



Revista de Fomento Social, 48 (1993), 383-403

Factores para la eficacia en la organización profesional: una aproximación teórica y empírica en el sector sanitario ⁽¹⁾

La reforma de la sanidad, del sistema educativo, de las organizaciones empresariales pasa necesariamente por el estudio de las organizaciones profesionales. En este trabajo se pretende constatar una serie de problemas que presentan estas organizaciones mediante la exposición teórica de los mismos y la constatación empírica realizada en un caso concreto a una muestra de profesionales pertenecientes a una entidad aseguradora del sector sanitario.

————— Alfonso Carlos MORALES GUTIERREZ (*) —————

(*) Profesor de Economía de la Empresa de ETEA.

(1) Basado en una comunicación presentada al VII Congreso Nacional de AEDEM, titulada "factores críticos de la organización profesional".

ESTUDIOS

La organización profesional: peculiaridades básicas e interés en su estudio

Las organizaciones profesionales (auditoras, universidades, compañías médicas, hospitales, consultings,...etc) se alejan del modelo jerarquizado de organizaciones. La "pirámide" de autoridad común a todo modelo burocrático de entidad organizativa, en donde el poder desciende hasta el último miembro de la organización, puede afirmarse que se encuentra "invertida". En el caso de estas organizaciones, el directivo puede considerarse más que un conductor de personas, un gestor de recursos con una autoridad muy limitada sobre la actividad de los profesionales que constituyen la parte más importante de estas instituciones. En efecto, los profesionales disponen de un amplio margen de autonomía que los configura en el auténtico centro de poder de la organización. Nos encontramos por tanto ante un paradigma organizativo en cuyas peculiaridades parece oportuno indagar.

El interés del estudio de las organizaciones profesionales es múltiple. Por un lado, el hecho de desempeñar un papel fundamental en la prestación de servicios básicos (educación, sanidad,...) por tanto es necesario profundizar en ellas para comprender su funcionamiento, ver sus posibilidades y limitaciones, pues constituyen el eje sobre el cual se articula cualquier mejora en dichos servicios. Por otro lado, el tratamiento insuficiente, teórico y empírico, que tienen estas instituciones en la teoría de la organización, si se compara con los realizados sobre otros sistemas organizativos como la burocracia, la adhocracia,...etc. (2), nos impulsa igualmente a profundizar en las mismas.

El presente estudio se estructura en cuatro partes. La primera desarrolla una caracterización teórica de los elementos estructurales, de contexto y culturales de la organización que es objeto de análisis. La segunda y tercera parte expone algunos resultados de un trabajo de campo desarrollado a partir de una encuesta

(2) En cualquier caso, obviamente, este trabajo no es el único. Entre otros pueden citarse los estudios teóricos y empíricos ya realizados sobre este tipo de instituciones como son la investigación de PERROW (1965), BIDWELL (1965), BLAU (1968), WEICK (1976), GOSSELIN (1978), MINZTBERG (1983, 1989). Respecto a la bibliografía española puede destacarse, en el ámbito de la sociología, las investigaciones de ALMARCHA (1983) en instituciones de enseñanza, y de DOMÍNGUEZ-ALLON (1979), CAMPOS y MIGUEL (1981), MIGUEL RODRIGUEZ (1982), RODRIGUEZ (1981, 1987), GUILLEN (1987, 1988) respecto a las entidades sanitarias.

realizada a una muestra de miembros de una organización de esta índole perteneciente al sector sanitario. Por último se realizan algunas reflexiones y se exponen algunas alternativas a los problemas comunes y específicos de las organizaciones profesionales.

Caracterización teórica de la organización profesional: estructura, funcionamiento, contexto y cultura

Para la realización de un estudio de una organización se precisa de una teoría subyacente que combine tanto el análisis propiamente dicho como la síntesis. En este sentido, la teoría organizativa que cumple estos requisitos, junto con el reconocimiento internacional por parte de las organizaciones de sus aportaciones singulares, es la desarrollada por el profesor MINTZBERG (1983, 1989) en sus diversos trabajos. Este autor establece en su última obra (MINTZBERG, 1989) siete configuraciones estructurales. A saber: la organización emprendedora, la organización maquina, la organización profesional, la organización diversificada, la organización innovadora, la organización misionera y la organización política. Pues bien todas ellas se caracterizan, desde un enfoque organizativo contingente, por una serie de elementos estructurales (variables dependientes) de índole interno referidos a los puestos, los departamentos y el sistema de decisión, y por unos elementos que podemos denominar de "situación" o contexto (variables independientes) relacionados con el entorno, el sistema técnico, el tamaño y el sistema de propiedad.

La organización profesional: una burocracia distinta

Respecto a los elementos estructurales la organización profesional se caracteriza por ser burocrática (3) pero descentralizada, la cual depende de la formación para la normalización de las habilidades de sus muchos profesionales operativos.

Una organización puede ser burocrática sin estar centralizada. Esto sucede cuando su trabajo es complejo, ya que tiene que ser realizado y controlado por profesionales, y al mismo tiempo es estable, de forma que las habilidades de esos profesionales se pueden perfeccionar por medio de una actualización de los

(3) La organización profesional también se denomina burocracia profesional.

conocimientos y las destrezas. Todas estas organizaciones dependen de las habilidades y conocimientos de sus profesionales operativos para funcionar; todas producen productos o servicios normalizados. Pero independientemente de lo normalizados que estén los conocimientos y habilidades, su complejidad garantiza el que quede una autonomía considerable en su aplicación. No hay dos profesionales -ni cirujanos, ni profesores,...etc- que los apliquen exactamente de la misma manera.

La formación, es un asunto complicado dentro de la organización profesional. Es característico que la formación inicial tenga lugar a lo largo de un período de varios años en una universidad o institución especial, durante el cual las habilidades y los conocimientos de la profesión se programan formalmente en el interior de los estudiantes. A continuación sigue, de forma característica, un largo período de formación en el trabajo, tal como un internado en medicina, durante el que se aplican los conocimientos formales y se perfecciona la práctica de las habilidades. La formación en el trabajo incide de alguna forma en la identificación con la organización y el proceso de perfeccionamiento continúa (o eso es lo que se espera).

Toda esa formación está orientada a un único objetivo, la interiorización del conjunto de procedimientos, que es lo que hace que la estructura sea técnicamente burocrática -estructura dependiente de la normalización para conseguir la coordinación-. Sin embargo, se trata de una burocracia que hace más hincapié en la autoridad que tiene su origen en la actividad profesional, que en la derivada de la jerarquía.

El funcionamiento de la organización profesional

La clave del funcionamiento de la organización profesional es la creación de un sistema de encasillamiento dentro del cual los profesionales trabajan de forma autónoma, sometidos a los controles de la profesión.

Para comprender cómo funciona una organización profesional a nivel operativo, es útil pensar en ella como si fuera un conjunto de programas estándar -en realidad, el repertorio de habilidades que los profesionales están dispuestos a usar- que se aplican a situaciones conocidas, llamadas contingencias, también normalizadas. El proceso se conoce como encasillamiento. En este aspecto, el profesional tiene dos tareas básicas: primero, categorizar, o "diagnosticar" las necesidades del

cliente en función de una de las contingencias, que indica el programa estándar a aplicar, y segundo, aplicar o ejecutar ese programa. Este encasillamiento simplifica mucho las cosas, obviamente; es también lo que hace posible que cada profesional trabaje de una forma relativamente autónoma (4).

Los dos colectivos claves: los profesionales operativos, y los administradores directivos

Como ya indicábamos al inicio de este estudio, el conjunto de profesionales operativos que forman la base de la organización constituyen la parte más importante de la misma. Por una parte, pocos directivos, pocos tecnócratas, lo que implica ámbitos de control amplios sobre el trabajo profesional, puesto que no se precisa de una supervisión estrecha, y por otra, bastantes departamentos de apoyo (administrativos) para respaldar la actividad desarrollada por los profesionales. Dado el alto coste de los profesionales, es lógico respaldarlos con tanta ayuda como sea posible.

Conviene entender también la naturaleza del control. El control sobre su trabajo significa que los profesionales trabajan relativamente independientes de sus colegas pero muy unidos a los clientes a quienes atienden -por ejemplo los médicos que tratan a sus pacientes-. La mayor parte de la coordinación necesaria entre los profesionales operativos se maneja automáticamente a través del conjunto de sus habilidades y conocimientos adquiridos en la formación fuera y dentro de la organización.

No obstante, la coordinación dentro de la estructura administrativa es otra cuestión. Como estas configuraciones están tan descentralizadas, los profesionales no sólo controlan su propio trabajo, sino que también adquieren mucho control colectivo sobre las decisiones administrativas que les afectan de

(4) Es en el proceso de encasillamiento donde mejor se pueden ver las diferencias fundamentales entre la organización maquinal, la organización profesional y la organización innovadora. La organización maquinal es una estructura con un sólo propósito. Colocada frente a un estímulo, ejecuta su secuencia estándar de programas. No hay ningún diagnóstico implicado. En la organización profesional, la diagnosis es una tarea fundamental, pero está muy circunscrita. La organización trata de acoplar una contingencia predeterminada a un programa normalizado. La diagnosis completamente abierta -la que busca una solución creativa para un problema único- requiere la forma innovadora de organización. Allí no se puede confiar en ninguna contingencia ni programa estándar.

diversas formas -máxime cuando además tiene la fórmula jurídica de carácter personalista-. Surge, por tanto, una estructura administrativa bastante democrática distinguiendo, no obstante, jerarquías paralelas y separadas: una democrática y que va de abajo-arriba para los profesionales, y una segunda de tipo maquina y de arriba-abajo para los departamentos de apoyo.

En cuanto al directivo-administrador de las organizaciones profesionales, quizá no controle directamente a los profesionales, pero realiza una serie de papeles que le conceden un poder indirecto considerable. Por una parte pasa mucho tiempo resolviendo las anomalías de la estructura. El proceso de encasillamiento es, como mucho, imperfecto, y conduce a todo tipo de disputas jurisdiccionales entre los profesionales que hay que solucionar mediante la negociación y el diálogo. Por otra parte, desempeñan papeles clave en las fronteras de la organización, entre los profesionales de dentro y las personas influyentes de fuera: gobiernos, asociaciones de clientes, etc... Así pues, siguiendo a MINTZBERG (1973) los papeles externos del directivo -mantenimiento de contactos de enlace, actuación como cabeza visible y portavoz en calidad de relaciones públicas, negociación con oficinas externas- son los papeles fundamentales en la administración del trabajo profesional. En cualquier caso, el directivo de estas organizaciones conserva el poder sólo mientras los profesionales perciban que está sirviendo a sus intereses con eficacia.

El contexto de la organización profesional

Estas organizaciones responden adecuadamente a un entorno complejo pero estable (5) con posibilidades de una prestación de servicios localizada o descentralizada geográficamente. La complejidad ha de ser suficiente como para que hagan falta procedimientos que sólo se puedan aprender por medio de una preparación amplia, pero lo suficientemente estables como para que su uso pueda ser estandarizado mediante el "encasillamiento".

Respecto al sistema técnico, generalmente es bastante sencillo -un bisturí, por ejemplo- permitiendo que sus usuarios realicen independientemente unas funciones que pueden ser excesivamente complejas.

(5) MINTZBERG (1983) caracteriza el entorno según su estabilidad (estable-dinámico), complejidad (simple-complejo), diversidad (diverso-integrado) y hostilidad (hostil-pacífico).

Algunas ventajas e inconvenientes de las instituciones profesionales

Las principales ventajas de la organización de tipo "profesional", constituyen auténticas respuestas a las necesidades de los hombres y mujeres contemporáneos. Entre otras pueden destacarse su carácter "intrínsecamente" democrático, dado que dispersa el poder directamente entre sus operativos profesionales, la amplia autonomía que permite a sus componentes, liberándolos de coordinarse estrechamente con sus colegas, conjugando de esta forma, el disfrute de las ventajas de pertenecer a una institución, y de prestar sus servicios como mejor le parezca. Como consecuencia de estas ventajas pueden citarse: posibilidad de alta motivación, relación personalizada con los clientes, perfeccionamiento individual sin ninguna interferencia en el conjunto de la organización,...etc.

Sin embargo, en aquellos aspectos reflejados como ventajas, las causas residen de los problemas más importantes de la organización profesional. Entre otros pueden destacarse:

1) *Imposibilidad de control*: Como no hay manera palpable de controlar el trabajo, aparte de la ejercida indirectamente por la propia profesión, no hay manera de corregir las deficiencias que los profesionales decidieran pasar por alto. Algunas veces todo depende de esa línea estrecha que divide la colegialidad (trabajar para un bien común) y la política (trabajar por el propio interés).

2) *Descoordinación*: La selección de individuos con una cualificación no suple las necesidades de coordinación entre los propios profesionales -excesivo "encasillamiento"- y con otras partes de la organización -gestiones administrativas-. Surgen conflictos que tienen como origen la descoordinación.

3) *Discrecionalidad*: El profesional tiene que tratar sin ningún tipo de discriminación a multitud de pacientes, lo que implica consciencia de igualdad de trato y competencia. Los clientes corren el peligro de ser tratados injustamente. Además existe una respuesta "corporativa" cuando se intenta penalizar tratos "incompetentes o injustos", agravado por el hecho de la dificultad de determinar cuándo acontecen tales comportamientos. Además se precisa una "lealtad" a la organización que los ampara, y la discrecionalidad permite que los profesionales ignoren o menoscaben las necesidades de la entidad que forman parte. La cooperación resulta fundamental para su buen funcionamiento.

4) *Falta de innovación*: El origen de estos problemas tiene su origen en el pensamiento convergente, en el razonamiento deductivo del profesional que ve

la situación concreta en función del concepto general. Se precisa un pensamiento inductivo, es decir, la inferencia de una solución general nueva a partir de la experiencia particular. Este tipo de pensamiento es divergente, se aparta de las viejas normas en lugar de perfeccionar las existentes.

Sólo existe una forma de obviar o atenuar estos problemas: un lento proceso de cambio en profesionales. Una de las claves del buen funcionamiento de estas organizaciones es la responsabilidad individual: la dedicación a cada cliente.

Un perfil cultural predominante: la cultura "Dionisos"

Para terminar de caracterizar teóricamente la organización profesional vamos a intentar perfilar la cultura organizativa (6) predominante en este tipo de instituciones. La tipología formulada por Charles HANDY (7), basada en una gran experiencia de investigación empresarial, tiene la originalidad de representar cuatro grandes culturas que toman su nombre de un dios griego y que funcionan sobre cuatro lógicas muy diferenciadas:

- Cultura *Zeus*, donde la autoridad carismática se insinúa en toda organización mediante una red formada por sus "hombres de confianza". Las empresas de carácter familiar son un claro exponente de esta manifestación cultural.

- Cultura *Apolo*, las normas son un fin más que un medio. Estabilidad y previsión serán dos términos importantes para esta cultura, en la que no se alientan ni se apoyan en gran medida los cambios. Las organizaciones burocráticas participan en muchos casos de esta cultura.

- Cultura *Atenea*, orientada por entero hacia la resolución de los problemas. La organización en base a proyectos -una agencia publicitaria, una productora cinematográfica..., puede considerarse como un ejemplo.

- Cultura *Dionisos*, en donde los miembros de la organización no se perciben como subordinados a la organización, sino a la inversa: la organización sirve a los individuos, porque éstos alcanzan sus objetivos individuales. HANDY pone como ejemplo precisamente, el reagrupamiento de profesionales (médicos o abogados) que concentran sus talentos, principal activo de la organización.

(6) Entendemos por cultura organizativa aquellos valores que conforman el ambiente de una institución determinada y nucleán la identidad de una organización (SCHEIN, 1985).

(7) LESSEM, R. (1992) *Gestión de la Cultura Corporativa*, Madrid, Díaz de Santos.

Considerando que la cultura no es algo estable, ni la organización un bloque monolítico y totalmente homogéneo, lo que si es cierto es el predominio de la cultura "Dionisos" en las organizaciones profesionales, es decir, la organización se concibe como un medio de conseguir los objetivos de sus miembros, por tanto algo muy distinto, al paradigma "jerárquico" de organización. Esta perspectiva cultural condicionará decisivamente el funcionamiento de estas organizaciones.

Una aproximación empírica a los problemas de una organización profesional del sector sanitario

Una vez caracterizada teóricamente la organización profesional vamos a entretener las nuevas aportaciones, en lo que respecta al enfoque organizativo, que nos sugiere el estudio empírico realizado a una entidad con estas características: ASISA-LAVINIA. Los motivos que nos llevan al análisis de algunos aspectos organizativos en esta entidad son fundamentalmente cuatro. En primer lugar, la facilidad para la investigación organizativa dado que el trabajo de campo desarrollado en base a un cuestionario a profesionales nos permite contrastar y profundizar en algunos aspectos que hemos apuntado teóricamente. En segundo lugar, la importancia de la institución que presta sus servicios mediante una organización profesional "descentralizada" en todo el territorio nacional con un cuadro médico de más de cuarenta mil médicos y un nivel de beneficiarios superior al millón y medio de personas. En tercer lugar, el hecho de que ASISA-LAVINIA se identifique como una entidad de "economía social" y concretamente como el máximo exponente del cooperativismo sanitario en España (8). Y por último que sea una institución privada del sector sanitario, y

(8) Entre otras obras que así la califican pueden verse: ALONSO SOTO, F. (1985); *La alternativa del cooperativismo sanitario*, G.E.P.C.S., Madrid; CARREÑO, F. (1991); "El Futuro de la sanidad española: consenso y cooperación". *Jornadas sobre La Sanidad Española ante el futuro*, organizadas por ERNST & YOUNG, Noviembre, 1991; CASTAÑO COLOMER, J. (1988); *Cooperativismo Sanitario Integral*, G.E.P.C.S., Madrid; ESPRIU CASTELLO, J. (1986); *Cooperativismo Sanitario*, Barcelona; GUTIERREZ DEL ALAMO Y MAHOU, J. (1987); *Estudio jurídico del Cooperativismo Sanitario*, G.E.P.C.S., Madrid; HERNANDEZ, S. (1990); *Macrocooperativas y cooperativismo sanitario*, Fundación Espriú, G.E.P.C.S., Barcelona; ROVIRA FONTS, J., VIDAL MARTINEZ, I. (1986); *Posibilidades de desarrollo del cooperativismo en el sector sanitario español*, G.E.P.C.S., Madrid.

que aporta al profundizar en su funcionamiento, algunos elementos para el debate sanidad pública-sanidad privada.

El modelo organizativo de ASISA-LAVINIA

La organización ASISA-LAVINIA se compone esencialmente de una entidad aseguradora Asistencia Sanitaria Interprovincial S.A. y una cooperativa de trabajo asociado "sui generis" que es LAVINIA (9) constituida por médicos que prestan sus servicios para ASISA. Este modelo es una traslación del desarrollado previamente en Cataluña a través de las instituciones "Asistencia Sanitaria Collegial S.A." -entidad aseguradora (ASCSA)- cuya entidad propietaria es la cooperativa de médicos "Autogestió Sanitaria S.Coop.". De esta forma los médicos propietarios de LAVINIA prestan sus servicios a los asegurados de ASISA percibiendo una remuneración por acto médico.

Conviene resaltar el papel desarrollado por la acción de ferviente propagador del cooperativismo sanitario del Dr. Josep Espriu quien recibió el encargo en el año 1.972 por parte de la Asociación de Igualatorios de recorrer toda España para desarrollar esta red estatal de Igualatorios y de sociedades que convergían en un cooperativismo sanitario. En 1976 todo el estado español está cubierto por una red de entidades que, regidas por médicos y sin ánimo de lucro que ofrecen unos servicios asistenciales sanitarios. El núcleo de esta red es ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial, S.A., con centro en Madrid y ámbito casi estatal. Espriu es su primer presidente y todas las acciones de la entidad pertenecen a ASCSA. Su ascenso y expansión es fulgurante: su cuota de mercado, conforme a las primas cobradas, pasó del cuatro por ciento en 1.976 al 17 por ciento en 1.984 (10).

(9) Esta cooperativa agrupa a la mayor parte de los médicos de España que prestan servicios sanitarios a los asegurados de ASISA. Fue creada -31 de diciembre de 1.976- por la Agrupación de Igualatorios Colegiales y Paracolegiales para que pudieran tener acceso en ella todos los médicos de España y fuese la propietaria de todas las acciones de ASISA mediante la adquisición a título gratuito. Con su creación se permitió a los socios médicos intervenir en la política a seguir por el igualatorio de ASISA, dado el ámbito estatal de la cooperativa.

(10) En este proceso expansivo conviene destacar la concertación realizada con MUFACE. Creada la infraestructura necesaria en toda España, ASISA y la Agrupación de Igualatorios se hallaban en condiciones de suscribir pólizas colectivas para todo el territorio, oportunidad que apareció con la Ley de Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y la Ley

En la actualidad ASISA es líder nacional en el seguro de asistencia sanitaria con más de un millón y medio de asegurados y un volumen de primas cercano a los treinta mil millones de pesetas, lo que representa una cuota de mercado de más un veinte por ciento. Cuenta en su cuadro médico abierto con más de veintitres mil médicos -socios de LAVINIA- y diez clínicas propias -más de quinientas concertadas- con más de mil doscientas camas. Su patrimonio neto supera los tres mil seiscientos millones de pesetas.

El entorno de la organización: la actividad aseguradora de asistencia médica. Competencia y productos

El seguro de asistencia sanitaria privada (11) se practica en nuestro país por una pluralidad de instituciones: las mutualidades acogidas al Estatuto de Previsión Social, los igualatorios y el cooperativismo sanitario integral, y las empresas aseguradoras en sentido estricto, entre las cuales figuran también mutuas no acogidas al estatuto antes mencionado.

Casi el ochenta por ciento del volumen del negocio se concentra en diez instituciones, correspondiendo la mitad a entidades del movimiento de la Economía Social, de las cuales casi el treinta por ciento pertenece a ASISA-LAVINIA. En su comportamiento empresarial conviene resaltar una diferencia positiva importante en los porcentajes de gastos de administración y gestión en las entidades de Economía Social respecto al resto de empresas del ramo.

correspondiente de los Funcionarios de las Fuerzas Armadas. A partir de entonces tanto ASISA como los igualatorios tuvieron una importante coyuntura para demostrar la validez de su modelo sanitario en colaboración con la sanidad estatal. En 1.976 ASISA firmó el primer acuerdo de prestación de servicios de asistencia sanitaria con el Organismo gestor de la Seguridad Social de los funcionarios militares y con la Mutualidad General Judicial para los funcionarios de justicia, adquiriendo de esta forma individualidad económica propia. El 17 de diciembre de 1.991 se consigue un concierto con la Administración Pública de una duración más amplia que el año y con unas primas idénticas a las que las Mutualidades del Estado pagan al Sector Público.

(11) El volumen de primas del ramo representa casi el once por ciento del sector seguro, exceptuando el ramo de vida. La observación del volumen de primas, el importe de la siniestralidad y los gastos de gestión evidencia que la evolución presenta unos resultados técnicos tradicionalmente negativos. En los últimos años, este ramo ha estado marcado por un crecimiento moderado en el número de personas aseguradas, pero sustancial en cuanto al volumen de primas recaudadas.

El resto de compañías corresponde a un colectivo muy atomizado que puede alcanzar las doscientas. No obstante, el número de entidades del subsector privado ha disminuído a lo largo de la década de los ochenta. La tendencia a la concentración y al redimensionamiento de las empresas en el sector es creciente. En 1989 desaparecieron 38 empresas de este sector, 27 de las cuales fueron absorbidas por otras empresas. Dos factores han influido en este proceso. Uno de carácter legal: las recientes leyes que han incidido sobre los márgenes de solvencia y la exigencia unos niveles mínimos de capital social. Otro de carácter económico-empresarial: las exigencias de economías de escala.

No obstante el problema fundamental de estas entidades se reduce a la existencia de una situación que los expertos califican de "monopolio asegurador" por parte de la Administración, y que origina un mercado restringido para las entidades aseguradoras y la imposición de tarifas en colectivos dependientes de la Seguridad Social.

En cuanto a los productos pueden distinguirse en este sector dos muy diferenciados, atendidos por entidades específicas, si bien la intensa competencia hace que estas entidades intenten compatibilizar cada vez más, ambos tipos: el seguro de asistencia sanitaria (el asegurado en contraprestación de su cuota periódica puede elegir dentro de un cuadro médico cerrado que la compañía pone a su disposición sin tener que abonarle sus servicios), y el seguro de enfermedad o reembolso (el asegurado puede acudir a cualquier médico en España o en el extranjero, siendo reembolsado por la entidad aseguradora de los gastos correspondientes cuando se produce la contingencia prevista).

Algunos datos y opiniones de los profesionales de ASISA-LAVINIA: un estudio empírico

Características del estudio: metodología, representatividad

Se pretendió conocer las opiniones de tres colectivos relacionados directa o indirectamente con ASISA-LAVINIA sobre diversos aspectos de la organización interna de dicha institución. Los colectivos fueron los médicos cooperativistas (medicina general y especialistas), médicos cooperativistas que desempeñan cargos directivos dentro de la organización (delegados provinciales) y otros profesionales no vinculados a la institución (A.T.S).

Además de las variables independientes (12) fueron factores de especial interés en el estudio, detectados en entrevistas previas, los referidos a la exclusividad, la satisfacción en la remuneración, la participación y la identificación con la institución.

Para la recogida de dichas variables independientes y factores se diseñaron tres tipos de encuestas: para delegados provinciales de ASISA con 22 preguntas, tanto de carácter cerrado como abierto, para médicos (medicina general y especialistas), con 21 preguntas, tanto de carácter cerrado como abierto, para A.T.S con 19 preguntas, sobre todo de carácter cerrado. Dichas encuestas fueron enviadas por correo adjuntando carta de explicación de la investigación y sobre franqueado (13).

Como datos de la representatividad de los resultados del estudio pueden apuntarse:

-Número de pacientes tratados por los profesionales: Considerando el número de pacientes de ASISA que afirman atender mensualmente por término promedio los médicos encuestados, superarían los cinco mil asegurados.

-Antigüedad en la organización: Las tres cuartas partes de los encuestados (75%) se incorporaron a ASISA-LAVINIA -como cooperativistas o prestando sus servicios- desde hace seis años como mínimo, proporción que superaría el ochenta y seis por ciento si el intervalo de antigüedad se ampliara a cuatro años. Lo que manifiesta un conocimiento, por experiencia, de la institución sobre la que opinan.

-Ámbito de supervisión de los delegados: los delegados provinciales que contestaron el cuestionario tienen bajo su responsabilidad, considerando el número de médicos, ATS y administrativos de cada delegación, casi ocho mil médicos, más de mil ATS, y más de un centenar de administrativos.

(12) Son variables independientes para el trabajo de campo: sexo, edad, antigüedad en la organización, desempeño de un cargo fijo en la S.S, número de asegurados que atiende, número de médicos, A.T.S. y administrativos -para encuestas a delegados provinciales-.

(13) De los 443 cuestionarios enviados por correo respondieron 128, lo que significa un 28,9% del nivel de respuesta. La población sobre la cual se aplicó el cuestionario fue la siguiente: totalidad de los delegados provinciales de ASISA-LAVINIA, una muestra representativa diseñada estadísticamente, distinguiendo entre médicos generalistas y especialistas sobre la población de médicos de una determinada delegación provincial, y totalidad de los ATS de una determinada delegación provincial

A nivel general, algo más del noventa por ciento de los encuestados son hombres, y sólo el nueve por ciento restante son mujeres. Proporción normal si se considera la población estudiada. Respecto a la edad puede afirmarse que se han obtenido respuestas de todas las edades posibles.

En cualquier caso, conviene insistir en el sesgo que se incurre por el hecho de que los profesionales realizan su actividad en una misma provincia. Sin embargo, consideramos que el factor territorial no resulta determinante para muchas cuestiones. Es más, lo más probable, es que la problemática aquí planteada se repita en muchas delegaciones de esta institución.

Pasamos seguidamente a comentar las conclusiones más relevantes de estudio realizado.

La falta de exclusividad: una "organización residual" del profesional

Entendemos por exclusividad la dedicación completa del profesional a la organización, en nuestro caso ASISA. Este principio se vería vulnerado al menos por dos circunstancias. En primer lugar, el desempeño de un cargo en algún estamento de la instituciones sanitarias públicas que sitúa la actividad profesional prestada a la organización profesional como una optimización del "tiempo residual" de éste, generalmente, mediante una consulta privada. En un segundo término, por la prestación del mismo servicio a otras organizaciones profesionales, es decir, a las entidades competidoras.

Estas conclusiones se ven constatadas por el hecho de que más de un sesenta por ciento de los encuestados desarrolla algún cargo fijo en el ámbito de la Seguridad Social, si bien este porcentaje aumentaría -quizás a un setenta por ciento- si se prescindiera del grupo de médicos generalistas. En efecto, para dicho colectivo la proporción es la inversa, sólo un treinta por ciento manifiestan tener un cargo en dicha institución. Además, en un noventa y dos por ciento de los casos no existe la exclusividad de los profesionales a la compañía, es decir, también prestan el mismo servicio en otras compañías. Como datos significativos destacar que casi un cuarenta por ciento trabaja con dos compañías más -45 profesionales- y algo más de un dieciseis por ciento con cuatro o más -19 profesionales-.

Se solicitó opinión a los delegados provinciales sobre este comportamiento ofreciendo la posibilidad de justificar su posición. Las trece opiniones recogidas

ofrecen matices distintos, aunque la posición más generalizada es INDIFERENTE -siete delegados- o PERJUDICIAL -cinco delegados-. Entre otros aspectos se resalta la confusión que esto puede suponer para los asegurados al no percibir diferencias significativas de asegurarse en una entidad u otra. No obstante, existe una justificación objetiva por el hecho de que en determinadas poblaciones de pequeña dimensión es imposible la práctica exclusiva con una sola compañía.

El valor "subjetivo" del talón moderador como contraprestación de la actividad

La contraprestación percibida por el profesional en esta entidad es un talón cuyo valor fluctúa según la naturaleza del servicio. Nos interesa aproximarnos a la realidad del sistema contrastando el volumen de "clientes", y la satisfacción de la remuneración percibida por los profesionales.

Como ya se indicó, en términos absolutos, la estimación de asegurados atendidos por los profesionales que contestaron la encuesta superaría los cinco mil, correspondiendo más del sesenta y cinco por ciento a personas asistidas por especialistas. En cuanto a los A.T.S., el número de asegurados supera los cuatrocientos cincuenta. Casi un veintidos por ciento de los encuestados asiste a más de setenta asegurados de ASISA mensualmente -16,5% a más de noventa-. Mientras un treinta y dos por ciento asiste a menos de treinta. Un análisis por colectivos nos muestra como la frecuencia de asegurados es mayor por especialistas -más de un cuarenta y dos por ciento asisten a más de cincuenta asegurados-, y menor entre los médicos de medicina general -tres de cada cinco asisten entre diez y cincuenta asegurados- y entre los A.T.S. -cuatro de cada seis asisten entre diez y cincuenta asegurados.-.

En general el nivel de satisfacción de la remuneración es bajo. La media no llega a una valoración de tres (2,7) sobre siete. Un tercio de los encuestados (33%) lo considera MUY BAJO (uno en la escala sobre siete), mientras casi un cuarenta por ciento (38,3%) puntúa el nivel de satisfacción en cuatro o más sobre siete -BASTANTE SATISFACTORIO-, lo que puede considerarse como indicio de la diversidad de criterios entre los colectivos. Esta discrepancia en la percepción es muy significativa entre especialistas: el cuarenta y seis por ciento sitúa el nivel de satisfacción por encima de cuatro, mientras existe un treinta por

ciento que puntúa en el mínimo -uno sobre siete- el nivel de satisfacción. Una posible causa es el número de pacientes atendidos mensualmente. De alguna forma la remuneración se consideraría satisfactoria cuando el número de pacientes alcanza cierto número. Así, más de la mitad de los especialistas "bastante satisfechos" con la remuneración por acto profesional -con puntuación de cuatro o superior- tienen un número de pacientes mensuales superior a cincuenta. Sin embargo, este factor, con ser importante, no parece explicar la diversidad de grados de satisfacción. Casi la mitad de los especialistas que manifiestan un nivel de satisfacción mínimo -uno sobre siete- tienen un número de asegurados mensuales entre los treinta y uno y los cincuenta. Quizás, la variable "especialidades" podría ser otro factor explicativo de la dispersión, pero este dato no fue solicitado para salvaguardar la confidencialidad del estudio.

La valoración que hacen los delegados provinciales sobre la remuneración por acto profesional a los médicos y A. T. S. que prestan sus servicios en ASISA es, en general, positiva aspecto que obviamente contrasta con la percepción de muchos profesionales. Esta valoración es satisfactoria para todos los colectivos, pero ligeramente mejor para los médicos generalistas que para los especialistas y los A. T. S.

A estos datos conviene añadir que más de un sesenta por ciento de los delegados provinciales (61,7%), un cuarenta por ciento de los especialistas y de los generalistas -40,8% y 40,7% respectivamente- y un tercio de los A. T. S. opinan que no existe prácticamente nada que hagan otras compañías mejor que ASISA. Sin embargo, el resto del colectivo piensa que otras compañías remuneran mejor el acto profesional, sobre las otras tres opciones que se ofrecían (agilidad administrativa, cuota de entrada menor u otra a indicar). Casi la mitad de los médicos generalistas (48,1%), algo más de un tercio de los especialistas (34,2%) y la mitad de los A. T. S. opinan de esta forma.

Identificación con la organización

Casi el veintinueve por ciento (28,7%) de los encuestados considera a ASISA como "la mejor compañía de asistencia sanitaria", y más de la mitad (53%) que es "una de las mejores". Un análisis por colectivos muestra que si consideráramos sólo a los socios de LAVINIA -es decir, el colectivo de médicos- la proporción de personas que califica a ASISA como "la mejor" podría alcanzar

un tercio de la muestra (33%). De hecho ninguno de los doce cuestionarios obtenidos de los ATS considera a la compañía de esa forma. Como posición más crítica- "Hay compañías mejores en algunos aspectos" encontramos un dieciocho por ciento de los encuestados (18,3%).

Además, casi el ochenta por ciento (77,8%) de los médicos generalistas, sesenta por ciento de los especialistas (57,9%) y la totalidad de los A.T.S. no realizaron ninguna manifestación al respecto -todos indicaron que NO aportaba nada diferente a otras compañías-, mientras que casi todos los delegados insistieron más en las razones de tipo "ventajas del cooperativismo".

Esta última opinión, contrasta con el hecho de que prácticamente la mitad de los delegados provinciales -seis de los trece- indicaron que los médicos no reciben ningún tipo de formación cooperativa al ingresar como socios. De los siete restantes, cinco respondieron afirmativamente y dos "a veces". Conviene destacar el papel de adoctrinamiento que tiene este tipo de formación. De las respuestas afirmativas, cuando se les indicó la especificación del tiempo, ponentes y temario en general, en ningún caso el curso impartido en el ingreso superó las *dos horas* (3 delegaciones), en algún caso sólo consistía en repartirle libros, o 30 minutos de exposición,... En resumen la formación cooperativa no supone prácticamente ningún "adoctrinamiento" para el profesional.

La participación

Conviene indicar que a pesar de que los profesionales resaltan la participación como uno de los factores peculiares de la forma jurídica cooperativa (14) y de catalogar la institución como una manifestación del cooperativismo (15), por tanto, se reconocen, de alguna forma, copartícipes en el destino de la misma,

(14) Más de un sesenta por ciento (60,9%) de los encuestados identifican la cooperativa con la PARTICIPACION, y algo más de un dieciseis por ciento (16,4%) con la SOLIDARIDAD. por colectivos destacar que casi el setenta por ciento de los delegados provinciales la identifican con la SOLIDARIDAD, y algo más de un dieciocho por ciento (18,4%) de los especialistas indican que NO LO SABEN.

(15) Se les ofreció la posibilidad de definir ASISA de cuatro formas: como iguala, como compañía, como sociedad anónima o como manifestación del cooperativismo. Pues bien la mitad de los encuestados (sólo médicos en este caso) coinciden en que es una MANIFESTACION DEL COOPERATIVISMO, mientras que un cuarenta por ciento (41,2%) lo califican como COMPAÑIA.

aunque el nivel de participación "real" detectado a través del cuestionario no se corresponde con dicha afirmación.

Por un lado, los delegados provinciales califican el nivel de participación en la gestión de los socios de LAVINIA como bajo. La media es de 3,3 sobre una escala de siete. Así nueve de los trece delegados provinciales le asignan una puntuación igual o inferior a tres sobre siete. Las principales causas, que a juicio de los delegados, provocan este bajo nivel de participación son fundamentalmente dos: desconocimiento de la filosofía cooperativista y falta de interés, desidia y comodidad por parte de los médicos. Este comportamiento se constata en la delegación investigada dado que más del sesenta por ciento (61,2%) de los médicos nunca asistieron a una junta provincial anual de la sociedad.

Sin embargo este posible desinterés contrasta con un cierto potencial de implicación en tareas directivas. Se les planteó al colectivo de socios de LAVINIA la posible aceptación o rechazo si fueran elegidos como miembros de la Comisión Delegada, bajo las circunstancias actuales. Más de la mitad aceptarían (51,4), si bien un tercio del colectivo total lo haría "con reservas y condiciones".

A modo de conclusión: cuatro reflexiones sobre aspectos críticos en la eficacia de la organización profesional

Parfraseando a MINTZBERG (1.983) "aprendemos cómo vuelan los pájaros estudiándolos uno a uno, y no observando bandadas enteras en pantallas de radar". Esta perspectiva nos ha llevado a formular algunos principios de degeneración de la organización profesional inspirándonos en el trabajo de campo realizado sobre una organización muy concreta, pero generalizables, en muchos casos, al resto de organizaciones de carácter profesional.

1. La identificación con la organización es esencial para adquirir una posición competitiva consolidada

La organización profesional no podrá sobrevivir -a no ser que actúe en situación monopolística- sin dar prioridad no sólo a la excelencia profesional de sus miembros, sino al nivel de identificación institucional. La excelencia profesional potencia la individualidad y la reticencia a asumir costes de

coordinación, mientras que la identificación puede permitir el trabajo en equipo y la coordinación. Es urgente asumir este principio implantándolo de forma inmediata a las nuevas incorporaciones a la organización. La “deserción institucional” del profesional se convierte en una falta de calidad de servicio al cliente acentuada por la discrecionalidad implícita de la tarea sobre la cual no puede actuar la institución. Además podría fomentarse el fenómeno “catapulta”, es decir, la utilización de la organización para la consolidación de la actividad profesional independiente dado que, por ejemplo en la asistencia médica, el paciente es fiel al médico más que a la compañía.

2. Dos filosofías de la participación: preservar el cumplimiento de los objetivos individuales versus conseguir los objetivos institucionales

El carácter democrático de la organización profesional puede utilizarse en dos sentidos. Desde una cultura *Dionisos*, la organización permite el cumplimiento de los objetivos individuales luego se participa cuando estos no pueden cumplirse, si estos se cumplen de manera más o menos aceptable,...¿para qué participar?. Es decir, si la organización permite cumplir los objetivos individuales a corto plazo -aunque los institucionales no se cumplan- la participación es una mera posibilidad que el profesional supedita, en definitiva, por falta de interés en la organización. Esta es una posible explicación del comportamiento de la organización estudiada. Desde otro enfoque cultural, la participación constituye un instrumento esencial, no ocasional, para el logro de los objetivos institucionales, que a su vez, permite el logro de los objetivos personales, por tanto con una preocupación no sólo en el corto plazo, sino en el medio y largo plazo. Esta perspectiva de la participación sólo se consigue si existe una alta identificación del individuo con la organización.

3. La discrecionalidad como el instrumento de poder profesional: la necesidad de un código ético y control de calidad en la organización profesional

El tiempo y la calidad de tratamiento del paciente, alumno, cliente, ciudadano,...es una facultad del profesional que dosifica, en cierta medida, según la percepción valorativa de la remuneración percibida por cada servicio. Esta discrecionalidad puede provocar distorsiones significativas en la prestación de servicios por

organizaciones profesionales que se encuentren muy descentralizadas. La articulación de un código ético -ética de mínimos- asumido expresamente por el profesional que se incorpora a una organización de estas características y un control de la calidad de los servicios prestados aparecen como condiciones necesarias -no suficientes- para la mejora de estas instituciones.

4. Dos alternativas de cambio en la organización profesional: la incorporación de nuevos profesionales "adoctrinados" y la valoración institucional de profesionales integrados

Intentar controlar una actividad que, por naturaleza, es de difícil control es una tarea que tendrán que acometer ineludiblemente los directivos de las organizaciones profesionales. Sin embargo, las tareas "preventivas" adquieren mayor importancia que las "curativas". En este sentido conviene "renovar" la organización aprovechando aquellos núcleos "sanos" -incentivando los comportamientos arquetípicos más que penalizando conductas- y prestando especial atención a los profesionales que se van incorporando, bien por el crecimiento de la organización, bien por el abandono de profesionales que hacen expresa la falta de identificación con los objetivos institucionales.

Bibliografía

- ALMARCHA, A. (1.983), "Poder y participación en el sistema de enseñanza superior. Informe sobre el profesorado de la Complutense". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.24: pp. 185-198.
- BLAU, P.M., (1.968), "The Hierarchy of Authority in Organizations", *American Journal of Sociology*, pp.453-65.
- CAMPOS, J. y MIGUEL, J. (1.981), "Sociólogos de bata blanca y médicos con barba: relaciones entre las ciencias sociales y la medicina en España". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.15: 133-141.
- DOMINGUEZ-ALLON, C. (1.979), "Para una sociología de la profesión de enfermería en España". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* núm.8: pp. 103-129.
- ETZIONI, A. (1.959), "Authority Structure and Organizational Effectiveness", *Administrative Science Quarterly*, pp.43-67.
- GOSSELIN, R., (1.978), *A Study of the Interdependence of Medical Specialist in Quebec Teaching Hospitals*, Tesis Doctoral, McGill University.

- GUILLÉN MAURO, F. (1.979), "Pirámides sanitarias: análisis de la estructura y dinámica del personal hospitalario español". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.39 pp. 63-75.
- GUILLÉN MAURO, F. (1.987), "Procesos de cambio en la estructura ocupativa del sector sanitario español". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.37 pp. 119-162.
- GUILLÉN MAURO, F. (1.988), "El personal del sistema nacional de salud: ¿Una refutación de la jaula de hierro de la burocracia?". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.44 pp. 113-142.
- MIGUEL RODRÍGUEZ, J.M. (1.982), "Para un análisis sociológico de la profesión médica". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.20 pp. 101-120.
- MINTZBERG, H. (1.983), *La estructuración de las organizaciones*, Editorial Ariel, Barcelona.
- MINTZBERG, H. (1.989), *Mintzberg y la dirección*, Madrid, Diaz de Santos.
- PERROW, C. (1.965), "Hospitals: Technology, Structure and Goals", en J.G.MARCH, *Handbook of Organizations*, Rand McNally.
- RODRÍGUEZ, J.A. (1.981), "El poder médico desde la sociología". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.14 pp. 95-112.
- RODRÍGUEZ, J.A. (1.987), "Estructura de la profesión médica española". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm.39 pp. 141-166.