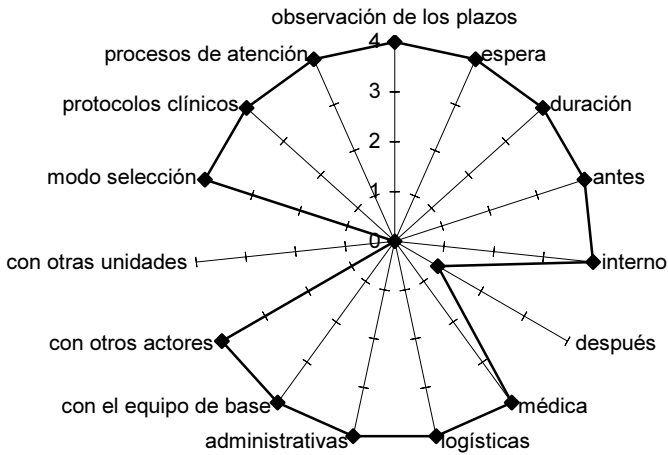


Figura 8 – Comparación de los factores determinantes del desempeño.



Hospitalización programada de duración determinada



Toda la práctica de la *démarche* estratégica tiene como objetivo fundamentalmente, la búsqueda de la integración como alternativa a la diferenciación de las organizaciones profesionales, rescatando el trazo cultural de la autonomía, lo que significa apostar a procesos de gestión ascendentes. Aún refiriéndose a la segmentación estratégica (definición de los productos de las especialidades hospitalarias en términos de agrupaciones homogéneas de actividades), esta preocupación está presente: la búsqueda de la transversalidad problemática, de las sinergias operacionales y culturales.

En la práctica, el rescate del componente gerencial tipo, o modo de atención, como fenómeno aglutinador, introduce una nueva forma de transversalidad, que se suma a los criterios de población, tecnología, conjunto de patologías, etc., (de la segmentación estratégica), que permitiría compactar el campo de las posibilidades de estructuras en red interna (Rivera, 1998).

Como afirman los autores (Crémadez & Gâteau, 1997: 395):

*Depuis quelques années, la diversité s'impose progressivement à l'hôpital, sans qu'il soit préparé à l'assumer, ce qui provoque un certain nombre des convulsions dont nous sommes témoins actuellement. Pour y faire face, il lui faut adapter sa culture et ses modes d'action et être capable de plus de formalization pour faciliter la communication qui devient une variable déterminante de l'efficacité en permettant à l'efficacité des différents professionnels de mieux se conjuguer. Mais il lui faut aussi apprendre à standardiser ses pratiques sans les uniformiser et sans perdre la flexibilité et l'adaptabilité que lui confère sa caractéristique de structure organique.*

La organización de la diversidad, coherente con la referencia anterior, permite un doble movimiento: normalización-diferenciación. La modalidad de los modos de atención, en función de los procesos abarcados, supondría el movimiento contrario: la adaptación de esa modalidad general al contexto organizacional específico de los profesionales que organizan sus prácticas en función de la población específica que atienden, de las patologías pertinentes y de las tecnologías *ad-hoc* del servicio.

.....

### **La Gestión de Recursos Humanos como Interacción en la Búsqueda de la Flexibilidad y de la Motivación**

El enfoque estratégico planteado, se propone cuestionar la rigidez organizacional, desde el punto de vista de los recursos humanos a través de dos fenómenos: la falta de movilidad profesional y la inexistencia de una política de planificación y de gestión operativa de esos recursos, apoyada en la búsqueda de una adaptación entre las exigencias de calidad (de perfil) y las fuentes de satisfac-

ción implícitas en los procesos de trabajo, por un lado, y la asignación de recursos profesionales, por otro.

La asignación de recursos humanos sigue, predominantemente, una vía jerárquica, caracterizada por el predominio del criterio tecnocrático de la especialidad y de la disciplina médica, sin considerar el criterio gerencial de la diversidad de formas de práctica que una misma especialidad puede asumir. Más allá de la consideración exclusiva de las capacidades técnicas individuales, los autores analizados proponen la necesidad de una nueva concepción de carreras, horizontal, fundamentada en la diversidad de condiciones de ejercicio de las (mismas) capacidades profesionales en el hospital.

En este sentido, se apoyan en el concepto ya analizado de modo de atención. Cada uno de los modos o tipos de atención identificados corresponde a una “situación profesional”, representa una faceta del quehacer médico. Cada uno requiere cualidades humanas y profesionales singulares, determina condiciones de trabajo y ofrece fuentes de satisfacción específicas que conceden, a un determinado quehacer, una riqueza singular.

Trabajar en el centro quirúrgico, en reanimación, en un servicio de geriatría, en la unidad ambulatoria de un hospital, en la hospitalización domiciliaria, en consultorio, etc., son situaciones profesionales que requieren aptitudes, saberes específicos, capacidades, características psicológicas diferentes. Por otro lado, estas situaciones necesitan fuentes de satisfacción y de motivación específicas. Caracterizarlas y utilizar su riqueza y diversidad para concebir formas de encaminar las carreras y una gestión de personal moderna, parece ser primordial. Organizar la movilidad sobre la base del concepto de modo o tipo de atención puede ofrecer múltiples formas de satisfacción, nuevas motivaciones y nuevas perspectivas de evolución para los individuos.

Para explicitar lo anterior, se puede realizar un ejercicio análogo al que fue propuesto con relación a la diferenciación de los modos de atención. Básicamente, pueden ser construidos dos cuadros de variables: uno, correspondiente a las cualidades requeridas (en términos de perfil profesional), y otro, representado por las fuentes de satisfacción (Figuras 9 y 10). Ejemplos:

Figura 9 – Ejemplos de cualidades requeridas.

Cualidades requeridas	Comentarios
Capacidades profesionales	
Técnica	Nivel de tecnicidad requerido
Pedagógica	Exigencias de educación de los pacientes
Actualización	Necesidad de renovar conocimientos y prácticas
Aptitudes personales	
Aptitud de Concepción	Concebir y organizar la atención
Aptitud decisional	Decidir frente a situaciones imprevistas
Aptitud relacional	Abrirse al prójimo y comunicarse
Capacidades de acción colectiva	
Auto-organización	Organización personal, método y rigor
Trabajo en equipo	Inserción grupal, contribución al trabajo colectivo
Gestión de colaboraciones	Autoridad y sentido de la negociación

Figura 10 – Ejemplos de fuentes de satisfacción.

Fuentes de satisfacción	Comentarios
Inserción profesional	Reconocimiento al interior de un grupo, sentimiento de pertenencia
Responsabilidad	Compromiso y capacidad de iniciativa
Valorización técnica	Sofisticación de las prácticas profesionales
Carga afectiva	Involucramiento y sentimiento de utilidad
Control de la relación con el otro	Facilidad en el relacionamiento interpersonal
Autonomía	Libertad de acción

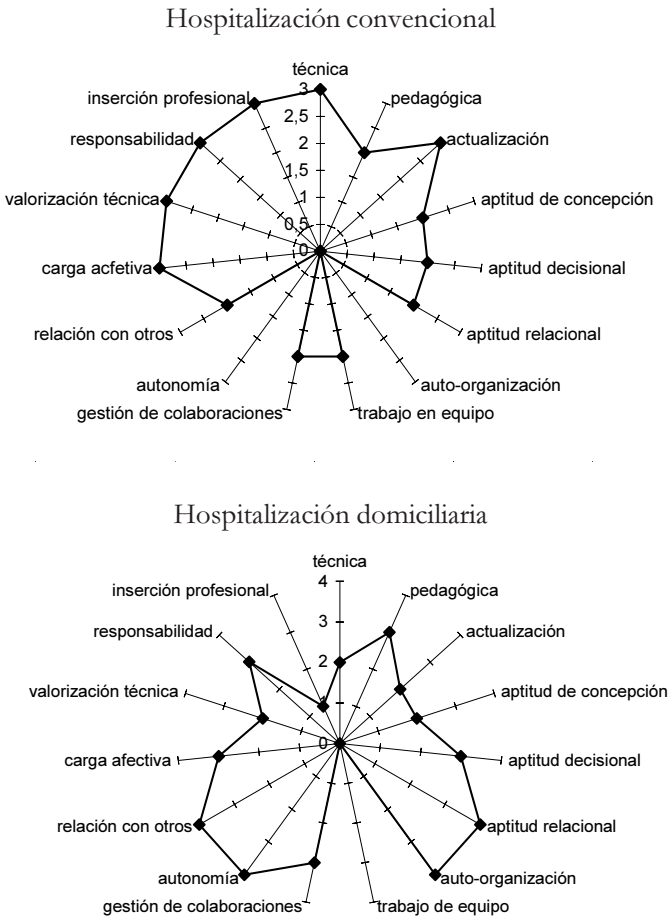
Estos cuadros de variables nos permiten establecer diferentes diagramas referentes a los diferentes tipos de atención, donde se procura identificar el nivel de exigencia de cada variable y el grado de involucramiento de los factores de motivación señalados en cada modo específico. Para simplificar y considerando que este trabajo es apenas una introducción al tema, presentaremos los casos de hospitalización convencional y de hospitalización domiciliaria (Figura 11).

De este modo, trabajar en una hospitalización domiciliaria puede transformar la capacidad de auto-organización en un elemento clave, mientras que esta presentará un interés mínimo en un contexto sedentario y estructurado como es la hospitalización convencional, que requerirá capacidades de trabajo en equipo, pero menos desarrolladas que en una unidad de tratamiento de emergencia.

Trabajar en consultorio demandaría menos en el plano de las capacidades técnicas que trabajar en la perspectiva de la hospitalización programada de duración determinada. En efecto, la exigencia de actualización técnica no es fundamentalmente diferente. La actitud de concepción sería, en el caso del consultorio, menos solicitada que la actitud decisional.



Figura 11 – Comparación de las situaciones hospitalarias y extrahospitalarias.



El análisis de las cualidades requeridas, combinadas con el análisis de las características y de los factores de desempeño de un tipo de atención, permite abarcar mejor el clima organizacional, la presión ejercida sobre los individuos y apreciar mejor la naturaleza de la atracción que este puede representar (o no) para los profesionales según su edad, su motivación, sus antecedentes, así como su contexto social. De este modo claramente explicitados, los modos o tipos de atención pueden permitir a un agente proyectarse en una trayectoria profesional, y a la institución contratarlo y promoverlo en función de su perfil y de su evolución y de los medios que puede movilizar para favorecerlo en uno u otro sentido profesional.

A partir de un análisis multicriterios, se obtienen representaciones de los diferentes tipos de atención. El resultado de este ejercicio practicado por un grupo profesional homogéneo nos muestra que, para sus miembros, la satisfacción proporcionada por la HPDD está más vinculada a la técnica y al trabajo en equipo mientras que, para la hospitalización domiciliaria, los aspectos relacionales y la autonomía son los más importantes. Y que la emergencia implica una carga afectiva muy superior a la del consultorio o a la de la HPDD.

El ejemplo anterior puede parecer caricaturesco, pero es ilustrativo. Lo que importa es explorar las posibilidades de una aproximación determinada, con relación a las necesidades: disponer de un número mayor de criterios, cuya definición precisa constituirá un glosario; seleccionar y definir los criterios con las personas involucradas (el carácter participativo es esencial); y establecer con ellas las representaciones de los diferentes tipos de atención. Deben ser establecidos y confrontados dos tipos de representación: la representación que cada grupo profesional tiene de las características y de la atracción por cada tipo de atención, por un lado, y la representación que de ellos pueden tener los equipos de base que los implementan, por otro.

Esta aproximación no debe ser encarada mecánicamente. De lo que se trata es de generar un diálogo, de proveer herramientas que sean útiles a los profesionales para una mejor comprensión y adaptación a su universo profesional, innovar y hacerlo evolucionar. La búsqueda es obtener una mejor adaptación entre individuos y organización dentro de una perspectiva dinámica, permitiéndoles liberarse justamente de las representaciones caricaturescas ayudándolos a producir las evoluciones deseables para ellos y para la organización donde ejercen.

La aproximación anterior puede tener varias aplicaciones. Una de ellas es concebir modalidades de evaluación de la carga laboral y de determinación del efectivo más pertinente: la evaluación podrá ser realizada de manera diferente en el caso de una hospitalización convencional —donde la clientela es más heterogénea, el servicio es menos codificado, menos formalizado y el tiempo menos restrictivo—, y en el caso de una HPDD que provee servicios de una variedad limitada y conocida, a una clientela seleccionada, en un espacio temporal más restrictivo en términos de plazos y de cronología.

Adaptar los horarios y el tiempo de trabajo: los ritmos de trabajo, y los horarios, podrán ser diferenciados según la necesidad de continuidad en la atención, o por el contrario la ausencia de continuidad, pero también según la distribución de los flujos de pacientes, la importancia de los factores aleatorios o el control cuantitativo de la actividad a través de la programación.

Por último debe recordarse la adaptación de los indicadores de desempeño individual y lograr introducir la noción de desempeño colectivo. La observa-

ción de los plazos predominará en ciertos casos, sobre la duración; la densidad (complejidad) de los pacientes, sobre el número.

Pero también, organizar la movilidad y la polivalencia en el hospital y concebir los planos de formación conciliando las necesidades institucionales, las necesidades profesionales y las expectativas individuales. La identificación de los tipos de atención permite clarificar en los individuos, las diferentes posibilidades de ejercicio profesional que la institución les ofrece y explicitar sus características, sus desafíos, exigencias y ventajas. Una primera diferenciación de perfiles profesionales está dada por el concepto de modo o tipo de atención normalizada. Una segunda diferenciación deberá realizarse en el sentido de la definición de las especificidades existentes en el nivel de cada tipo de atención, especificidades vinculadas a las exigencias particulares de las poblaciones y de las especialidades médicas. Esta segunda diferenciación revelará toda la variedad en el ejercicio de cada profesión, representada en el hospital. La diferenciación de perfiles, realizada sobre ambas bases, permitiría ofrecer un cuadro general de ayuda a la detección de las posibilidades de cambio para los propios interesados y para la organización. Esta identificación presupondría una confrontación entre las posibilidades de perfil profesional implícitas en los procesos de trabajo y las características específicas de los recursos humanos, conferidas a través de procesos de evaluación de los mismos (Figura 12), donde se buscaría establecer en qué medida, determinadas exigencias de perfil profesional son abarcadas por ellos. La cuestión está en saber en qué medida determinadas exigencias representan puntos fuertes o débiles para un determinado recurso humano.

Figura 12 – Elementos de evaluación.

Capacidades profesionales	Puntos fuertes	Puntos débiles
Técnica		
1		
2		
3.....		
Pedagógica		
.....		
Actualización		
.....		

Elementos de un balance de capacidades (1, 2, 3, etc. corresponderían a criterios específicos de cada capacidad, que permitirían calificarla mejor).

El objetivo de generar movilidad es ofrecer a los profesionales la posibilidad de renovar su motivación. Y desde el punto de vista de la institución, permitir una

asignación de recursos humanos más flexible, que responda a las necesidades de corto y largo plazo y de mayor adaptabilidad, en el sentido de una planificación de RHs que tome en cuenta la evolución de la tecnología y de las necesidades. En este último caso, el componente prospectivo es esencial y puede manifestarse por ejemplo a través de la necesidad de un reequilibrio entre formas de atención (reducción relativa de la hospitalización tradicional en beneficio de la HPDD) o a través del surgimiento de nuevas formas de atención, como sucede en el campo de la psiquiatría a partir del momento en que decide su externalización.

La búsqueda de una mayor flexibilidad y de una mayor adaptabilidad supone un movimiento inverso a aquel que se realiza en el sentido de captar la diferenciación que define toda la riqueza del ejercicio profesional en un hospital. Aumentar la flexibilidad operacional significa definir un marco para organizar la desatomización, los intercambios de experiencia, las substituciones, los equipos de planta, etc. Se trata de recomponer la diversidad buscando ya no los factores de diferenciación sino los factores de integración, las proximidades de cualquier tipo. Los modos o tipos de atención son evidentemente el primer nivel de esta recomposición. Pero se puede ir aún más allá y buscar las similitudes entre modos de atención. Los grupos de polivalencia constituidos de este modo, permitirán ampliar las posibilidades de gestión cualitativa y cuantitativa.

Un grupo de polivalencia será constituido, tanto por una reaproximación de tipos de atención que valore características comunes a cada uno de los modos reagrupados, como por un reagrupamiento de perfiles diferenciados cuya proximidad habrá sido juzgada sobre un criterio diferente (población, patología, tecnología). La proximidad deberá ser suficiente de modo que los profesionales puedan alternarse (mediante un corto plazo de adaptación derivado de una formación).

Tal forma de gestión de las capacidades de los RH, basada en el criterio gerencial tipo de atención, más allá del criterio técnico de la especialidad médica, tiene el gran mérito de ser una forma de gestión que no busca la adaptación entre el individuo y un puesto de trabajo o que no actúa sobre la base de la descripción de tareas a realizar. Busca analizar la adaptación de los individuos a contextos de acción amplios, definidos bajo una perspectiva organizacional (las relaciones entre los diferentes actores), bajo una perspectiva personal (las cualidades y motivaciones individuales) y bajo una perspectiva estratégica (la calidad del servicio a brindar). De esta manera, se busca un aumento global de la capacidad institucional, además de las capacidades individuales y técnicas. Dada la naturaleza participativa de esta gestión, lo que se valoriza son esencialmente las capacidades de auto-organización de las unidades y lugares de trabajo.

Una propuesta de este tipo supone una nueva forma de encarar la formación. La formación debería estar subordinada a los objetivos institucionales,

privilegiando una concepción más amplia de la eficacia, que implique la posibilidad de que los diferentes actores perciban las interacciones que condicionan el desempeño global de la organización. La cuestión que se plantea como desafío es integrar las capacidades personales y profesionales en un cuadro de funcionamiento colectivo.

Una nueva propuesta de formación debería integrar tres dimensiones: la dimensión de las capacidades necesarias para cada uno de los grupos profesionales que componen el hospital, centradas en el conjunto: disciplinas, especialidades y grupos de tecnologías/patologías; la dimensión de las interacciones entre profesionales, que caracterizan el modo de funcionamiento operacional de las unidades de base y los procesos implementados; la dimensión de las relaciones entre grupos profesionales que condiciona el funcionamiento global de la organización a través del juego de las relaciones jerárquicas, y de las relaciones 'logística-tecnoestructura-centro operacional'.

A cada uno de estos campos le correspondería un tratamiento apropiado de la formación, que permita realizar el doble movimiento indispensable de diferenciación y de integración. Diferenciación a través de la puesta en práctica de acciones que permitan dotar a cada grupo profesional de las capacidades específicas necesarias para el buen desempeño de su rol; integración a través de la implementación de acciones que permitan a los diferentes profesionales, convocados a colaborar, un mejor control de las condiciones de su colaboración. Cada uno de estos campos está caracterizado por un determinado "mix" profesional y de contenidos de formación específicos: dominante técnica para el primero, dominante relacional para el segundo, dominante gerencial para el tercero. El interés por este tipo de propuesta de formación depende de su asociación a una renovación de la concepción de carreras de personal y a la valorización de la formación continua como herramienta de formación profesional.

.....

### *Referencias Bibliográficas*

ARTMANN, E. *Démarche Stratégique (Gestão Estratégica Hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede*, 2002. Tese de Doutorado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

CRÉMADEZ, M. & GRATEAU, F. *Le Management Stratégique Hospitalier*. Paris: InterÉditions, 1992 (1ªed.), 1997 (2ªed.).

- CROZIER, M. & FRIEDBERG, E. *L'Acteur et le Système*. Paris: Éditions du Seuil, 1977.
- LAWRENCE, P. R. & LORSCH, J. H. *Adapter les Structures de l'Entreprise*. Éditions d'Organisation, 1973.
- LE LUDEC, T. L'autonomie stratégique des établissements de santé: Frein ou levier pour la régulation du système hospitalier? *Actes du Colloque de la Société Française d'Évaluation des Stratégies*. Montpellier, 1995.
- MINTZBERG, H. *Structure et Dynamique des Organisations*. Paris: Éditions d'Organisation, 1982.
- PORTER, M. E. *Choix Stratégiques et Concurrence*. Paris: Ed. Economica, 1982.
- RIVERA, F. J. U. A “démarche” stratégique: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(1):73-80, jan/mar., 1997.
- RIVERA, F. J. U. O enfoque de integração estratégica de Crémadez e Grateau e a gestão de recursos tecnológicos e humanos. *RAP*, 32(6):179-208, 1998.
- STRATEGOR. *Stratégie, Structure, Décision, Identité: politique générale d'entreprise*. Paris: Dunod, 1997.
- THÉVENET, M. *Audit de la Culture d'Entreprise*. Paris: Éditions d'Organization, 1986.
- UAS-CHRU (Unité d'Analyse Stratégique – Centre Hospitalaire Régional Universitaire). *La Démarche Stratégique. Guide Méthodologique*. Material Instrucional. Lille: UAS-CHRU, 1995a. (Mimeo.)
- UAS-CHRU (Unité d'Analyse Stratégique – Centre Hospitalaire Régional Universitaire). *La Démarche Stratégique. Sommaire*. Material Instrucional. Lille: UAS-CHRU, 1995b. (Mimeo.)