

Isabel De Val-Pardo

Centros hospitalarios

Pensamiento estratégico y creación de valor



© Isabel De Val-Pardo, 2007

Reservados todos los derechos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos sin el consentimiento previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.diazdesantos.es>

E-mail: ediciones@diazdesantos.es

ISBN: 978-84-7978-838-4

Depósito legal: M. 46.747-2007

Diseño de cubierta: A. Calvete

Fotocomposición: Fer

Impresión: Edigrafos

Encuadernación: Rústica-Hilo

Impreso en España

Índice

Prólogo	9
---------------	---

PARTE I. INTRODUCCIÓN

Capítulo 1. Marco teórico y actividad empresarial	19
1.1. Actividad hospitalaria	19
1.1.1. Clasificación de las actividades	19
1.1.2. Agrupación de las actividades	22
1.2. Horizontes del valor de empresa	31
1.3. Pensamiento estratégico	34
Bibliografía	38

PARTE II. PROCESO ESTRATÉGICO

Capítulo 2. Análisis estratégico	41
2.1. Análisis interno	42
2.1.1. Misión, metas y objetivos	42
2.1.2. Grupos de interés	45
2.1.3. Determinantes del análisis interno	47
2.1.4. Fortalezas y debilidades	51
2.2. Análisis externo	52
2.2.1. Diagnóstico externo	52
2.2.2. Amenazas y oportunidades	55
Bibliografía	57
Capítulo 3. Elección de las estrategias	59
3.1. Estrategias de unidad de negocio	59
3.2. Estrategias corporativas	62
3.3. Estrategias globales	64
3.4. Formulación, evaluación y selección	67
Bibliografía	69

Capítulo 4. Implantación de las estrategias	71
4.1. Estrategias de crecimiento	71
4.2. Estrategia organizativa	78
4.2.1. Innovación en la configuración	78
4.2.2. Arquitecturas organizativas novedosas	95
4.3. Estrategias funcionales	101
Bibliografía	103
Capítulo 5. Control de las estrategias	105
5.1. Variedades de control empresarial	105
5.2. Cuadro de mando: variedades	108
5.3. Mapa estratégico	113
Bibliografía	124
Capítulo 6. Caso práctico. Hospital Los Burgos	125
Bibliografía	142
Bibliografía general	143
Índice de autores y temático	147

Prólogo

Las necesidades de cuidados de salud hospitalaria que requiere la población se producen y prestan, vía iniciativa pública o privada, a través de centros hospitalarios de distintos alcances. Que la propiedad de los bienes de producción sea pública o privada radica en la presencia necesaria del Estado para atender objetivos que le son propios en cuanto a organización, y por constituir una de las necesidades públicas definidas por la Constitución (en el caso del Estado español son la educación y la sanidad), las leyes y el proceso político.

Mientras se puede afirmar que todas las organizaciones empresariales son públicas, el capital es exclusivamente privado. La primera aseveración responde a que las decisiones políticas de los gobiernos respectivos afectan al proceso y comportamiento de todos los órganos y áreas de responsabilidad del sistema económico-social; de aquí que la antinomia “público-privado” no exista. La dicotomía reside sólo en la fuente de provisión del capital y en la sujeción al derecho.

La fuente del capital que las sustenta puede ser pública (por vía de impuestos, tasas y donaciones; los responsables públicos son meros gestores del mismo si bien toman las decisiones de aplicación ya que, según dicen, “actúan en nombre del ciudadano”), privada (socios, accionistas) o mixta; y el interés primario respectivo es el bienestar, el beneficio o el valor de las acciones.

En cuanto al derecho regulador, el sector público no está sujeto al “derecho de quiebra” por tener asegurada la supervivencia a través

de los presupuestos generales de la Administración. Aunque esta particularidad pueda considerarse una ventaja, puede ser un inconveniente no acogerse a ningún otro aspecto del Derecho Mercantil, Derecho Laboral ni Financiero, ya que la Administración Pública tiene regulación propia en tales alcances.

La actividad hospitalaria pública y privada está unida desde el siglo XVIII, en que los médicos iban gratuitamente a los hospitales-asilos para destinar parte de su tiempo y saber a los enfermos pobres de la comunidad, tras obtener sus honorarios de los enfermos particulares, hasta que en el siglo XIX los especialistas acuden a los centros hospitalarios cobrando muy poco pero obteniendo conocimientos y reputación, lo que les permite atraer pacientes privados e incrementar sus ingresos en la prestación privada.

En aras de la tan aclamada eficiencia y eficacia del sector privado, el sector hospitalario público ha seguido la iniciativa de Gran Bretaña de mediados de los 80 denominada Project Finance Initiative (PFI), que facilita sacar adelante los proyectos públicos de inversión relativos al sector sanitario, educativo, militar y en los edificios administrativos. Así se alivia la deuda presupuestaria, al no constar en el balance público, y se atiende a las medidas económicas, fiscales y presupuestarias impuestas en Europa. La infraestructura revierte a la Administración pasado un cierto tiempo a coste cero, pero nada es gratuito.

Esta práctica consiste en un contrato a largo plazo (25 o 30 años) entre los organismos públicos y la iniciativa privada que permite sustituir la inversión directa de las administraciones públicas con el pago de un canon mensual que incluye todos los aspectos relacionados con el desarrollo, construcción y operación de un proyecto y su equipamiento. El canon anual depende de la eficiencia en la construcción, disponibilidad y volumen; de no atender alguno de estos criterios la Administración puede rescatar la concesión.

Se dice que el modelo supone un coste al menos un 20% inferior a la media de la gestión pública, pero a largo plazo el efecto sobre la

economía es el mismo. En un caso y otro es el Estado (los ciudadanos) el que asume el coste, bien mediante las amortizaciones anuales, en caso de que se construyan los hospitales vía emisión de deuda pública, bien mediante el pago del canon anual a pagar a los concesionarios que incluyen amortizaciones de los préstamos solicitados a las entidades financieras y el margen de beneficio (incluidas las primas de riesgo).

En España las experiencias pioneras son la Fundación Hospital Alcorcón y el Hospital de Alcira en la Comunidad Valenciana. Ésta última representa el sistema más liberalizado, ya que la concesión incluye la construcción y mobiliario, servicio externo (mantenimiento, jardinería), servicios internos (limpieza, desinsectación, gestión de residuos, lavandería, esterilización, almacenes, restauración a pacientes), servicios internos no sanitarios (documentación clínica, personal administrativo, transporte y gestión auxiliar), equipamiento de alta tecnología y servicios sanitarios (médicos y personal de enfermería).

El conocido como “modelo Alcira” es una concesión administrativa para la asistencia sanitaria integral (atención primaria y especializada en su vertiente ambulatoria y hospitalaria) a través del cual la concesionaria está obligada a prestar asistencia sanitaria a la población protegida de la zona, así como a realizar las inversiones para prestar una asistencia óptima. A cambio recibe un pago por habitante que incrementa en una cuantía variable en función de los costes de construcción y de las peculiaridades del lugar de atención. La prima por habitante en 2005 fue de 2,6 euros.

La incorrecta denominada “privatización de los hospitales públicos” oscila desde la concesión a empresas privadas que se encargan de la construcción, financiación y mantenimiento de los hospitales hasta la cesión de algunas de las actividades a otras empresas, y la implantación de técnicas de gestión consideradas propias de la iniciativa privada. En verdad, el fin es acogerse al derecho privado y flexibilizar las relaciones laborales y comerciales, así como utilizar técnicas de organización de gestión que hagan más eficientes y rentables los recursos sanitarios públicos.

El *quid* de la cuestión reside en la práctica extendida en el sector público de la máxima de que “hay que gastar el dinero”, asignado por vía de presupuesto, de la manera más conveniente para que sea efectivo (o que así lo parezca), sin llevar un control de cómo se ha gastado, verificando su utilidad. Esta práctica continuada ha hecho que la iniciativa privada se aclame como la solución a los problemas, cuando en muchas ocasiones no genera valor para los clientes/usuarios ni para los dueños del capital, ni sus prácticas son correctas; además la competencia no es el paradigma que genere eficiencia, y los fallos manifiestos en la producción óptima de bienes y servicios hacen necesaria la intervención del Gobierno en la economía.

El estado de bienestar en Europa, que en el caso de la salud se traduce en la universalidad y la financiación solidaria de los servicios sanitarios, parece derivar a un estado de beneficiencia: la ciudadanía reclama prestaciones sin límite e ignora sus obligaciones (cuidarse y demanda responsable). Los políticos, en su tránsito e intento de pasar a la posteridad sin tomar medidas impopulares (dicen que “actúan en nombre del ciudadano y hacen lo mejor para la sociedad”), no saben o no quieren gestionar una oferta que potencia la demanda en unas circunstancias conocidas: el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías, la globalización financiera, las patologías emergentes y la inmigración; y donde el mercado no es factible, ya que el ciudadano no puede ejercer libremente su elección sobre lo que quiere y a quién adquirirlo, máxime si con su acción de compra no proporciona los ingresos que generan un beneficio a las empresas productoras.

Se aclama al sector privado, cuando no hay límite en las prestaciones en el sector público (no es popular y puede penalizar el voto), ni hay mecanismo de mercado que permita conocer la oferta que hay que ampliar y donde domina la carencia de análisis económicos fiables. Puede que todo esto ocasione la falta de voluntad en reconducir la práctica pública, sin olvidar que transferir gasto y prestaciones al sector privado es inequitativo *per se*; pero hay un juego de intereses en el que los actores (en este caso los ciudadanos no están presentes) quieren ganar. No es políticamente correcto aclamar que

el capital siempre es privado, ni recordar que los políticos son meros gestores, y que el interés general sólo queda para los discursos políticos, ya que en política lo único que cuenta es ganar y las promesas sólo comprometen a los que se las creen.

La iniciativa privada no es la panacea, ya que opera en un contexto regulado que condiciona la supervivencia, y los sistemas de administración que practica no son patente de corso que garantice el éxito. Los dos sectores, público y privado, son ineficientes y están sujetos al fracaso aunque desde un lado se aclamen las virtudes del otro. Además, las prácticas de administración y gestión son comunes a toda actividad económica que ambicione realizar una buena gestión de los recursos disponibles para la consecución de sus fines.

En el sector privado la naturaleza del valor se concreta en generar valor para los propietarios (beneficios), accionistas (dividendos) y clientes (productos o servicios que satisfagan sus necesidades con una relación precio/calidad conveniente). La creación de valor se asocia a los procesos productivos que transforman los *inputs* en *outputs* y a la realización de una serie de actividades que emanan de la prestación de unos servicios. Unos y otros se canalizan a los distintos mercados, en los que los consumidores los adquieren a un precio determinado, siendo ese precio abonado la prueba fehaciente de esta percepción.

En el sector público tal prueba no existe, ya que el usuario no abona directamente importe alguno por la prestación de los servicios que solicita y eso dificulta enormemente la asimilación del concepto de valor económico. El valor de los servicios hospitalarios públicos lo asigna el ciudadano por medio de tres vías: la calidad percibida, la percepción de utilidad y el nivel de satisfacción al ver sus expectativas satisfechas. De aquí que se diferencie entre el valor del *output* (resultado, es decir, volumen de producción o servicios prestados) y el del *outcome* (impacto/s del/os servicio/s sobre los grupos sociales, como es el incremento del bienestar).

Hace ya cierto tiempo que el valor económico es un concepto evolutivo que tiende hacia lo inmaterial. Las economías públicas o privadas utilizan relativamente menos recursos para la obtención de los bienes demandados y las actividades necesarias para ello se van efectuando de manera progresiva de forma más efectiva y eficiente. Esto ha supuesto –y supone– un cambio en el sistema productivo que es de gran relevancia por su impacto en la estructura económica del sistema de creación de valor. La razón estriba en la ventaja competitiva que promueve entre las empresas oferentes y en la manera en que consumidores o usuarios se ven implicados en la creación de valor.

Que los centros hospitalarios creen valor para los grupos de interés no es un juego de suma cero donde los beneficios que obtiene uno de los agentes va en detrimento del resto, pues a medio y largo plazo los intereses tienden a converger y debe hablarse de creación de valor de modo genérico al proceder con alcance estratégico. La voluntad de la dirección reside en “vencer”, en ser “competente” de manera sostenida, y esto se puede lograr gracias al desarrollo de la actividad económica, en particular siguiendo las fases del proceso estratégico llevado a cabo con ciencia y arte.

Los centros hospitalarios son un sistema al servicio de los dueños del capital, los clientes/usuarios, los empleados y los proveedores. Son por tanto sistemas para generar mayor valor y satisfacción a cuatro bandas, y sus directivos tendrán que arbitrar las relaciones entre los cuatro agentes en la creación de valor a largo plazo, es decir, tendrán que utilizar los recursos para crear un sistema cuyo objeto sea dar satisfacción a los clientes por medio de productos/servicios que satisfagan sus expectativas.

El texto aborda la extensión del proceso de pensamiento estratégico a los centros hospitalarios públicos y privados, en el intento de propagar una herramienta que facilita un mejor uso de los recursos y alcance de los propósitos.

Los responsables de la actividad hospitalaria tienen que analizar los impactos y dar respuestas significativas, por lo que deben adoptar enfoques diferentes que ofrezcan valor, por la vía de estrategias de resolución de los problemas fundados en los objetivos a lograr y en posición de adaptarse, paso a paso, a la evolución de la realidad. La respuesta la facilita la secuencia de las etapas del proceso estratégico de toda actividad económica.

El enfoque estratégico facilita el tránsito del conocimiento positivista y determinista, a partir de la descripción de la situación, a otro operativo y constructivista que permite gestionar la realidad de la manera más funcional posible. La intervención estratégica (rigurosa y sistemática) para ser eficaz deberá ser flexible y autocorrectiva, así se actúa sobre la base de los efectos observados y se reconduce el curso de desarrollo.

El futuro de una actividad económica es imposible de conocer, pero en el caso de los centros hospitalarios la toma de decisiones la facilita el proceso lógico y analítico de su orientación estratégica, pues los retos se pueden afrontar por la vía del aprendizaje y la interacción política, ya que en su ámbito las condiciones y las reglas no cambian a gran velocidad.

Un centro hospitalario puede conocer algo lo suficientemente específico sobre su futuro, al formular una visión significativa y establecer objetivos razonablemente específicos para unos momentos del tiempo ulteriores. El entorno es una realidad dada, y adaptándose al mismo, instalando estructuras, normas, sistemas, procedimientos que garanticen la identificación de las consecuencias de lo que se está haciendo e induzcan a los directivos a emprender acciones adecuadas, se estará controlando la trayectoria en el horizonte temporal. El éxito provendrá del equilibrio dinámico y adaptativo con el medio, y de la armonía y cohesión interna.

- b) Evaluar el reto estratégico a través de técnicas tales como el vector de crecimiento, el análisis de los competidores, el ciclo de vida de los productos o servicios y el análisis de las ganancias.
- c) Enunciar estrategias genéricas o competitivas, entendiendo por tales:

1. La *diferenciación del producto o servicio*, que se logra cuando la empresa ofrece un producto o servicio que el comprador/usuario percibe como único en alguno de los atributos que lo definen, con lo que se persigue poder de mercado y evitar la homogeneidad con los otros oferentes.

La singularidad proviene de la innovación, las tecnologías, las actividades de la cadena de valor y la concatenación de éstas con las de los proveedores, compradores/usuarios y otras unidades de negocio, la experiencia y la escala de la actividad.

Estudios andrológicos en el servicio de urología.

Implantación de cirugía ambulatoria en el servicio de cirugía general.

Creación de la unidad de oído infantil para la detección precoz de la sordera.

2. El *liderazgo en costes* se basa en lograr un coste final mínimo respecto a la competencia, junto con una calidad aceptable y una política de precio que permitan alcanzar un volumen de ventas y un crecimiento de la cuota de mercado que sean rentables.

Es una estrategia que se genera en la propia función de producción, en la eficiencia en la asignación de los recursos y su explotación, las economías de escala y de experiencia, los eslabones de la cadena de valor, la integración vertical y la localización de las actividades.

Implantación de la contabilidad analítica con una fiabilidad contrastada del 90%.

Reuniones mensuales de información de costes con las jefaturas clínicas, mandos intermedios y supervisores de unidades de enfermería, recabando sus ideas para mejorar los resultados de un mes para otro.

3. La *segmentación, especialización o enfoque de nicho de mercado a un coste bajo y/o diferenciación*. Se trata de concentrar los esfuerzos en un segmento limitado de clientes, que debe atenderse de manera especial (a bajo coste y/o diferenciación) en comparación con la competencia.

Se trata de actuar en un ámbito estrecho de competición en el sector o rama de actividad. Es una estrategia dirigida a gamas de productos o servicios, grupos de compradores o mercados geográficos objetivos más limitados, a fin de lograr ventaja competitiva a través de la diferenciación o el liderazgo en costes.

4. Las estrategias de *innovación y entorno*, por medio de las cuales se potencia la investigación y el desarrollo con el

Creación de la unidad de cirugía oral y maxilofacial, por permitir una reducción de costes al evitar traslados de los pacientes entre las dependencias hospitalarias, y disponer tanto de equipos tecnológicos como de personal –cirujanos generales, odontoestomatólogos, neurocirujanos, otorrinolaringólogos, cirujanos plásticos, cirujanos maxilofaciales– para abordar las patologías de esta actividad: médico-quirúrgica de la cara, la cavidad oral, el cráneo y el cuello.

El Ayuntamiento de Oslo adquiere un solar para construir una residencia en Altea (Alicante, España) para la atención de terapia rehabilitadoras de sus ciudadanos y atender la demanda creciente.

ánimo de lanzar nuevos productos/servicios, adaptar procesos, innovar tecnológicamente, etc. Pretenden también vincular los productos o servicios con el sistema social. Se trata de lograr una mejor imagen y asociarse a instituciones y fuerzas sociales con el fin de lograr sus propósitos y atender a la responsabilidad social.

La asistencia quirúrgica con un «quirófano inteligente» dotado de la tecnología más avanzada y que permite intervenciones de gran complejidad, lo que redunda en importantes beneficios para los pacientes y un mayor rendimiento de la actividad quirúrgica.

5. La *integración vertical* por expansión o extensión de la actividad asistencial mediante la incorporación de procesos productivos precedentes o sucesivos. Las opciones son: hacia delante por incorporación de los procesos hacia el consumidor/usuario último, y hacia atrás al incorporar los procesos hacia la fuente original de materias primas.

Acuerdo de un hospital con Compellis Pharmaceuticals para el desarrollo de productos que bloqueen el olfato y el gusto (nebulizadores que quiten el apetito, marcapasos estomacales y descargas contra el hambre) para el tratamiento de la obesidad mórbida, adaptados a las particularidades de los pacientes.

Cooperación de un hospital monográfico para cirugía ortopédica, traumatología y rehabilitación con un Centro de Investigación en Materiales.

3.2. Estrategias corporativas

La lógica del complejo hospitalario se sustenta en incurrir en economías de escala y de alcance a medio y largo plazo: con esta variedad de cursos de acción se determina en qué negocios se debe com-

petir y cómo se puede agregar valor a las distintas unidades de negocio. Implica llevar a cabo elecciones estratégicas relativas a los negocios o mercados que afectan al rendimiento financiero propio y al entorno socioeconómico, y enunciar planes para orientar el rumbo de actividades diversificadas en el horizonte temporal, ya que el pensamiento estratégico en este alcance postula concebir la actividad económica como una cartera de negocios dominantes (centro de oncología integral, de cirugía reparadora, de enfermedades degenerativas, etc.), relacionados o no relacionados.

La *diversificación relacionada* responde al logro del control de los suministros y de los mercados, el acceso a la información, el ahorro en costes, la creación de competencias y tecnologías, la utilización de recursos y la dispersión del riesgo. La *no relacionada* viene motivada por la necesidad de utilizar los excesos de efectivos, atender a las pretensiones de poder de quienes están en la cúspide directiva, la explotación de recursos y competencias infrautilizadas, la huida de ciertos negocios, la diseminación del riesgo, la reducción de los efectos cíclicos del sector o rama de actividad y el aprovechamiento de las sinergias.

Se habla de *diversificación concéntrica*, por adición de actividades complementarias técnicas y/o de marketing que propician una oferta de productos/servicios relacionada o no relacionada; *pura o conglomeral*, al desarrollar actividades sin ninguna relación con los productos/servicios o mercados existentes; *internacional*, por inversión directa o indirecta para la producción y comercialización.

Concéntrica: intervenciones de endarterectomía y estenosis carótida.

Pura o conglomeral: hospital especializado en cuidados paliativos propios de la tercera edad que amplía la oferta a casos de enfermedades minoritarias en edades más tempranas (esclerosis múltiple, parkinson, etc.).

Internacional: la apertura de nuevos centros del Hospital Anderson de Houston en otros países (Centro Oncológico MD Anderson International España).

Las razones que justifican estos cursos de acción se pueden concretar en que estabilizan o incrementan los ingresos; reducen los riesgos; proporcionan crecimiento; permiten trasladar rendimientos a otras actividades; permiten extender la aplicación de los recursos, capacidades y competencias a áreas relacionadas; permiten la generación de sinergias y economías de alcance; incrementan el poder en el mercado; permiten aplicar los excesos de la capacidad de endeudamiento; crean valor para los accionistas; y extienden y promueven las tecnologías y la innovación. La práctica de tales andaduras comportan ventajas competitivas como las propias de la información, beneficios de los mercados de capitales y mano de obra, poder de mercado, economías de ámbito y economías por internacionalización de las transacciones.

3.3. ESTRATEGIAS GLOBALES

La mundialización de la economía, de los mercados, de la investigación y desarrollo, y de la innovación ha propiciado que las empresas se cuestionen la definición de alcance de la actividad económica. El potencial de los servicios de salud, en concreto de la hospitalización, se ve afectado por los denominados impulsores globales (Figura 3.1).

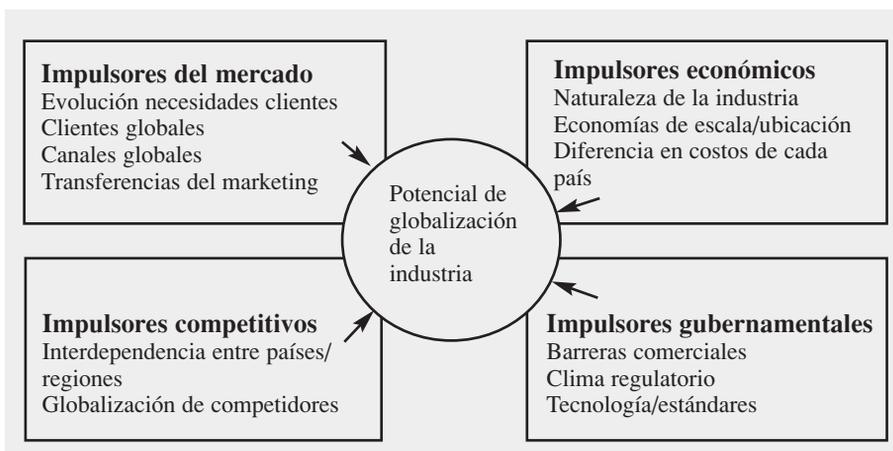


Figura 3.1. Impulsores de la globalización de las industrias (Kluyver, 2001).

La globalización de las actividades económicas viene inducida por la saturación de los mercados tradicionales, la uniformidad de los estándares técnicos, la similitud de los países industrializados, la extensión de los hábitos de consumo y estandarización de las necesidades, la rentabilidad de los mercados externos, la supresión de las barreras comerciales, la industrialización de los países emergentes, la extensión de la economía de mercado y la globalización del mercado de capitales.

El alcance global obliga (a los cuidados de salud hospitalarios ofertados por la iniciativa privada) a repensar su propósito estratégico, su arquitectura organizativa, sus capacidades centrales y la cartera de productos o servicios. La reflexión gira en torno a la valoración de las acciones que pueden añadir valor (desinversiones o adquisiciones, relaciones entre negocios y la cartera de productos, la provisión de servicios a las unidades desde el núcleo central, la relación coste/calidad) o restarlo (adquisiciones no rentables, imposición de la estructura de costes desde la cúspide, retraso en la innovación, falta de apoyo en la implantación de la estrategia).

El marco reflexivo que permite desarrollar una ventaja competitiva a centros hospitalarios que operan en el ámbito internacional lo facilitan los objetivos estratégicos siguientes: crear eficiencia a escala en todas las operaciones, flexibilidad en la administración de los riesgos y oportunidades, y preservar la adaptabilidad a las condiciones cambiantes mediante el aprendizaje total.

El marco teórico de la *administración estratégica* concreta que la denominada ventaja competitiva global distingue entre *estrategias*:

- a) Multilocales o multinacionales, si una empresa hospitalaria diferencia la oferta de productos o servicios a fin de adaptarse a los mercados locales. En este caso la toma de decisiones está descentralizada para que cada una de las divisiones se adapte rápidamente a los cambios de la demanda. La entidad se expande en el mercado y los precios se asocian a la diferenciación de la oferta.

Hospital de día.

Asistencia domiciliaria.

Consultas de alta resolución.

b.3. Crecimiento interno por *diversificación concéntrica* (al añadir actividades complementarias en el aspecto técnico o de marketing), *pura* (al desarrollar actividades sin ninguna relación con los servicios existentes), *internacional* (por inversión directa o indirecta de tipo productivo o comercial).

Realización de ecocardiogramas transesofágicos en el Servicio de Cardiología

Técnicas exploratorias complementarias

Servicios socioasistenciales

Apertura de centros en otros países

c) De crecimiento *externo*. En este caso las opciones son:

c.1. *Integración de sociedades* por absorción simple, fusión pura y fusión con aportación parcial de activos.

La fusión de complejos hospitalarios tiene el propósito de lograr sinergias y compensar las fortalezas y debilidades, lograr economías de escala al centralizar servicios y aprovechar la capacidad productiva, así como potenciar las adquisiciones, conseguir mayor volumen de servicios, reducir gastos operativos al compartir medios, aumentar la capacidad de gestión al complementarse la experiencia y dominio de las técnicas de gestión, e incrementar la capacidad defensiva frente a terceros.

Fusión de un hospital público con *explorer*, centro privado para la realización de tomografías por emisión de positrones.

Todo esto no siempre es favorable, ya que las culturas organizativas pueden diferir, y el proceso puede destruir el capital social y generar conflictos en el reequilibrio del poder. Además, puede perderse la flexibilidad e incurrir en mayores costes, si bien las limitaciones respecto del capital social puede que no sean tan penalizadoras en momentos de renovación de la plantilla, ya que los nuevos profesionales puede que tengan un concepto más amplio de lo que es la profesión médica.

c.2. *Participación en sociedades con control absoluto, mayoritario o minoritario.*

Participación en empresas locales generadoras de tecnologías de la información sanitaria.

c.3. *Asociaciones de empresas por vía de acuerdos de cooperación y alianzas.*

La *cooperación* persigue reducir los costes de transacción entre los partícipes, y se puede dar en su variedad vertical y horizontal. La forma contractual que regula la relación es la subcontratación según la normativa existente al respecto.

Consorcio Hospitalario de Cataluña (España).

Consorcio entre un hospital clínico universtario, compañías farmacéuticas y firmas especializadas en el desarrollo de imágenes para crear un modelo de predicción de enfermedades cardiacas.

Las unidades asistenciales y de apoyo de distintos centros hospitalarios de la red sanitaria de una región o comunidad autónoma (caso del Estado español) podrían cooperar compartiendo sus capacidades y recursos, sin llegar a fusionarse, estableciendo cierta interrelación a fin de realizar distintas actividades e incrementar sus ventajas competitivas (diferenciación de los servicios e incursión en menores costes).

Las motivaciones que sustentan una estrategia cooperativa son las limitaciones financieras y la necesidad de economías de escala, la accesibilidad de los usuarios y el alcance territorial de las prestaciones, el acceso a las tecnologías, la carencia de habilidades de gestión, y la incapacidad para añadir valor a título individual.

Las circunstancias dominantes obligan a sopesar esta opción, y de partida requiere la congruencia entre objetivos, la complementariedad de los recursos y la asunción de un riesgo compartido.

La cooperación en una u otra dimensión se materializa formalmente en el ámbito privado por medio de las formas conocidas como subcontratación, franquicia y asociación temporal; pero en el sector público se puede concertar sin llegar a tal formalismo.

La cooperación vertical y horizontal entre servicios de distintos centros de la red pública hospitalaria puede promover:

- ahorros reales en costes: por tecnologías compartidas utilizadas plenamente, por simplificación del proceso productivo y por economías de escala;
- garantías y controles en la provisión asistencial.

Esta estrategia organizativa entre centros hospitalarios públicos lleva asociadas unas *ventajas* tales como: la simplificación de los procedimientos administrativos, el acceso a nuevas oportunidades de las prestaciones con el uso de las tecnologías, la provisión segura de los *inputs*, el control de los costes y los canales de distribución, así como el control de los activos y su mantenimiento. Los posibles *riesgos* que pueden surgir son: el incremento de los costes y gastos, la pérdida de flexibilidad y los problemas asociados al aumento de la cadena de valor.

Sin olvidar que la práctica asentada de cooperación por subcontratación de ciertas prestaciones con la iniciativa privada puede que se esté realizando sin verdaderos argumentos que las sustenten. El sistema no valora “la comodidad” de los especialistas de la red pública en el seguimiento de los pacientes intervenidos por terceros,

ni el coste de las actuaciones sucesivas condicionadas. Tampoco se sabe realmente si la cesión de la práctica asistencial es más económica si hubiera una buena gestión de las listas de espera y los recursos e instalaciones se utilizaran plenamente.

Una *alianza* es una asociación entre unidades que persigue un interés común de sus integrantes y permite ampliar el alcance de la actividad económica sin ampliar la dimensión asistencial. Se caracteriza por la independencia de los miembros, la contribución profesional en una o más áreas y porque los beneficios se comparten.

En el caso de la red pública, las alianzas que se puedan generar entre centros hospitalarios, pueden generar un mayor valor al sistema de salud e incrementar las competencias estratégicas por el aprendizaje compartido y las sinergias. Si bien se pueden concretar aún más los propósitos a distinto nivel:

- a) De la actividad sanitaria, ya que se pueden lograr economías de escala junto con sinergias y ampliación de la cobertura por vía:

Alianza horizontal, que reduce los costes de producción, facilita un dominio del alcance, acelera el crecimiento e incrementa las barreras de entrada (lo que puede disuadir a posibles competidores).

La creación de un archivo único de historias clínicas para consulta *on line* de los centros aliados.

La alianza entre los hospitales de la red pública y otros centros asistenciales privados para que los pacientes sean sometidos a determinadas pruebas o cirugía, ya que éstos poseen tecnologías novedosas y costosas que al sistema público no le interesa adquirir por su infrautilización.

Alianza vertical, que busca complementariedades, minorra los costes, incrementa las barreras de entrada y evita riesgos de aprovisionamiento.

La constitución de un virtual macroservicio de Medicina Interna que incluya todas las subespecialidades existentes en los centros aliados.

La alianza entre centros asistenciales públicos para ensayos clínicos y patentes de resultados.

Alianza *conglomerada*, que favorece la diversificación de las actividades, distribuye los riesgos y explota las sinergias.

La creación de una bolsa de hospitalización a domicilio atendida por determinados facultativos y personal de enfermería de los centros aliados.

La introducción de técnicas exploratorias complementarias o la puesta en marcha de servicios de corte eminentemente socioasistencial.

- b) Tecnológico, ya que se puede reforzar la diferenciación de la prestación, se reducen los costes de investigación, se mejora la difusión de la información, se reducen los riesgos, se establecen estándares y se puede conseguir *know-how* propio y de otros centros.
- c) De imagen y proyección al ciudadano, ya que se pueden aprovechar las ofertas institucionales, acceder a nuevos colectivos, acelerar la proyección exterior, contribuir a las barreras de entrada y explotar sinergias de marketing.

De manera general se puede afirmar que las alianzas entre unidades pueden ofrecer las siguientes *ventajas*: aprovechar oportunidades de alcance sin entrar en nuevos segmentos de la actividad sanitaria, reconfigurar las actividades de valor para alcanzar la diferenciación de las prestaciones e incurrir en menores costes (aspectos vitales), y aprender del aliado.

La alianza puede ser con unidades de otra actividad económica relacionada para realizar actividades definidas, con otras unidades de otro centro hospitalario (competidor directo en el producto final: hospitales de la red pública o de iniciativa privada), y entre unidades de centros hospitalarios (públicos o privados) que no compiten directamente.

Las *variedades de alianzas* a generar responden a los prototipos siguientes:

1. *Estratégica*: cuando los socios persiguen desarrollar nuevos servicios, entrar en nuevos segmentos o mejorar los procesos de transformación de recursos. Esta variedad proporciona los mismos resultados que una fusión y adquisición, ya que contribuye a incrementar los *outcomes*, los resultados y equilibran la cartera de actividades.

Alianza entre servicios asistenciales, intermedios o institutos de investigación en el ámbito de genética y con departamentos de la universidad pública para telemedicina.

2. *Joint venture*: alianza que origina la creación de una nueva unidad que opera independientemente de los socios promotores. Persigue la transmisión de recursos financieros, profesionales, tecnología y marketing, y afrontar los retos y las nuevas oportunidades del entorno.

Creación de una empresa de capital mixto (público y privado) dedicada a la investigación y patentes en el ámbito de la biología molecular y la medicina regenerativa.

4.2. ESTRATEGIA ORGANIZATIVA

La organización hospitalaria sigue y respalda a la/s estrategia/s pero el reto de su/s desarrollo/s se ven afectados por las realidades organizativas de la actividad asistencial. La implantación de la/s estrategia/s afecta o incide en la arquitectura organizativa, en los procesos organizativos y los comportamientos asociados, y en los niveles de dirección.

4.2.1. Innovación en la configuración

La estrategia organizativa entraña opciones sobre la composición de la cadena de valor y el modo de configurar las actividades, en la

elaboración de la estructura de organización que se visualiza desde la perspectiva de la política de diseño de los puestos de trabajo y según la agrupación de las actividades en unidades, y la agrupación de las actividades en unidades y la agrupación de éstas en la organización hospitalaria total.

La tendencia en la organización hospitalaria que garantiza la eficacia y la eficiencia, y se orienta al usuario/paciente, es la descentralización y autonomía de la gestión de los centros de valor. En el ámbito de la administración de empresas, el término (des)centralizar alude en sentido estricto a la (des)concentración de la toma de decisiones en las actividades económicas.

Los centros hospitalarios que permiten restaurar la salud son actividades económicas y, como cualesquiera otras, se llevan a cabo a través de empresas, es decir, “entidades integradas por capital, trabajo, conocimientos y factores de producción, que se dedican a actividades industriales, comerciales o de prestación de servicios”. Además, en economía no se considera a la empresa una entidad legal sino una unidad de control y decisión. Los hospitales son empresas de producción de servicios de salud con particularidades íntimamente asociadas a la generación multiproducto y, aunque pertenezcan a la red pública, deben responder a lo anteriormente dicho. Hoy día la contabilidad analítica, los sistemas de información y la legislación, facilitan que los centros hospitalarios puedan tener una conducta similar a los de iniciativa privada. Para ello debería iniciarse su constitución como sociedades de capital social y dotarles de todos los mecanismos propios de una empresa para que se comporten en todo su alcance por lo que se entiende como unidades de negocio. Si se parte de entender por gestión “el hacer diligencias conducentes al logro de un negocio”, los ejes de una política de descentralización de gestión de los centros hospitalarios, en particular los públicos, hay que concretarlos. Su desarrollo se puede hacer a través de acciones tales como la descentralización de la actividad hospitalaria, de los servicios y de las actividades. Por tanto, ha de anotarse lo siguiente:

- ubicación del poder de decisión al lado del conocimiento relevante para la toma de decisiones;

- financiación del hospital por vía de contratos, para que los servicios respondan solidariamente a los resultados y sean las prestaciones asistenciales auténticas unidades estratégicas de negocio;
- aplanamiento de la línea jerárquica;
- incorporación del personal médico y de enfermería a las responsabilidades de gestión;
- establecimiento del grado de descentralización en función de la dimensión del centro, la tecnología y el control del sistema de gestión (es decir, del conjunto de reglas, protocolos, procedimientos y medios que permiten aplicar al sistema físico para realizar los objetivos);
- aumento de poder de las decisiones de los jefes de los servicios confiriéndoles responsabilidad efectiva sobre el presupuesto (cosa que debe quedar amparada por la normativa que regule su autonomía);
- implantación de un control de gestión que identifique los centros de beneficio y de coste.

Las actividades de un centro hospitalario se pueden catalogar tal como se apunta a continuación, lo que permite vislumbrar las opciones de descentralización de las mismas. Los hospitales deben fortalecer su núcleo básico y velar por su sostenibilidad en el tiempo.

— *Nucleares*, las médico-asistenciales:

- Hospitalización: admisión, dietética, atención al paciente, psiquiatría.
- Servicios médicos: medicina interna, cuidados intensivos, urgencias.
- Servicios intermedios: análisis clínicos (bioquímica, hematología, microbiología-serología), diagnóstico por imagen, quirófanos, paritorios.
- Servicios generales: gestión de la calidad, farmacia, archivo.

- *Complementarias*: médico-asistenciales (medicina preventiva, consultas externas, rehabilitación, docencia, investigación) y no asistenciales (administración económica y del personal, servicios generales: mantenimiento, cocina, lavandería, seguridad).

4.2.1.1. Descentralización de la actividad hospitalaria

La actividad hospitalaria se puede descentralizar por medio de las vías siguientes:

- a) Cambio en la estructura organizativa, creando unidades de responsabilidad limitada.

Las unidades asistenciales y no asistenciales deben incrementar su autonomía e integrarse en una red macro flexible. Las unidades concebidas como “unidades estratégicas de negocio” deben centrarse en su competencia específica y su adición puede conformar núcleos de valor por funcionalidad, capacidad organizativa, eficiencia y calidad (UCI, Urgencias, nóminas, contratos).

El cambio en la manera de trabajar en los hospitales debe conservar las especialidades a partir de una planificación institucional que desencadene la instrumentación de autocontrol y de negociación de objetivos, comunicaciones adecuadas acordes con la dinámica interna, identificando las responsabilidades, compromisos y beneficios de las distintas habilidades reunidas en cada unidad de actuación.

La creación de unidades de responsabilidad limitada (con el alcance que sea) ofrece cierta similitud con la estructura tradicional de los hospitales divididos en especialidades; pero, al tener objetivos propios, ser responsables de sus resultados, con plantillas definidas por ellas mismas, ratios de control y precios intermedios para obtener datos cuantitativos de la actividad realizada, ganan en autonomía.

La horizontalidad, que permite la creación de redes de equipos autónomos, representa un cambio en las reglas del juego y una

cesión del poder. Sin embargo, las ventajas que se pueden obtener obligan a una atenta consideración porque:

- otorgan poder de decisión a unidades más pequeñas y próximas al paciente,
- se trabaja por objetivos cuantificables en términos de producción, calidad y costes,
- la autonomía presupuestaria y los recursos disponibles se adecuan a los objetivos (incluidos el personal),
- promueve la existencia de mecanismos de control para cada responsable,
- la responsabilidad por unidad es acorde con su poder de decisión e incentivos,
- el marco de reglas de juego es propio de cada unidad,
- se aproxima la responsabilidad a las operaciones de gestión asistencial,
- se fomenta el aplanamiento de la estructura,
- se incrementa el trabajo en equipo y la integración de los profesionales médicos y de enfermería,
- se instauran puestos de responsabilidad horizontal y se definen las relaciones con la dirección central,
- se asignan y cuantifican los objetivos a las distintas unidades,
- se promueve la libertad en la configuración de unidades en la medida que se estime su pertinencia.

b) Creación de unidades o grupos funcionales homogéneos que aglutinen competencias asistenciales (pediatría, obstetricia y ginecología...) o de apoyo (obras, mantenimiento...) por razones de eficiencia o economías de escala, desarrollo de habilidades, configuración en torno a los objetivos, un tamaño reducido

y la generación de un valor de alcance único o muy concentrado en su gama.

Sin olvidar que a estas unidades les puede penalizar la toma de decisiones centralizada, se benefician de una reducida coordinación horizontal en la trazabilidad de la evolución del paciente. Cuestiones que pueden eliminarse y beneficiarse de las ventajas apuntadas descentralizando la toma de decisiones, confiando en los profesionales implicados e instaurando mecanismos de integración, por vía de la figura de enlace entre unidades, por las que puede discurrir el paciente en la mejora de salud.

- c) Unidades de gestión clínica para abordar las patologías de manera multidisciplinar, orientarse a los pacientes y facilitar la mejora de la coordinación entre los niveles asistenciales. Las experiencias disponibles permiten hablar de un auténtico cambio organizativo y cultural que descentraliza las decisiones a los responsables de las unidades de producción de un hospital que agrupe servicios afines.

Los profesionales médicos y de enfermería ganan en poder e influencia, se reorganizan los servicios asistenciales y se descentraliza la gestión al estar dotados de instrumentos de información que les permite ejercer la responsabilidad directa sobre los pacientes.

Esta opción garantiza la práctica clínica, favorece una organización de los distintos profesionales centrada en las necesidades de los pacientes y facilita sistemas de información centrados en el proceso asistencial que sistemáticamente evalúa la práctica asistencial. Todo esto inequívocamente causa la eficiencia.

La gestión clínica devuelve el poder e influencia a los profesionales clínicos (generadores de valor añadido), ya que facilita la disposición *ad hoc* de los servicios asistenciales, descentraliza la gestión, promueve la autonomía de los servicios clínicos, permite pactar y consensuar los programas de mejora, y promueve el diálogo y el consenso.

Capítulo 6

Caso práctico

Hospital de Burgos¹

El Hospital Los Burgos, a pesar de su titularidad pública, se propone mejorar sus actuaciones y adecuar su misión (lo que es) y su visión (lo que quiere ser), de aquí que la Dirección reconfigure su planteamiento a partir de la innovación en métodos de gestión y pretenda trasladar los términos y prácticas al uso, y ofrecer sus prestaciones a precio de mercado a los usuarios que los demanden a la vez que atiende a su responsabilidad social como centro público.

El propósito de la Dirección es generar valor para los ciudadanos atendiendo a la población que le corresponde y ofrecer la capacidad excedente al libre mercado. Como centro público el mayor valor del resultado es el logro social y en las prestaciones privadas se centra en generar valor para el cliente y los propietarios del capital (los ciudadanos que alimentan los presupuestos mediante impuestos, tasas y donaciones); las prestaciones en este alcance permiten rentabilizar la inversión del capital social.

Las posibilidades de los métodos de gestión se van a tratar de implantar bien, correctamente y en toda su extensión, acompañadas de imaginación, creatividad, iniciativa, complicidad y resolución. El intento para lograr el éxito de la actividad a favor de un planteamiento más flexible e innovador del Hospital se refleja a continuación con el uso de prácticas muy actuales.

¹ De Val-Pardo, I; Corella, JM. *Dirección y gestión hospitalaria de vanguardia*. Díaz de Santos, Madrid 2005, pp. 99-115.

MISIÓN

“Ofrecer a los clientes/usuarios la mejor calidad y cartera de servicios con una excelencia operativa a un coste mínimo, a la vez que sus empleados se identifiquen con la organización a través de su compromiso, competencia y voluntad de carácter.”

VISIÓN

“Asegurar un crecimiento sostenido y rentable que optimice la creación de valor del capital”.

VALORES

Respeto a los principios éticos y morales, el derecho, y a las expectativas de los clientes, usuarios, los empleados y demás agentes de interés.

CARTERA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

- a) Servicios centrales: análisis clínicos, anatomía patológica, farmacia, hematología y hemoterapia, neurofisiología clínica, radiología, rehabilitación, genética médica, medicina preventiva, gestión de la calidad y atención al paciente.
- b) Servicios médicos: medicina interna y especialidades (cardiología, neumología, neurología, digestivo, nefrología, alergología), dietética, psiquiatría, medicina intensiva, medicina preventiva, unidad de urgencias.
- c) Servicios quirúrgicos: cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía plástica, oftalmología, ORL, anestesia y reanimación, traumatología y ortopedia, urología.

CANALES DE LAS PRESTACIONES

Consulta directa en el centro hospitalario, consulta telefónica e Internet (citas médicas y recetas electrónicas, historial médico, ciberconsulta, resolución de dudas, telediagnóstico).

INDICADORES DE RESULTADOS

- Facturación por periodo.
- Facturación por línea de servicio.
- Facturación por segmentos de usuarios.
- Cuota de mercado.
- Cuota de mercado por líneas de servicios.
- Número de usuarios que repiten la prestación.
- Número de reclamaciones o quejas.
- Satisfacción de los usuarios.
- Listas de espera.

VECTOR ESTRATÉGICO

El Hospital Los Burgos realiza el análisis vectorial de crecimiento de la cartera de productos o servicios a fin de examinar las diferentes alternativas de su cartera en relación con las opciones de su mercado; un producto/servicio en un segmento nuevo plantea oportunidades y desafíos diferentes a los de uno nuevo en un colectivo existente. Este análisis sistemático (Figura 6.1) revela las condiciones de competencia y las oportunidades de crecimiento no exploradas. Las opciones estratégicas pueden ser crecer horizontal o verticalmente, un crecimiento combinado de las dos dimensiones e integrar diferentes opciones (lo que permite definir el vector estratégico del centro: Figura 6.2).

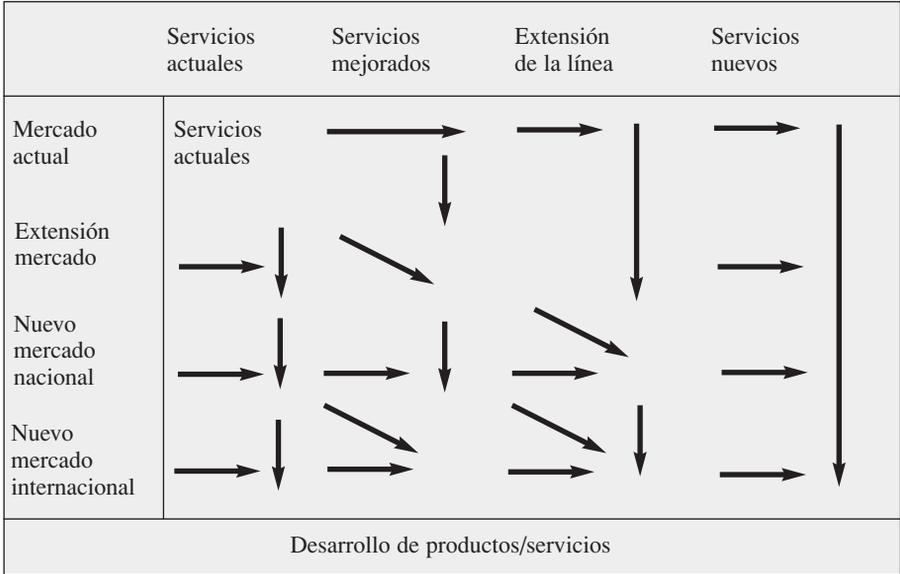


Figura 6.1. Análisis vectorial del crecimiento.

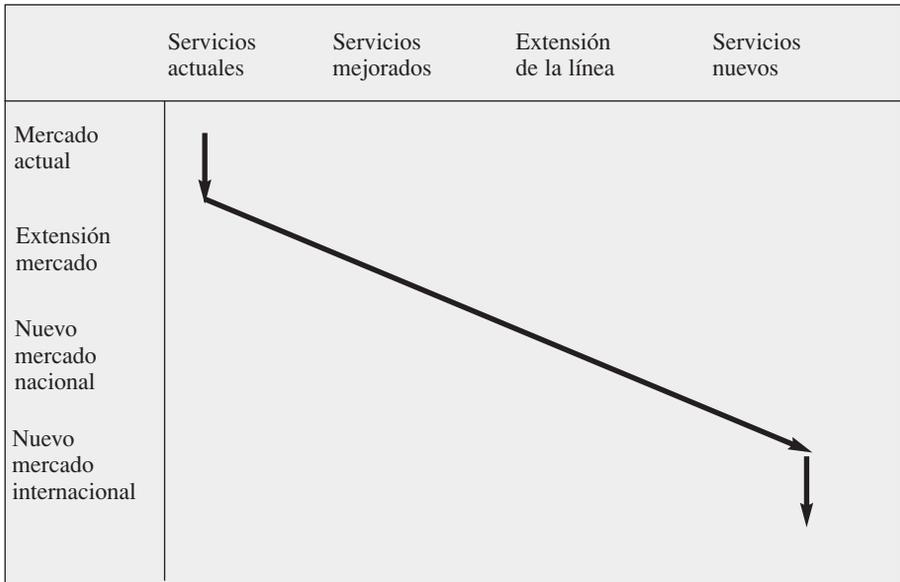


Figura 6.2. Vector estratégico.

PERFIL ESTRATÉGICO

A fin de conocer la posición del Hospital Los Burgos dentro del grupo estratégico al que pertenece, la Dirección, ante los factores críticos internos y externos, y en el intento de identificar las fortalezas y debilidades del centro hospitalario, lo compara con el Hospital La Atalaya, por medio de una técnica gráfica (Figura 6.3) muy elemental (Bueno, 1987) que identifica los factores críticos y su valoración según los expertos, las estimaciones e informes estadísticos.

La brecha o *gap* representa el espacio comprendido entre el perfil trazado con la línea discontinua, correspondiente al posicionamiento del hospital de referencia (La Atalaya), y el perfil trazado con la línea continua, ajustada al logro del Hospital Los Burgos. La diferencia facilita el diagnóstico entre los centros en rivalidad y permite la reflexión para identificar las posibles causas y circunstancias que no han permitido una mejor posición, y acometer las iniciativas capaces de reconducir la orientación.

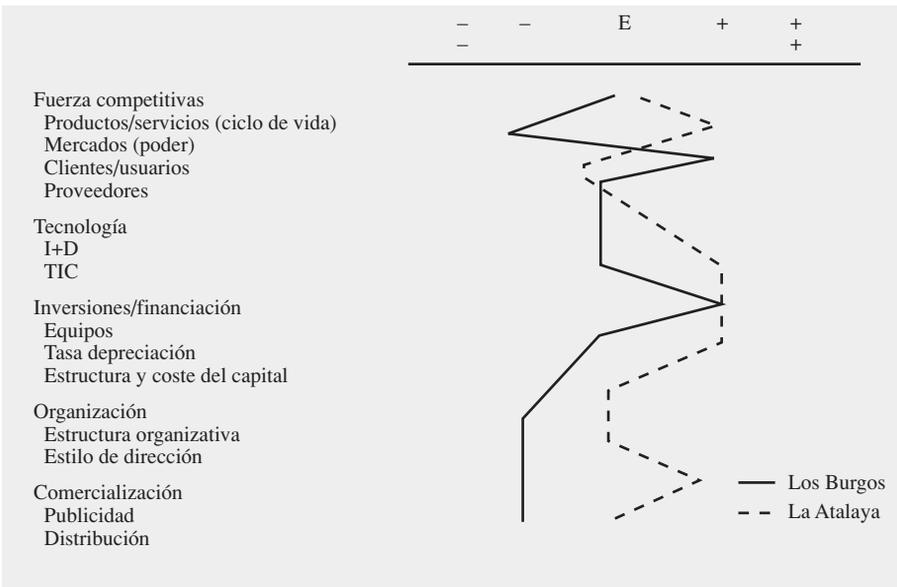


Figura 6.3. Perfil estratégico.

MATRICES ESTRATÉGICAS

Gracias a General Electric y las consultoras McKinsey y Boston Consulting Group, se dispone de unas matrices de gran utilidad para el análisis estratégico, a partir de la curva de experiencia, con el fin de identificar la participación relativa de la empresa en el mercado y la tasa de crecimiento del sector. Matrices que permiten examinar cada producto/servicio y/o la combinación que facilite el logro más eficaz y eficiente de los objetivos.

El análisis de la cartera de negocios (servicios, departamentos o unidades del hospital) competitiva parte del supuesto de que el coste total por unidad disminuye entre un 20 y 30% cada vez que se duplica la producción total; supuesto que se representa por la denominada curva de experiencia (Figura 6.4) y que resulta del efecto de aprendizaje, de las economías de escala, del efecto sustitución y de las economías por innovación (Serna, 2003).

A partir de aquí, la Dirección del centro hospitalario pretende posicionarlo en cuanto a la competitividad de sus actividades y el

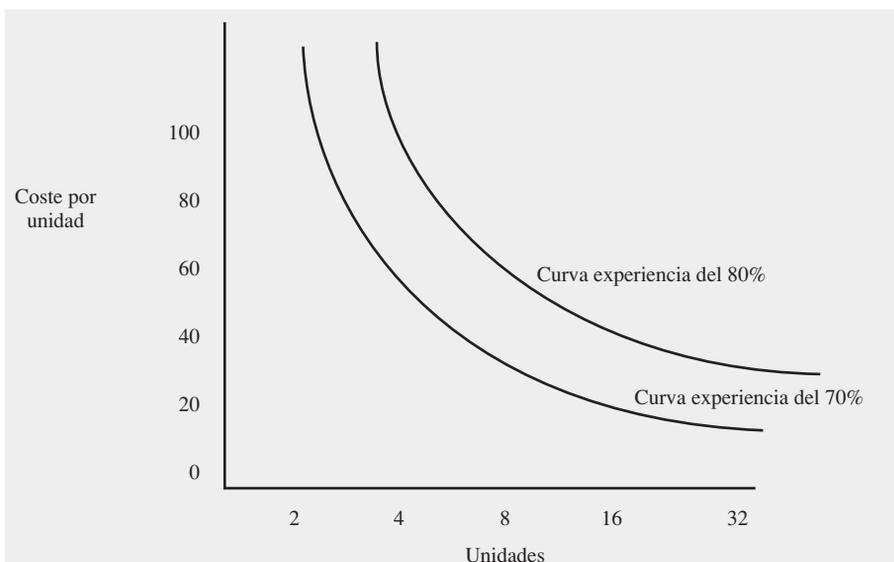


Figura 6.4. Curva de experiencia.

nivel de atractivo en el sector industrial a fin de orientar las estrategias posibles. El diagnóstico se basa en valoraciones subjetivas, tanto en relación al atractivo en el sector como de la posición competitiva del Hospital en el mismo.

Según el flujo efectivo que generen cada producto/servicio y la participación relativa en el mercado se puede configurar la denominada cartera de negocios *portfolio* e identificar los calificados como *estrella*, *vaca lechera*, *dilemas* y *peso muerto* (Figura 6.5), según su participación en el crecimiento del Hospital con sus exigencias de tesorería y su generación de flujo de caja, correspondientes con la cuota relativa de mercado. El análisis de tal identificación permite buscar diferentes opciones estratégicas y adoptar las decisiones pertinentes.

Así se puede reorientar la estrategia y velar por conseguir las secuencias de éxito (de 1.1 a 1.2, de 1.2 a 2.2, de 2.2 a 1.1, y de 2.1 a 1.2) y amortiguar las que no sean rentables (tratar de evolucionar de 1.2 a 1.1, de 1.1 a 2.1, y de 2.2 a 1.2). Posteriormente se identifica la posición de

<p>1.1. SERVICIOS ESTRELLA Detección precoz sordera infantil Cirugía maxilofacial Obstetricia-ginecología</p> <p>CC = + CF = 0</p>	<p>1.2. SERVICIOS DILEMA Cirugía gastrointestinal Cuidados paliativos Rehabilitación</p> <p>CC = + / - CF = + / -</p>
<p>2.1. SERVICIOS VACA LECHERA Pediatría Anatomía patológica Unidad de mama</p> <p>CC = 0 CF = +</p>	<p>2.2. SERVICIOS PESO MUERTO Hostelería Psiquiatría Radiología</p> <p>CC = - CF = 0</p>



Cuota relativa de mercado - Generación de flujo de caja

Necesidades de liquidez - Tasa crecimiento demanda

CC: contribución al crecimiento de producto/servicio

CF: Flujo de caja del producto/servicio

Figura 6.5. Matriz carteras de productos/servicios.