



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA**

**MANAGEMENT CULTURAL ORGANIZAȚIONAL ÎN SERVICIILE DE
SĂNĂTATE**

**SUPORT DE CURS PENTRU PROGRAMUL UNIVERSITAR DE MASTER
MANAGEMENT EDUCAȚIONAL SANITAR**

Prof.univ.dr. Ramona Amina POPOVICI

Conexiunea tipuri culturale și politici publice

Relevarea etiologiilor economico-sociale, culturale și psihologice ale unor boli, a coroborării factorilor patogeni de diferite naturi în instalarea stărilor patologice a deplasat accentul de pe responsabilitatea individuală pe aceea socială, în ceea ce privește păstrarea sănătății și evitarea patogeniei. Aceasta este armătura de concepte care susține politicile de sănătate ale statelor democratice moderne. În cadrul acestor politici, un loc central revine promovării sănătății, atât ca *stare efectivă* de bine a cât mai multor membri ai societății, cât și ca *valoare* ce trebuie păstrată, sau pentru redobândirea căreia sunt justificate cele mai mari eforturi individuale și sociale.

Modelul medical al sănătății are următoarele repere importante:

- Sănătatea ca un drept;
- Asistența medicală ca un drept;
- Sănătatea ca un bun de consum;
- Sănătatea ca o investiție.

Sănătatea în noul concept presupune următoarele dimensiuni:

- Sănătatea emoțională
- Sănătatea intelectuală
- Sănătatea fizică
- Sănătatea socială
- Sănătatea spirituală

Sănătatea emoțională pune accentul pe conștientizarea și acceptarea sentimentelor (trăirilor) persoanei. Ea include măsura în care cineva are o atitudine pozitivă și entuziastă în raport cu propria persoană și cu viața în general. Include capacitatea unei persoane de a-și coordona sentimentele și comportamentele corelate cu acestea, inclusiv evaluarea (aprecierea) într-o manieră realistă a limitelor persoanei respective, dezvoltarea spiritului de autonomie și priceperea de a face față stresului în mod eficient. Persoana sănătoasă din punct de vedere emoțional menține relații satisfăcătoare cu alții.

Sănătatea intelectuală încurajează activitățile creative, care stimulează activitatea mintală. O persoană sănătoasă din punct de vedere intelectual folosește resursele disponibile pentru a-și lărgi

sfera cunoștințelor și utilizează activitățile intelectuale și culturale împreună cu resursele umane disponibile în cadrul comunității căreia îi aparține.

Sănătatea fizică se referă la starea organismului și la răspunsurile acestuia în fața agresiunilor și a bolii. Exercițiile fizice adecvate, un efort cât și un repaus echilibrat, menținerea unei greutate normale și alegerea inteligentă a mâncărilor, evitarea abuzurilor alimentare, ne ajută să ne menținem starea de sănătate a organismului. La acestea se adaugă adoptarea anumitor conduite precum evitarea fumatului sau a consumului de alcool.

Sănătatea socială încurajează participarea la ambientul uman și fizic al unei persoane pentru bunăstarea generală a comunității din care aceasta face parte și pune accent pe interdependența cu alții și cu natura și include, de asemenea, urmărirea realizării armoniei în familie și în relațiile sociale. Împlinirea nevoilor umane pentru dragoste, intimitate, de apartenență constituie un factor important în realizarea sănătății sociale. Persoanele care sunt private de aceste nevoi pot dezvolta comportamente care pot afecta starea lor de sănătate și de bună dispoziție, intrând astfel în sfera patologiei sociale.

Sănătatea spirituală presupune căutarea sensului și scopului existenței umane. Ea include dezvoltarea unei aprecieri profunde asupra vieții, naturii și universului și presupune existența unui puternic sistem de valori la fiecare persoană. Diverse studii au arătat o asociere între apartenența religioasă și rate scăzute ale morbidității prin boli cronice și ale mortalității. Unii oameni atribuie aceste efecte regulilor religioase, afirmând că religia descurajează conduitele ce pot conduce la probleme severe de sănătate. Alte persoane afirmă că apartenența religioasă poate influența în mod direct starea de sănătate și buna dispoziție în general.

Credința stă dincolo de limitele minții omenești și implică o **încredere totală** a credinciosului în cele ce crede: „ferice de cei ce n-au văzut și au crezut”(Ioan 20:29); „Și credința este o încredere neclintită în lucrurile nădăjduite, o puternică încredințare despre lucrurile care nu se văd....prin credință pricepem că lumea a fost făcută prin Cuvântul lui Dumnezeu, așa că tot ce se vede n-a fost făcut din lucruri care se văd”(Evrei 11:1). - Un om care nu are credință în Dumnezeu trăiește fără să știe ce trăiește, nu știe ce ar trebui să știe, iar uneori nici nu știe ce știe.

Conceptul de inteligență multiplă, din perspectivă managerială, propune următoarele componente, care pornește de la conceptul de sănătate complexă:

Inteligența emoțională înseamnă cunoașterea și gestionarea trăsăturilor lăuntrice și cuprinde patru categorii de competențe: **autocunoașterea, stăpânirea de sine, conștiința socială și gestionarea realității.**

Inteligența socială este o dimensiune a competențelor orientate către exterior și cuprinde: simțul situației, prezența, atitudinea, claritatea și empatia, reflectă deci abilitatea de a interacționa cu semenii.

Inteligența practică reprezintă abilitatea mintală de a aborda provocările și oportunitățile vieții. Ceea ce se consideră a fi inteligența practică, bunul simț, sau înțelepciunea, depinde de context este situațional. O persoană poate fi înțeleaptă în arta afacerilor, dar deloc înțeleaptă în relațiile pe care le întreține. Karl Albrecht consideră că inteligența practică, trebuie privită dintr-un punct de vedere mai larg, ea încorporând o gamă largă de procese mentale, aptitudini și obișnuințe.

Inteligența cognitivă reflectă capacitățile de ordin intelectual analitic și rațional, cuprinde opt categorii de competențe: **raționament numeric, verbal, simbolic, logic, lateral și simultan, agilitate mentală, concentrare, memorie.**

Inteligența spirituală este cea care ne ajută să înțelegem adevărul din fiecare situație, să înțelegem de ce lucrurile sunt cum sunt, să ne conștientizăm scopul, să ne vedem experiența și oportunitățile vieții așa cum au ele loc și pe măsură ce se întâmplă.

Inteligența multiplă poate fi sintetic exprimată prin: coeficientul inteligenței emoționale, coeficientul inteligenței sociale, coeficientul inteligenței practice, coeficientul inteligenței cognitive și coeficientul inteligenței spirituale (bailesteanu liderul).

IQ (Intelligence Quotient) se referă în primul rând la capacitatea de învățare și dezvoltare mentală și s-a dovedit că este în strânsă corelație cu starea de sănătate a individului.

Câțiva dintre factorii critici care influențează astăzi sănătatea sunt:

- creșterea inegalităților între țări și în cadrul aceleiași țări;
- apariția de noi modele de consum și comunicare;
- globalizarea comerțului;
- modificări ale mediului.
- urbanizarea.

Globalizarea deschide noi oportunități pentru cooperare în vederea îmbunătățirii sănătății și reducerii riscurilor transfrontaliere, ele cuprind:

- intensificarea informării și dezvoltarea tehnologiilor de comunicație

- îmbunătățirea mecanismelor de guvernare globale și de schimb de experiență.

Responsabilitatea cea mai mare în privința sănătății revine indivizilor, care trebuie să evite comportamentele riscante pentru sănătate dacă vor să și-o păstreze. Din aceste premise decurge că profesioniștii și guvernanții au doar responsabilitatea de a informa corect și complet populația asupra factorilor de risc. Potrivit modelului descriptiv elaborat de Fons Trompenaars și Charles Hampden-Turner, acest tip de abordare corespunde coordonatelor culturale proprii unor societăți *universaliste* (axate pe ideea că regulile generale, obținute prin inducție științifică, sunt valabile pentru toate cazurile particulare) și *individualiste* (potrivit cărora fiecare membru al societății trebuie să-și poarte singur de grijă).

Conform abordării socio-ambientale, condițiile social-economice și culturale, pe de o parte, și factorii ambientali, pe de altă parte, constituie un cadru dat, de natură să restrângă posibilitățile de alegere și/sau intervenție ale individului. Din acest motiv, *responsabilitatea individuală pentru sănătate apare diminuată, pe când cea a societății și a aleșilor ei politici crește, ca agenți ai tuturor instituirilor și schimbărilor la nivel economic, legislativ și cultural, de natură să influențeze în bine sau în rău starea de sănătate*. Abordarea socio-ambientală revelează reperele unor culturi *particulariste* (care pornesc de la premisa că realitatea nu poate fi încorsetată în reguli generale, deci fiecare conjunctură trebuie analizată și soluționată potrivit specificului său) și *colectiviste* (dispușe să împartă responsabilitățile între membrii societății în funcție de competențe și să absoarbă problemele individului între preocupările colectivității).

În practică, însă, cultura nici unei țări nu este *integral* individualistă sau colectivistă, particularistă sau universalistă; aceste trăsături caracterizează, statistic, într-o proporție mai mică sau mai mare, tendințele predominante la nivelul unor segmente diverse ale populației dintr-o țară sau alta, indicii de țară fiind, de fapt, valori medii obținute prin calcul matematic, care nu reflectă o realitate omogenă de pe teren.

În raportul final al proiectului „Evolving Values in Europe” (1995), efectuată la mijlocul deceniului trecut după metodologia unui alt sociolog olandez, Hofstede, România apare printre țările din grupul european nr. 2, alături de Bulgaria, Rusia și țările din fosta Yugoslavia, ale căror culturi pot fi descrise ca predominant *colectiviste* (având un indice redus de individualism și un indice de masculinitate redus spre mediu, „ceea ce indică o atitudine de grijă, de protecție”. Cu toate acestea, atitudinea colectivistă nu este omogenă în toate categoriile de vârstă (adulții tineri tind să fie mai individualiști decât copiii sau bătrânii) sau pe sexe (bărbații sunt mai individualiști decât femeile). În

plus, ponderea tendințelor culturale proprii acestor grupuri de populație este relativă, fluctuând odată cu indicii demografici.

Determinarea caracterului universalist sau particularist al culturii pe baza indicatorilor propuși de Hofstede nu se poate face de la sine. Cei patru indicatori măsurați prin metoda cercetătorului olandez sunt: distanța individului față de putere (DI), evitarea incertitudinii (EI), individualismul (IND) și masculinitatea (MAS). Potrivit comentariului publicat de coordonatorul cercetării EVE pentru România, Dr. Nicolae A. Bibu, pe baza acestor indici „*putem face atât conotații psihologice, cât și sociologice referitoare la:*

- *DI: dependență, stratificare socială, inegalitate*
- *EI: neliniște, agresiune, stres, precum și necesitatea pentru structură și formalizare*
- *IND: relațiile dintre persoane individuale, instituții și societate*
- *MAS: insistență, identitate sexuală și diferențierea rolului social pe baza sexului.*

Deoarece nu avem cunoștință ca, până la zi, să se fi realizat și publicat studii bazate pe modelul Trompenaars-Turner pentru definirea tipologică a culturii românești actuale, încercăm să operăm cu datele modelului Hofstede și credăm în continuare concluziile autorului citat:

*„Rezultatele obținute pentru **România** confirmă parțial ipotezele lui Hofstede. Astfel, distanța puterii DI este foarte mare, ceea ce indică dorința de precum și acceptarea autorității și a liderilor, evitarea incertitudinii este mare ceea ce indică angoasa față de viitor și dorința de a reduce nesiguranța provocată de incertitudinea asociată viitorului, individualismul este redus, ceea ce indică o nevoie mare pentru apartenență la grup, indicele de masculinitate redus spre mediu, ceea ce indică o atitudine de grijă, de protecție”.*

Este, așadar, cultura românească actuală predominant universalistă, sau particularistă? Acceptarea autorității și a liderilor și dorința de a reduce nesiguranța provocată de incertitudinea asupra viitorului i-ar recomanda pe români ca o națiune pentru care „unde-i lege nu-i tocmeală”, așadar înclinată spre universalism, spre stabilirea și respectarea regulilor generale. Doar că o asemenea concluzie vine în contradicție cu evidența, cel puțin cu aceea din ultimii cincisprezece ani, dacă nu și din alte perioade trecute, în care România nu a fost guvernată autoritarist. Des reclamata mentalitate a lui „las’ că merge și-așa” e caracteristică, mai curând, unei culturi particulariste, care a contrabalansat și subminat, ca discurs „underground”, retorica universalistă din anii comunismului și

care se manifestă în continuare sub diferite forme, nu fără a crea probleme în implementarea legislației europene, elaborată tocmai ca expresie a universalismului francez și german. *Particularismul* cunoaște, în România, variate modalități și registre de discurs, mergând de la intenția, formulată la începutul anilor 1990, de a construi o „democrație originală”, până la puzderia de buticuri deschise ca primă formă de manifestare a liberei inițiative comerciale, după Decembrie 1989, care persistă până astăzi. Mai recenta observație a unor oameni politici, în perioada alegerilor de la sfârșitul anului 2004, cum că „există două Românii”, nu face decât să atragă atenția asupra aceleiași dedublări: o Românie modestă economic, colectivistă și, prin forța împrejurărilor, particularistă, nevoită să se plieze circumstanțelor spre a găsi expediente, față în față cu o Românie individualistă, cu o bază și o cultură economice suficient de bine asigurate ca să nu vadă în aderarea la UE o sursă de risc și, în consecință, dispusă să-și asume universalismul european. Desigur, o asemenea împărțire pe „tabere” este grosieră, deci din capul locului amendabilă și, în orice caz, trebuie epurată de nuanțe politicianiste pentru a putea fi pusă la contribuție într-un studiu precum cel de față. Încercând să ne asumăm această sarcină, căutăm sensul în care informații de felul celor de mai sus pot fi utile reflecției asupra politicii de promovare a sănătății din România.

Un prim aspect de menționat ar fi faptul că succesul oricărei politici publice trebuie construit pornind de la cunoașterea efectivă a mediului în care ea se cere implementată. *Orice politică publică se adresează preponderent câtorva segmente de public dintr-o plajă extrem de largă și diversă.* Sarcina de a furniza date concrete în acest scop revine recent înființatului Institut pentru Politici Publice, ai cărui cercetători vor putea fi angajați în anchete sociologice de natură să reflecte, pe viitor, aspecte mai consistente despre gândurile și modalitățile de acțiune ale românilor decât oferă, până acum, sondajele comandate de partidele politice. Pe baza lor se vor putea elabora politici eficiente, ale căror obiective și mijloace să fie adecvate categoriilor-țintă de beneficiari (latura particularistă), fără a ignora principiile fundamentale ale Constituției și legislația (latura universalistă).

În ceea ce privește **politica de sănătate**, e firesc ca ea să se adreseze, virtual, întregii populații, toți cetățenii fiind beneficiarii ei. Doar că indivizii ce constituie populația sunt diferențiați ca statut și rol social, ca urmare modalitățile de aplicare a politicii de sănătate vor trebui să difere, în funcție de acești parametri. Similar, vârsta, concepțiile despre viață și prioritățile personale îi diferențiază pe membrii societății, astfel încât conținutul informațional al programelor de educație pentru sănătate și tehnicile motivaționale abordate nu vor putea fi aceleași pentru fiecare grup-țintă.

Pe scurt, credem că poate exista, în politicile de sănătate și educație pentru sănătate, un ansamblu de *principii generale unitare, care să fie implementate autoritar în spiritul legalității și în beneficiul cetățeanului*, dar acest lucru nu trebuie să conducă practica din rețeaua de sănătate spre o birocrație rigidă, ai cărei funcționari să se preocupe în primul rând de a-și „acoperi” cu dări de seamă, facturi și chitanțe fiecare gest. Practicile care decurg din principiile de bază, însă, pot fi particularizate, deoarece remediul cel mai eficient la o situație de criză este acela care asigură instaurarea echilibrului pe cât mai mult paliere cu puțință ale sistemului în care s-a instalat criza.

Un al doilea aspect se referă la distincția dintre obiective și mijloace. Obiective precum respectarea dreptului la sănătate al fiecărui cetățean sau respectarea legislației economice în gestiunea fondurilor pentru sănătate țin de setul de principii generale și în legătură cu conformarea față de aceste principii e nevoie să se promoveze o politică universalistă. Pe de altă parte, însă, există o diferențiere individuală a simptomelor și evoluției bolilor, a cunoașterii factorilor de risc și a raportării la aceștia, a atitudinilor și a metodelor de influențare a oamenilor (factori de decizie sau simpli pacienți), care solicită metode diferențiate de abordare. Însăși legislația este formulată cu prevederea de măsuri specifice, destinate rezolvării unor cazuri particulare, nu prescrie o unică „rețetă” general valabilă pe care toți cetățenii și toate instituțiile să fie obligați a o aplica în toate împrejurările. În fapt, în democrațiile moderne, concepția despre norme este una elastică, de natură să pună în valoare complementaritatea dintre principiile universale și cazurile particulare, unitatea lor dialectică în acțiunea practică a indivizilor și societăților.

BIBLIOGRAFIE

1. Ali M, Brookson S, Bruce A, Eaton J, Heller R, Johnson R, Langdon K, Sleight S, *Managing for excellence*, Dorling Kindersley Limited, 2015
2. Armstrong M, *How to manage people*, Audible Ltd, 2010
3. Bibu Nicolae., Mariana Predișcan, Diana Sala, *Managementul organizațiilor*, Editura Mirton, 2008
4. Bibu, N. *Management Comparat. Abordarea interculturală, o abordare modernă*, Editura Mirton, Timișoara, 2003
5. Bibu, N., Brândaș, C., *Managementul prin proiecte*, Editura Mirton, Timișoara, 2000
6. Burduș Eugen, Ion Popa, *Metodologii manageriale*, Editura Pre Universitaria, 2014
7. Burduș Eugen, Ion Popa *Reproiectarea managementului organizației* , Editura Pro Universitaria, 2016
8. Vladescu Cristian, *Politici de sănătate publică*, Bucuresti, Ed. Cartea Universitara, 2005