

Bases para la Gestión de Hospitales y Centros de Salud

Santiago Gerardo Spadafora

Abril de 2018

Índice

1. Introducción.....	3
2. Funciones, roles y estilos de management	15
2.1 Funciones del management e instrumentos para su desarrollo	15
2.2 Roles del management y competencias para desarrollarlos.....	19
2.3 Los estilos del management y la consideración del otro.....	22
3. La evolución de la administración	24
3.1 Antecedentes.....	24
3.2 Era clásica. Escuela clásica	29
3.3 Era conductual y humanización del trabajo. Escuela neoclásica o conductista	34
3.4 Era Contemporánea. Administración estratégica basada en resultados.....	37
4. Características de la gestión estratégica basada en resultados	39
4.1 Pensamiento sistémico	39
4.2 Enfoque de contingencia	41
4.3 Incorporación de nuevos roles.....	42
4.4 Administración por objetivos o gestión por resultados.....	43
4.5 Nuevo enfoque de la calidad	44
4.6 Excelencia organizacional como cultura de la organización	49
4.7 Gestión del tiempo.....	50
4.8 Gestión del cambio	51
4.9 Gestión de la complejidad	52
4.10 Gestión del conocimiento.....	54
4.11 Producción y pensamiento Lean	55
4.12 Dirección por valores	57
4.13 Gestión del desempeño ambiental.....	59
4.14 Revolución digital	60
4.15 La gerencia social.....	63
5. Bases instrumentales para la gestión en el campo de la salud	64
5.1 Gestión de recursos, procesos y resultados	64
5.2 Macrovariables comprendidas en los recursos, procesos y resultados	67
5.2.1 Macro variables comprendidas en la corriente de entrada (input)	68
5.2.2 Macro variables comprendidas en los procesos	70
5.2.3 Macro variables comprendidas en la corriente de salida.....	72
5.3 Las preguntas de la gestión	76
6. Particularidades del gerenciamiento en salud	78
6.1 Características del gerenciamiento en las organizaciones del sector salud	78
6.2 El trípode básico de la gestión de la salud	82
7. Desafíos del gerenciamiento en salud	84
8. Conclusiones.....	88
9. Bibliografía.....	90

1. Introducción

La gestión de hospitales y centros de salud que presentamos, es una **gestión estratégica basada en resultados**. En que se cumpla la **misión**; lo cual significa **que se alcancen los resultados esperados**. Resultados, todos, que **pueden, y deben ser medidos**. Aún aquellos que parecieran más intangibles, o difíciles de medir. Como pudiera pensarse, por ejemplo, del **“cuidado humanizado, centrado en el paciente”**, que debiera representar uno de los resultados esperados de todos los servicios de salud. En este caso, como en tantos otros, es totalmente factible, a través de encuestas realizadas a los pacientes, poseer mediciones cuantitativas estandarizadas, precisas, acerca de cuál es la actitud de quienes brindan los cuidados de la salud. Preguntando, entre otras cosas, acerca de la habilidad y actitud para escuchar, por parte del personal. Pueden aplicarse, también, técnicas cualitativas de observación, para analizar si los encuentros paciente-proveedor de cuidados son humanizados y centrados en la persona del paciente. Finalmente, pueden analizarse y evaluarse, perfectamente, las políticas y los programas que hubieran impulsado los máximos niveles de conducción de cualquier organización proveedora de servicios de salud, en pos de **“cuidados humanizados, centrados en el paciente”**. Así como la cultura organizacional que, al respecto, en ella existe. En toda la obra, toda vez que se haga referencia a **“gestión”**, yace implícito los conceptos de **“basada en resultados”** y **“comprometida con la misión”**. Obviamente **no se deben confundir los medios con los fines**. Las herramientas, en este caso los instrumentos para medir, son solamente medios orientados hacia los fines. Lo que se trata de enfatizar es que no basta para decir hacia dónde se quiere ir (meta). Hace falta saber que se está en el camino correcto. Y para ello hace falta una brújula, un mapa, un “navegador” (sistema de posicionamiento global GPS). Todas herramientas que sólo tienen sentido, **si se tiene una meta: la misión**.

Gestionar

Gestionar significa **hacer que las cosas sucedan**. Por lo tanto, la responsabilidad de todo aquel que gestiona, sea un equipo de trabajo, un programa, un servicio, un centro de salud, un hospital o una red de servicios de salud, es hacer que las cosas sucedan. Pero ¿qué es lo que debe suceder? Lo que debe suceder es **la misión encomendada**; que se cumpla la misión por la cual existen dichos equipos de trabajo, programas, servicios, centros de salud, hospitales y redes de servicio. Toda persona que gestiona, en cualquiera de los tres niveles de una organización proveedora de servicios de salud, sea en el máximo nivel de conducción (directivo), como en el nivel intermedio (gerencial o de jefaturas de servicio), o en el nivel de las conducciones operativas, **recibe recursos (estructura), para realizar actividades (procesos) y obtener resultados**. Resultados que debieran ser los previstos en la **misión** de la organización. Queda claro entonces que no es posible gestionar un servicio de salud sin saber concretamente qué se espera como resultado de dicho servicio; esto es, **sin conocer acabadamente su misión (qué se espera de ella), y comprometerse con ella**.

Organizaciones sociales productivas y niveles de gestión

Los administradores cumplen su trabajo en organizaciones sociales, definidas como agrupaciones humanas, de dos o más personas que trabajan juntas de forma estructurada (con relaciones de interacción e interdependencia), creadas deliberadamente para alcanzar determinados objetivos y metas. En el caso de las organizaciones sociales productivas, el objetivo **es transformar recursos en productos, sean bienes o servicios**. Agrupaciones humanas donde los esfuerzos coordinados hacia la búsqueda de objetivos compartidos se entrelazan con tramas de relaciones (poder, influencias de grupos) y cambios del contexto, que dan como resultado una realidad compleja y controvertida donde precisamente no reinan las armonías, los equilibrios o las certezas.

Como en toda organización productiva, en las organizaciones de salud, si se vincula la propiedad de la organización y el trabajo que realiza, se reconocen **tres niveles estructurales y funcionales**:

1. El **nivel de propiedad**, que puede ser **estatal** (Nacional, Provincial o Municipal) o **privado**. En el sector Estatal, los niveles de propiedad están representados por el gobernador y los ministros de las provincias, los intendentes y sus secretarios, junto sus equipos de gobierno. La propiedad estatal, de todos los ciudadanos, es delegada a través del voto, a un equipo de gobierno. El nivel de propiedad es **el responsable de definir la misión** de la organización, esto es qué es lo que debe producir, así como de **conseguir el financiamiento**. Es también responsable de la **planificación estratégica, la evaluación y el control** global del sistema. En el nivel de propiedad se desarrolla la **macrogestión**.
2. El **nivel operativo**, conformado por todos los trabajadores, cuya **responsabilidad es la de producir los bienes (organizaciones industriales) y servicios (organizaciones de servicios, como los de salud) definidos en la misión**. En el nivel operativo se lleva a cabo la **microgestión**.
3. El **nivel de las conducciones o gerencias, responsable**, a través de la administración, **de que el nivel operativo (los trabajadores) cumpla con la misión establecida por el nivel de propiedad** (los propietarios o los representantes de estos). En el nivel gerencial, se desarrolla la **mesogestión**. Este nivel, de acuerdo a las dimensiones de la organización productiva, tiene a su vez, tres niveles:
 - a) Máximo nivel de conducción (Directores; Chief Executive Officer -CEO-);
 - b) Nivel intermedio de conducción (Gerentes);
 - c) Nivel de las conducciones operativas (Equipos de trabajo).

En consecuencia, en los sistemas de salud, tradicionalmente, se reconocen, **tres niveles de gestión**:

- 1) La **macrogestión**, que se desarrolla en el **nivel de propiedad**, esto es, de las conducciones estratégicas y políticas del sistema de salud, responsables esencialmente de la regulación, el financiamiento, la coordinación y el control de

las redes de servicios de cuidado de la salud: ministerios y secretarías de salud de los sistemas y servicios de salud de propiedad estatal; gestores de las redes privadas de servicios de cuidado de la salud

- 2) La **microgestión**, que se desarrolla en el **nivel operativo**, en la relación del equipo de salud con el paciente;
- 3) La **mesogestión**, objeto de esta formación, que se desarrolla en el **nivel de las conducciones o gerencias** de las organizaciones que proveen servicios de salud. A su vez, la mesogestión, en organizaciones proveedoras de servicios de salud de cierta envergadura, se lleva a cabo por medio de tres niveles de conducción:
 - a) **Máximo nivel de conducción o directores: director ejecutivo, director médico, director de enfermería, director administrativo.**
 - b) **Niveles intermedios de conducción o jefaturas de departamentos / servicios / salas;**
 - c) **Niveles operativos de conducción o responsables de equipos de trabajo.**

De aquí en adelante nos referiremos esencialmente a la mesogestión.

¿Gerenciamiento, management, gestión y administración, son diferentes?

Existe una cierta controversia en la utilización de los términos **administración** (administration) y **gestión o gerenciamiento** (management). En los Estados Unidos, donde existe una antigua tradición en actividades descentralizadas, ambos conceptos se utilizan de forma indistinta. De hecho, las principales y más difundidas formaciones de posgrado en management se denominan Master in Business Administration (MBA). En cambio, en Inglaterra y Francia la palabra management se emplea más en el área privada y “administration” se utiliza en general en el ámbito de la administración pública. También existe en Europa en general, y en Francia e Inglaterra en particular, una **diferencia jerárquica entre management y la administración**. El management es más una **profesión** (mayor jerarquía), y la administración es más un **trabajo** (menor jerarquía). Los administradores, que están un escalón más abajo que los managers, se ocupan solamente de **actividades transaccionales burocráticas**. Los managers, además de las actividades transaccionales, se ocupan de **actividades transformacionales**. Esto es, que **impulsan y producen cambios**. La visión europea podría sintetizarse en el siguiente esquema:

- 1) Tanto el board (representación del nivel de propiedad), como las conducciones del máximo nivel, e intermedio, deben poseer esencialmente **competencias de liderazgo y management**;
- 2) Las conducciones del nivel operativo, deben poseer, esencialmente, **competencias administrativas**.

En numerosos países de América Latina, los términos gestión y administración han sido usados indistintamente, aunque algunos autores tienden a diferenciarlos

progresivamente, **considerando que la utilización del término gestión conlleva tres características que lo diferencia de la administración:**

- Un modelo de gestión de recursos humanos (Personas; RRHH) más orientado a coordinar voluntades y facilitar tareas que a ordenar conductas;
- Un modelo de organización más descentralizado y menos burocrático; menos normativo y más flexible;
- Un mayor énfasis en la eficiencia y el control de los resultados que en el control de los procedimientos. Lo cual no implica que no exista control de los procedimientos.

Dado que todas las diferencias mencionadas anteriormente forman parte de la evolución que ha sufrido la propia administración a partir de las contribuciones que a lo largo de la historia fueron aportando diversas corrientes de pensamiento, en la presente obra se utilizarán indistintamente tanto el concepto moderno de **administración**, como el de **management, gestión o gerenciamiento**.

Esto es así porque consideramos que, en realidad, en la práctica, la diferencia no reside tanto en la denominación, cuanto en **el enfoque**. De modo tal que existe un enfoque tradicional y un enfoque moderno. Forma parte del enfoque moderno de la administración de los sistemas de salud, el considerar articuladamente, aunque con sus características particulares, **los tres niveles de gestión de las organizaciones**: el nivel de la propiedad, responsable de la macrogestión, el nivel de las conducciones (gerencias), responsable de la mesogestión, y el nivel operativo, responsable de la microgestión.

En síntesis, las diferencias entre los dos enfoques son:

1) **Enfoque tradicional**: se queda sólo en un cuerpo de modelos, métodos y técnicas aplicados para enfrentar y resolver problemas en una forma racional, ordenada y planificada, sobre la base de la definición detallada y precisa de procesos y tareas, en organizaciones predominantemente jerárquicas (centralizadas, burocráticas). En este caso se trata de una **administración, management, gestión o gerencia tradicional**.

2) **Enfoque moderno, incorpora** (sin suprimir, los elementos valiosos del enfoque tradicional):

- La búsqueda y promoción de capacidades para el desarrollo de nuevas ideas, el manejo de la complejidad y la adaptación al cambio, en todos los niveles de la organización (nivel de representación de la propiedad -board-, niveles de conducción y nivel operativo);
- El establecimiento de relaciones ágiles, horizontales y de cooperación;
- El fortalecimiento de unidades descentralizadas (autónomas);
- La simplificación de los procesos, que se revisan y formalizan constantemente, para evitar variabilidades que impliquen algún riesgo;
- La conformación de equipos de trabajo, de carácter multidisciplinario;
- El desarrollo de planes y controles orientados a resultados.

En la realidad, al enfoque tradicional se le sumó el enfoque moderno. En todos los casos, administrar (gestionar, gerenciar) significa **lograr los objetivos establecidos (lograr que las cosas sucedan)**, en los tres niveles de conducción, a través del **proceso denominado ciclo administrativo**.

Gestionar en salud: a través del ciclo administrativo se brindan los servicios de cuidado de la salud

El ciclo administrativo es un proceso circular que involucra los siguientes momentos:

- 1) **Planear**
- 2) **Organizar**
- 3) **Dirigir**
- 4) **Controlar**
- 5) **Evaluar**
- 6) **Conseguir recursos, utilizarlos con eficiencia y rendir cuentas**

En este contexto, la administración (gestión) es un **proceso interactivo compuesto por actividades, funciones sociales y técnicas, que se desarrolla en una organización formal, por el cual se obtiene esencialmente a través de personas, un trabajo cumplido adecuadamente en tiempo, forma y dentro de un presupuesto, con el fin de alcanzar determinados resultados coherentes con la misión de dicha organización**. Quién gestiona, administra recursos para poder realizar procesos (secuencia de actividades) y así obtener los resultados esperados.

Resultados, previstos en la misión, que, esencialmente, están dados por la provisión de **productos (bienes y servicios) con calidad, equidad, eficiencia, y en relación con la cantidad demandada y las necesidades del cliente**. Los hospitales y centros de salud son organizaciones sociales que producen **servicios de cuidado de la salud**, que desde Sigerist se clasifican en:

- Promoción de la salud
- Prevención de las enfermedades
- Atención de pacientes
- Rehabilitación de secuelas

Más allá de que los hospitales son organizaciones multiproducto que, además de servicios de cuidados de la salud producen **capacitación e investigación**.

En este marco, los administradores son individuos que alcanzan sus metas (las de la organización) a través de otras personas. Esto es, **toman decisiones, consiguen y asignan recursos, coordinan actividades y dirigen personas para conseguir metas orientadas hacia la misión**.

¿Qué hacen los managers (gerentes, administradores o gestores)?

Quienes administran, quienes ocupan algún cargo de conducción en las organizaciones de salud, en todos los casos, **gestionan recursos y procesos para que sucedan los resultados que se esperan, coherentes con la misión de la organización.** Esta es la **base de cualquier gestión: manejar los recursos y los procesos de la unidad productiva de la cual se trate, para que se cumpla su misión, esto es, se alcancen los resultados para lo cual existe dicha unidad.** Concepto que se ampliará totalmente en el capítulo 5 de este documento.

Esto significa que toda persona que gestiona, **desde la menor unidad funcional, hasta toda una red de servicios de cuidado de la salud, participa siempre de la secuencia de gestión: estructura-procesos-resultados.**

Esto es, **recibe**, a su nivel, **recursos de estructura** (trabajadores, infraestructura - edilicia y equipamiento-, insumos, cultura organizacional, normas e información), **para realizar procesos** (actividades) asistenciales y no asistenciales, **destinados a obtener resultados; esto es procesos orientados al logro de la misión de la organización.**



En las organizaciones productivas, **la menor unidad de estructura que realiza un proceso determinado, y que produce un producto definido, se denomina Unidad Funcional (UF) o unidad operativa.**

Las **características** que definen una unidad funcional son:

- 1) **Resultados de la UF esperados conocidos**; se trata de los productos, en la cantidad y calidad que el cliente necesita / demanda.
- 2) **Clientes internos y externos** de quiénes se conocen sus necesidades y demandas.
- 3) **Procesos y procedimientos de los que participa la UF, identificados y definidos. Actividad homogénea dentro de dichos procesos y procedimientos.** Procesos y procedimientos que, en general son compartidos con otras UF;
- 4) **Recursos específicos que le son asignados a la UF**, especialmente horas de recursos humanos, equipamiento e insumos;
- 5) **Objetivos y metas propios** para cada variable de recursos, procesos y resultados de la UF;
- 6) **Localización física determinada de la UF**; aunque formen parte de la “estructura funcional” de la organización, cada una de las UF realiza su producción en un ambiente físico determinado;
- 7) **Un responsable del funcionamiento de la UF**; persona en quien se delega la toma de decisiones sobre el uso de los recursos (humanos, físicos y organizacionales) asignados al centro, con quién se definen, formalizan y documentan los procesos, y, con quién se comprometen metas de los resultados.

En las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud, existen 8 áreas que contienen todas las unidades funcionales:

- 1) El área de los servicios asistenciales finales;
- 2) El área de los servicios asistenciales intermedios;
- 3) El área de los servicios de gestión de pacientes;
- 4) El área de los servicios de docencia e investigación;
- 5) El área de los servicios de hotelería;
- 6) El área de los servicios de conservación y mantenimiento;
- 7) El área de los servicios de administración;
- 8) El área de los órganos de gobierno.

En los hospitales y centros de salud, la esencia de la organización del trabajo está dada por la **cooperación horizontal entre las unidades funcionales o unidades operativas: las UF cooperan entre sí, brindándose apoyo mutuo, para alcanzar el resultado final**; la producción de las prestaciones (consultas, egresos y prácticas).

En este esquema, donde existen UF que apoyan, y UF que reciben dicho **apoyo “en cascada”**, se reconocen cuatro categorías de UF, desde aquellas que más UF apoyan, hasta las UF que más apoyo reciben:

- 1) **UF estructurales**: son las UF que pertenecen las áreas de administración (gestión económico financiera, personal, suministros, etc.) y mantenimiento. Son las UF que más apoyan. Apoyan a todo el resto de unidades, y sólo reciben apoyo de algunas UF: de hotelería (limpieza, vigilancia) y del jardín maternal.

- 2) **UF de apoyo:** son las UF del área de hotelería (limpieza, lavadero, alimentación, vigilancia, etc.). Reciben apoyo desde las UF estructurales, y apoyan a las UF asistenciales, tanto de los servicios intermedios como de los servicios finales.
- 3) **UF de los servicios asistenciales intermedios** (laboratorio, imagenología, farmacia, etc.). Estas UF reciben apoyo tanto de las UF estructurales como de apoyo, y, a su vez, apoyan a las UF de los servicios finales.
- 4) **UF de los servicios asistenciales finales** (consultorios externos, urgencias, internación). Sólo reciben apoyo.

Las UF estructurales y de apoyo son UF no asistenciales, mientras que las UF de los servicios finales e intermedios son UF asistenciales.

En la gestión diaria, **cada UF, o unidad operativa, produce uno o más productos, definidos y contables**, que son utilizados como insumo por otra UF. A su vez, el producto de esta segunda UF es insumo de otras UF. Y así sucesivamente, **existe una cooperación “cascada” entre todas las UF, hasta alcanzar la producción final: consultas, egresos y prácticas**. Claramente, quien gestiona una o varias UF, no sólo debe conocer perfectamente, de forma cualitativa y cuantitativa, los **recursos, los procesos y los resultados** de las UF que administra, sino que **es responsable, y debe rendir cuentas por ellos**.

Productos finales de las organizaciones proveedoras de servicios de salud

Más allá de los actualmente reconocidos productos de la formación y la investigación, los **productos finales clásicos** de los servicios de salud, esto es, de los centros de salud y hospitales (sean de propiedad estatal o privados), son las **“prestaciones”: consultas, egresos y prácticas**. Las prestaciones, esto es los **productos clasificables y contables** que producen cuantitativamente los hospitales y centros de salud constituyen el **output**. El output de un hospital es entonces la **cantidad de prestaciones** que produce. De modo tal que cuando medimos el número de prestaciones que produce un determinado hospital (consultas, egresos y prácticas), en una determinada unidad de tiempo, **estamos midiendo el output de dicho hospital**. Más allá de que, como se verá, existen otro tipo de prestaciones además de las típicamente asistenciales, como las de promoción, prevención y rehabilitación, conocer el número de dichas prestaciones es solamente el **primer paso en la medición de los resultados**. El output es el **primer componente del resultado**; meramente cuantitativo. Incluye dos componentes: productos y dinero. En toda organización productiva, **el output tiene siempre como componente una ejecución presupuestaria, una facturación y cobranza**. Todos elementos que están inexorablemente vinculados con los productos (la producción). Aunque esta relación no es tan evidente en los establecimientos de salud de propiedad estatal. Ciertamente la “caja negra” de la gestión sanitaria. Puede resultar chocante el término “dinero” asociado a los productos. Sin embargo, es muy importante reconocer que cada producto representa un consumo de recursos (costo) que, aunque no se visualice nítidamente, **está siempre presente en el output en términos de**

presupuesto ejecutado, facturación y cobranza. Y, por ende, en términos de **costo de oportunidad. Esto es lo que se dejó de hacer, que en salud son servicios que no se brindaron.** Es por ello que necesariamente debe estar presente en el output.

En una gestión estratégica (moderna), las prestaciones (output) deben incorporar las siguientes características:

- Deben ser de **calidad**;
- Deben brindarse con **equidad y eficiencia**;
- Deben brindar **satisfacción** no sólo a **pacientes**, sino también a los **trabajadores** (para garantizar la viabilidad y continuidad de las acciones);
- Deben mejorar la **calidad de vida de los pacientes**;
- Deben generar **datos e información** acerca de cada una de las variables mencionadas precedentemente como resultados (calidad de las prestaciones; equidad; eficiencia; satisfacción de pacientes y trabajadores; calidad de vida de pacientes). Información que retroalimenta el sistema, ingresando como recurso de estructura.

Cuando para cada una de las “prestaciones” en términos de productos contables y su equivalente económico (output), medimos los atributos de calidad, equidad, eficiencia, satisfacción e información, vinculados a dichas prestaciones, avanzamos hacia el **segundo componente del resultado**, denominado **outcome**. El outcome es, entonces, el **resultado de las prestaciones en términos de calidad, equidad, eficiencia, satisfacción e información que se provee al sistema**. El outcome de un hospital lo medimos a través de diversos indicadores: Tiempo medio de espera para conseguir una consulta o una práctica; Porcentaje de satisfacción de los pacientes en relación a determinadas prestaciones; Tasa de mortalidad de un determinado procedimiento; Tasa de infecciones asociada a determinadas prestaciones; Porcentaje de Historias Clínicas (HHCC) que no cumplen con el estándar de calidad; etcétera.

En todos los centros de salud y hospitales, más allá de los mencionados productos finales (consultas, egresos y prácticas), es necesario reconocer **que cada unidad funcional, en todos los casos, “produce” un producto específico, contable, como resultado del proceso principal que desarrolla**. Así la cocina produce “raciones alimenticias”, mantenimiento “órdenes de reparación” satisfechas, la farmacia “medicamentos entregados”, esterilización “cajas de cirugía estériles”...etc.

Asimismo, cada una de las unidades funcionales de un hospital o un centro de salud participa de un proceso principal que le es propio y produce un resultado en términos de producto específico contable. Es el output de dicha **unidad funcional (UF)**; el primer componente del resultado de dicha UF. Como en todos los casos, dicho **producto específico debe poseer los atributos de calidad, equidad, eficiencia, satisfacción e información**. Cuando a la medición del resultado

cuantitativo de la producción de una UF de un hospital, le agregamos la medición de los atributos mencionados, estamos avanzando hacia la medición del **segundo componente del resultado**, u **outcome**, de dicha UF.

Impacto; Utilidades

Las utilidades son un resultado crítico de los servicios de cuidado de la salud. Las utilidades de los servicios de salud pueden ser de dos tipos:

- 1) **Utilidad social**, en términos de **mejora de la salud y la calidad de vida de las personas**. Utilidad vinculada al ejercicio de un derecho social inalienable: **el derecho a la salud**. De este resultado participan tanto las organizaciones de salud de propiedad estatal como las privadas; La utilidad social es el **impacto** que se espera, como **resultado final**, de todas las organizaciones que prestan servicios de cuidado de la salud. El impacto es el **tercer componente** del resultado.
- 2) **Utilidad económica**, en términos de dividendos económicos, resultado que se observa sólo en las organizaciones de salud de propiedad privada.

El resultado final es el impacto

El “verdadero resultado” de un hospital o centro de salud **es el impacto que producen el output y el outcome de las prestaciones que brinda, sobre la salud y la calidad de vida de las personas y comunidades a las cuales sirve**. La medición del impacto es el **tercer paso en la medición de los resultados**. Existen instrumentos de medida específicos que permiten valorar dicho impacto.

De modo tal que, así como existe una secuencia **Estructura → Procesos → Resultados**, dentro de los Resultados existe la secuencia **Output → Outcome → Impacto**.

La cantidad de prestaciones que produce un hospital o un centro de salud (output), así como el resultado en términos de calidad, equidad, eficiencia, satisfacción e información (outcome) de dichas prestaciones, **constituyen la misión de dichas organizaciones**; esto es, **lo que se espera de ellas**. Este resultado en términos de output y outcome es la contracara de la **necesidad de salud de las personas**. De hecho, la necesidad de salud de las personas es, concretamente, la cantidad de prestaciones (output) con calidad, equidad y eficiencia (outcome), que necesitan dichas personas para preservar y/o mejorar su estado de salud y su calidad de vida (impacto). Prestaciones que las personas tienen el derecho a recibir, si es que están disponibles para el resto de la sociedad.

Forma parte consustancial del resultado de las organizaciones proveedoras de servicios de salud, **la satisfacción de los pacientes y de los trabajadores, así como la información que retroalimenta positivamente todo el sistema de salud**. La satisfacción de los trabajadores de la salud como la información que proveen al sistema

de salud, son dos componentes parte del resultado, como outcome, por cuanto sin ellos no es posible brindar sostenidamente un servicio cuya esencia es la ayuda que brindan algunas personas a otras, sobre la base no sólo de una actitud de servicio, sino también sobre un conocimiento específico.

Dicho de otro modo: **el resultado que se espera de una organización proveedora de servicios de cuidado de la salud es que brinde determinadas prestaciones (productos o cartera de servicios: output) con calidad, equidad y eficiencia, satisfaciendo las necesidades de salud, específicas de cada persona (outcome), para preservar y/o mejorar su salud y su calidad de vida (impacto).**

Estos resultados, que se esperan de cualquier organización que forma parte de una red integrada de servicios de la salud (RISS), **constituyen la misión de dicha organización**; aquello que de ella se espera, a partir de nuestra gestión.

En este contexto, **la gestión estratégica**, el modelo de gestión que propone el presente curso, es un **modelo de gestión “focalizado” en los resultados de la organización**. Gestión estratégica que es crítica por cuanto las organizaciones que proveen servicios de salud **son las organizaciones productivas más complejas que existen debido a que simultáneamente son una empresa de servicios multiproducto y una empresa de conocimiento, cuyo principal “insumo” productivo con el cual trabajan son las personas**. De hecho, los servicios de cuidado de la salud, en esencia son personas que ayudan a otras personas en situaciones de riesgo e incertidumbre.

Existe un resultado, obligatorio e ineludible, que comparten todos los servicios de salud con cualquier otro tipo de organización productiva: **conseguir los recursos económicos para sostener el desarrollo de la actividad**. Resultado que deben obtener, sin distinción, tanto las organizaciones de salud de propiedad estatal como las privadas. En todos los casos lo único que cambia, son los métodos. Pero el primer resultado es siempre el mismo: **conseguir los recursos económicos para sostener el desarrollo de la actividad**.

Empresas de servicio multiproducto

Particularmente los hospitales son **empresas de servicios multiproducto** de extrema complejidad por cuanto en él coexisten cinco empresas de características muy diferentes, y con una amplia gama de producción:

- 1) **Un hotel** cuyos usuarios presentan mayores exigencias que en un hotel común;
- 2) **Una empresa artesanal que incorpora numerosos profesionales con una formación sofisticada y productos difíciles de definir**: los denominados “servicios finales” que esencialmente producen las **consultas** y los **egresos hospitalarios**;

-
- 3) **Una empresa con procesos industriales que utiliza tecnología de punta con un gran *turn-over***: los denominados “**servicios intermedios**” o **auxiliares del diagnóstico y tratamiento** (Laboratorio de análisis clínicos, Diagnóstico por imágenes...);
 - 4) **Una escuela de formación técnica y profesional**: los servicios docentes;
 - 5) **Un instituto de investigación**: los servicios que producen investigación;

Empresas de conocimiento

Las organizaciones proveedoras de servicios de salud son “**empresas de conocimiento**” porque sus **núcleos operativos profesionales gestionan el activo principal e intangible: la tecnología y el conocimiento**. En este sentido, en las organizaciones de salud, la reconocida gestión de recursos, procesos y resultados, con sus respectivas variables tangibles y mensurables, está atravesada y soportada transversalmente por una **sutil gestión del activo intangible “conocimiento”**.

De hecho, **la gestión del conocimiento**, esto es, la capacidad organizacional para **generar nuevos conocimientos, diseminarlos como recursos disponibles entre todos los miembros de la organización, y materializarlos en mejores prácticas, mejores procesos y mejores productos (bienes y servicios) que contribuyan a cumplir más acabadamente la misión de la organización, es uno de los principales desafíos del gerenciamiento**. Para ello es necesario reconocer como resultado crítico de toda organización proveedora de servicios de cuidados de la salud, los datos de su actividad en términos de por lo menos de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB). Dicho de otro modo, sin el outcome en términos de datos relevantes (calidad, equidad, eficiencia) del output (producción) no es posible generar ningún conocimiento.

En este contexto de complejidad, para garantizar que se cumpla la misión de las organizaciones sanitarias, todos los administradores, al gestionar recursos, procesos y resultados, **ejercen funciones y cumplen roles, con un determinado estilo**. Funciones, roles y estilos que son el objeto de estudio del presente texto.

2. Funciones, roles y estilos de management

Aunque las actividades que conforman el **proceso o ciclo administrativo** constituyen **un todo integrado**, para su mejor descripción y análisis es útil desagregarlas en tres componentes:

- 1) **Las funciones del management:** qué hacen los gerentes para cumplir con su misión y alcanzar los objetivos de su organización. Son coincidentes con los seis momentos de la administración antes señalados.
- 2) **Los roles del management:** qué hacen los gerentes para cumplir adecuadamente las funciones del management.
- 3) **El estilo del management:** cómo desarrollan los gerentes, las funciones y roles.

2.1 Funciones del management e instrumentos para su desarrollo

Las **funciones del management** hacen referencia a los **principales procesos (conjunto de actividades) que debe desarrollar un gerente para contribuir al cumplimiento de la misión de su unidad u organización:** la provisión de determinados productos (bienes y servicios) con calidad, equidad, eficiencia y en relación a las necesidades y demandas de los clientes. Las funciones del management, en cualquier nivel de la organización, son seis: planificar (planear), organizar, dirigir, controlar, controlar, evaluar y conseguir los recursos, utilizarlos eficientemente y rendir cuentas. Seis funciones que deben ser desarrolladas desde quienes detentan el máximo nivel de conducción de la organización, hasta quienes dirigen, en el nivel operativo, los equipos de trabajo de cada unidad funcional, también denominada centro de costos.

Cada una de las seis **funciones del management**, que debe desarrollar todo gestor para alcanzar los objetivos de su unidad u organización, posee **herramientas específicas de gestión** que forma parte del arsenal de instrumentos que **todo administrador debe saber manejar**. Obviamente, cada una de estas herramientas debe ser el objeto de cualquier formación en la disciplina del gerenciamiento en salud.

- 1) **Planificar: decidir y definir anticipadamente que debe hacerse** para conseguir y transformar los factores productivos (recursos), a través de los procesos que a cada nivel corresponden realizar, en aquellos productos (bienes y servicios) comprometidos en la misión de la organización. Todo gestor, a su nivel debe participar del desarrollo de diversos planes, por lo que debe manejar las siguientes herramientas de gestión:

-
- **Misión: cartera de servicios (productos) y valores;**
 - **Diagnóstico socio-sanitario y epidemiológico;**
 - **Diagnóstico organizacional; Matriz FODA;**
 - **Planificación estratégica;**
 - **Planificación operativa: cantidad de productos y recursos necesarios para producirlos;**
 - **Planificación presupuestaria: cantidad de productos, costos de los productos y fuentes de financiamiento;**
 - **Planificación de proyectos.**
 - **Trasversalmente a todas las anteriores: identificación de variables e indicadores; tablero control.**
- 2) **Organizar: establecer las personas y las actividades que deben realizarse; también cómo realizarlas: quién hace qué tarea y cómo debe hacerla.** Se trata de dividir el trabajo en tareas distintas y asignar responsables. Función esencialmente ligada a la **gestión de los procesos**. Como parte de la función de organización, todo gestor debe manejar las siguientes herramientas de gestión:
- **Mapa de procesos;**
 - **Formalización y documentación de procesos: manuales de procedimiento, protocolos y guías para la práctica clínica;**
 - **Optimización de procesos;**
 - **Manejo del justo a tiempo;**
 - **Gestión integrada de procesos.**
- 3) **Dirigir: conducir y coordinar las personas que realizan el trabajo, “viviendo” y compartiendo tanto el sentido, esto, es para qué se realiza el trabajo, como los valores con los cuales se lo realiza.** Dirigir significa **guiar qué hacer y qué no hacer** (conducir) y **armonizar las tareas de personas y equipos** (coordinar). Coordinar las tareas en las que se había dividido el trabajo en la etapa de organización, de modo tal que todo el personal contribuya al cumplimiento de la misión; sea de la unidad funcional como de toda la organización. Función esencialmente ligada al **comportamiento organizacional**: liderazgo, motivación, negociación, toma de decisiones, conformación de equipos de trabajo, cultura y clima organizacional. Como parte de la función de dirección, todo gestor debe manejar las siguientes herramientas de gestión:
- **Implantación y gestión de sistemas de información;**
 - **Gestión del comportamiento organizacional;**
 - **Gestión del cambio;**
 - **Desarrollo de alianzas estratégicas.**

4) **Controlar: comparar lo que se actúa con las normas de actuación; controlar que los procesos de trabajo se estén realizando bien, según las normas vigentes, establecidas para reducir la variabilidad de las conductas, (reductores de variabilidad). El control es una función gerencial esencialmente relacionada con los procesos.** El control del desarrollo de las actividades puede darse dentro de un proceso o de un proyecto. En general se denomina **monitoreo al control del cumplimiento de cada una de las actividades** sea dentro de un proyecto como de un proceso, y **supervisión**, especialmente en enfermería, **al control del cumplimiento de las actividades dentro de un proceso**. Como parte de la función de control, todo gestor, a su nivel, debe manejar las siguientes herramientas de gestión:

- **Establecimiento normas, protocolos y de estándares;**
- **Monitoreo y supervisión.**

5) **Evaluar: comparar los resultados alcanzados con los objetivos y metas planificadas.** Se trata de **analizar y valorar** los resultados. La evaluación es una función gerencial esencialmente **relacionada con los resultados, sea de un proceso como de un proyecto**. Una regla nemotécnica que puede servir es la siguiente: *se controlan los procesos y se evalúan los resultados*. Claramente, para conocer los resultados de una acción es necesario saber cuál fue el punto de partida, comúnmente llamado “línea de base”.

Muchas veces, en el marco de un proyecto, se utiliza el verbo evaluar para significar una actividad relacionada con la descripción “diagnóstica” (evaluación diagnóstica, evaluación ex ante o línea de base), sea de una organización como de una determinada realidad insatisfactoria (problema). En la lengua anglosajona, en el campo de la gestión sanitaria, existe la siguiente diferenciación, según el momento en que se realiza la valoración (medición), en relación a una determinada acción:

- **Assessment:** valoración, medición; antes, durante o después de una acción;
- **Appraisal:** assessment ex ante;
- **Evaluation:** assessment ex post.

Como parte de la función de evaluación, todo gestor, a su nivel, debe manejar las siguientes herramientas de gestión:

- **Evaluación ex ante: diagnóstico previo; determinación de la línea de base (appraisal);**
- **Evaluación ex post: evaluación de impacto; evaluación propiamente dicha;**
- **Control presupuestario;**
- **Tablero control;**
- **Benchmarking.**

La evaluación sirve para retroalimentar el proceso de planificación, realizando las correcciones, los ajustes y las necesarias adaptaciones, en consonancia con las nuevas realidades y contextos.

- 6) **Obtener recursos, asignarlos eficientemente y rendir cuentas:** función muy vinculada con todas las anteriores. La eficiencia, con sus inexorables componentes, el no desperdicio y el racionamiento (**asignación según una determinada priorización** de los recursos siempre escasos ante crecientes múltiples necesidades) es una actividad que realizamos constantemente con todos los bienes y servicios. Sin embargo, es un tabú, una “mala palabra” en medicina. Será porque la palabra racionamiento tiene su origen en la distribución de los bienes por parte del Estado en períodos de gran escasez, como las guerras. Sin embargo, en términos de gestión sanitaria, la contracara de la ineficiencia es el menor acceso a los servicios de salud por parte de aquellos que decimos que son el centro y la razón de ser del sistema de salud. Por ello es tan importante **brindar información relevante y oportuna** no sólo acerca del origen y la **transformación de los recursos que gestionamos en los productos que tenemos por misión producir**. sino, además, para retroalimentar todo el ciclo administrativo, **realizando los ajustes y las necesarias adaptaciones, en consonancia con las nuevas realidades y contextos**. En la lengua anglosajona existe para esta actividad, también una palabra específica: “accountability”.

Como parte de la función de conseguir recursos, asignarlos eficientemente y rendir cuentas, todo gestor, a su nivel, debe manejar las siguientes herramientas de gestión:

- **Cantidad de productos, costos de los productos y fuentes de financiamiento;**
- **Costos;**
- **Rendición presupuestaria;**
- **Contratos de gestión;**
- **Diagnóstico socio-sanitario, epidemiológico y/u organizacional post actuación.**

Finalmente, es importante remarcar que toda organización productiva, así como cada una de las Unidades Funcionales que la conforman, son **evaluadas en su desempeño, en función de los productos que entrega en relación a lo esperado**. De modo tal que para gestionar es mandatorio identificar nítidamente **cuáles son los productos a entregar, así como la calidad, la eficiencia, la equidad y la relación con la necesidad y demanda de los clientes. Productos que forma parte del resultado esperado, esto es de la misión**.

Productos que, en las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud, se espera que tengan un impacto en la calidad de vida de las personas y las comunidades.

2.2 Roles del management y competencias para desarrollarlos

El rol (del inglés *role*: papel del actor) del management se refiere a las actividades que se espera desarrolle el gerente para cumplir adecuadamente las funciones gerenciales y que hacen a la naturaleza del trabajo cotidiano de gestión. Se refiere al papel que juega el gerente diariamente, mientras cumple con sus seis funciones. Para poder desempeñar cada uno de esos roles, los gerentes deben desarrollar competencias específicas.

Existen seis roles gerenciales, profundamente articulados, que atraviesan transversalmente las seis funciones gerenciales:

- 1) El rol en el **manejo de las relaciones interpersonales**;
- 2) El rol en el **manejo de la información y la comunicación**;
- 3) El rol en la **toma de decisiones**;
- 4) El rol en la **promoción de la educación permanente y la capacitación en servicio**;
- 5) El rol en la **conformación de equipos de trabajo**;
- 6) El rol como **gestor de cambios**.

Los primeros tres tipos de roles fueron descriptos originalmente por Henry Mintzberg (nacido en 1939, egresado del MIT, profesor de management de la Universidad McGill de Canadá -desde 1968-, escribe prolíficamente sobre gestión y estrategia de negocios). Luego, a lo largo de la evolución de la teoría de la administración, fueron agregándose los otros roles. Para desempeñar cada uno de estos seis roles, el gerente debe poseer ciertas **competencias transversales**:

1) Competencias para desarrollar el rol en el manejo de las relaciones interpersonales

El manager, para cumplir con su rol en el manejo de las relaciones interpersonales, debe desarrollar cuatro competencias sustantivas:

- **Liderar**: capacidad para **construir una visión compartida, sumar voluntades y conducirlas hacia el logro de los objetivos de la organización (la misión)**.
- **Motivar**: capacidad para **inducir en las personas, acciones congruentes con los objetivos organizacionales, conciliando los intereses individuales con los intereses globales de la organización**.
- **Mediar**: capacidad para **acercar las distintas posiciones, ante un conflicto, sin que se perturbe el logro del objetivo organizacional**. Pone énfasis en la **preservación del clima organizacional**.
- **Negociar**: capacidad para **conciliar intereses ante un conflicto y alcanzar una solución donde todas las partes involucradas perciben beneficios: “ganar dando”**. Emparentado con mediar, pone énfasis en la cesión por parte de cada uno de los involucrados, de un elemento valioso, en pos de un mayor beneficio mutuo.

2) *Competencias para desarrollar el rol en el manejo de la información y la comunicación*

El manager, para cumplir con su **rol en el manejo de la información y la comunicación** debe desarrollar tres competencias sustantivas:

- **Monitorear la información:** capacidad para **relevar la información útil y filtrar aquella que no lo es;**
- **Distribuir la información:** capacidad para **compartir la información relevante en tiempo y forma;**
- **Generar vínculos comunicacionales, internos y externos, positivos para los objetivos de la organización.**

3) *Competencias para desarrollar el rol en la toma de decisiones*

El rol en la toma de decisiones es el rol más importante y el más conocido de los roles de un gerente. **Decidir es elegir entre dos alternativas o entre varias opciones. Decidir es elegir un curso de acción y asignar recursos para seguirlo.** Por consiguiente, las **decisiones son la expresión cualitativa de las alternativas u opciones**, que tienen su **expresión cuantitativa en el presupuesto.** Sin desconocer que en la toma de decisiones se ponen en juego tanto **elementos racionales como emocionales.**

El manager, para cumplir con su rol decisional, debe desarrollar diez competencias sustantivas:

- Capacidad para **conocer y manejar las propias emociones.**
- Capacidad para **conocer y modular las emociones de los otros.**
- Capacidad para **examinar situaciones complejas y definir el/los problema/s (realidad/es insatisfactoria/s).**
- Capacidad para **determinar un objetivo general inicial:** pasar de una situación presente insatisfactoria a una futura que se visualiza más satisfactoria.
- Capacidad para **buscar información relevante, hechos y opiniones** que ayuden a identificar las causas del problema y definir adecuadamente los objetivos.
- Capacidad para **identificar las alternativas u opciones de cursos de acción.**
- Capacidad para **evaluar las alternativas u opciones de cursos de acción de acuerdo al objetivo organizacional y establecer una jerarquía de dichas alternativas u opciones.**
- Capacidad para **seleccionar una línea de acción, así como quiénes, dónde, cómo y con qué llevarla adelante:** capacidad para **definir estrategias.**
- Capacidad para **implementar estrategias a través de planes de acción, estableciendo un cronograma de actividades, definiendo responsables y resultados esperados, así como indicadores de impacto.**
- Capacidad para **controlar los procesos involucrados en los planes de acción y evaluar los resultados obtenidos.**

4) Competencias para desarrollar el rol en la promoción del desarrollo del personal; de la educación permanente y la capacitación en servicio

El manager, para cumplir con su rol de promotor de la capacitación, debe desarrollar tres competencias:

- Capacidad para **analizar los procesos de trabajo y, sobre la base de las actividades que se deben desarrollar para alcanzar los resultados esperados, determinar cuáles son las competencias que deben poseer las personas en ellos involucrados, para mejorarlos.**
- Capacidad para **identificar cuáles son las competencias que están en déficit o ausentes en las personas y los equipos de trabajo.**
- Capacidad para **planificar las actividades educativas (educación permanente y capacitación en servicio) que permitan incorporar las competencias necesarias, conciliándolas con la realización del trabajo diario.** La educación permanente y la capacitación en servicio, son consideradas uno de los aspectos que hacen a la calidad de los servicios proveedores de cuidado de la salud.

5) Competencias para desarrollar el rol en la conformación de equipos de trabajo

El manager, para cumplir con su rol de constructor de equipos de trabajo debe desarrollar tres competencias:

- Capacidad para **definir las funciones y roles que se requieren para alcanzar determinados objetivos.**
- Capacidad para **seleccionar, incorporar y retener las personas que se requieren para realizar las funciones y los roles definidos.**
- Capacidad para lograr que **las personas dispongan sus capacidades, armónicamente, hacia los objetivos establecidos.**

6) Competencias para desarrollar el rol como gestor de cambios

Para cumplir su rol como gestor de cambios, el manager debe poseer habilidades de análisis y evaluación de los cambios que se suceden permanentemente, tanto en el contexto externo como interno de la organización, y ser capaz de actuar de forma proactiva, generando las adaptaciones necesarias para preservar el logro de los objetivos organizacionales. Para ello, el manager debe desarrollar cinco competencias:

- Capacidad de **realizar diagnósticos estratégicos.**
- Capacidad de **actuar de forma proactiva** y no de forma reactiva ante las crisis. Anticiparse y provocar el cambio.
- Capacidad para **innovar a velocidad.**
- Capacidad para reconocer, comprender y **manejar las resistencias al cambio.**
- Capacidad para **impulsar y sostener conductas éticas y de responsabilidad.**

2.3 Los estilos del management y la consideración del otro

El **estilo del management** hace referencia al **modo en que las funciones y los roles son llevados a cabo**. Estos roles pueden desarrollarse, en la consideración del otro, desde un estilo **autoritario** hasta un estilo **participativo**.

Siempre es necesario recordar que en la práctica, **los roles, funciones y estilos del gerente no pueden ser considerados en forma aislada, pues constituyen un todo integrado**. En términos psicológicos, **integran una gestalt (un todo integrado) en la actividad diaria del manager**. Un todo integrado que subyace y se expresa mientras el gerente realiza las tareas del día a día.

En esta gestalt, el estilo, esto es el modo, puede considerarse como el color de fondo del management. Color que se expresa a través de una gama que va desde un extremo, donde se ubica el **estilo autoritario**, hasta otro extremo donde se ubica el **estilo participativo**.

Los gerentes que se ubican en el extremo de este continuo, y poseen un **estilo autoritario**, consideran que las **personas deben ser dirigidas y se deben regular sus conductas a través de controles rígidos y castigos**. Son reticentes a delegar su autoridad. **Conducen coercitivamente y centralizadamente**, con un modelo de **gestión por normas**.

Los gerentes que se ubican en el otro extremo del continuo, y poseen un **estilo participativo**, consideran que es **necesario promover el autocontrol y la autogestión de las personas, por lo cual evitan establecer controles rígidos, coerciones y castigos**. Son proclives a delegar su autoridad. **Conducen motivando, persuadiendo, potenciando las habilidades y facilitando la participación a través de la descentralización**. Su modelo de **gestión es por resultados**.

Entre ambos extremos se encuentra el **estilo “transaccional”**, dónde existe una mayor predisposición a dejar que el otro haga que en estilo autoritario, así como una regulación de los resultados a través de un preciso **sistema de incentivos positivos (recompensas) y negativos (castigos) regulado por contratos o compromisos de gestión**. Este estilo está en relación con la denominada “organización transaccional”, en la cual la jerarquía y el control tradicionales han sido convertidos en mecanismos de coordinación sobre la base de una amplia red de contratos que expresan las metas, por lo menos anuales, entre cada una de las partes. Este estilo es esencialmente **flexible**, muy apropiado para entornos heterogéneos, complejos y cambiantes como el de la salud.

Síntesis de la combinación de funciones, roles y estilo

Funciones					
Definir - Planificar	Organizar	Dirigir	Controlar	Evaluar	Conseguir recursos Rendir cuentas
Roles					
Manejo de Relaciones interpersonales					
<ul style="list-style-type: none"> • Liderar • Motivar • Mediar • Negociar 					
Manejo de la información y la comunicación					
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la información • Distribuir la información • Generar vínculos internos y externos 					
Toma de decisiones					
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar situaciones complejas • Definir objetivos • Identificar alternativas • Desarrollar planes de acción 					
Capacitación en servicio					
<ul style="list-style-type: none"> • Definir competencias a desarrollar • Conciliar la realización del trabajo con la capacitación en servicio 					
Formación de equipos de trabajo					
<ul style="list-style-type: none"> • Definir funciones y roles • Seleccionar y retener personas • Lograr un trabajo armónico 					
Gestión del cambio					
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar diagnósticos estratégicos • Actuar de forma preactiva • Innovar • Manejar resistencias al cambio • Sostener e impulsar conductas éticas 					

El estilo es el color que impregna las funciones y roles del gerenciamiento

3. La evolución de la administración

3.1 Antecedentes

Las ideas concernientes a la manera **de dirigir adecuadamente una amplia gama de actividades colectivas** se conocen desde hace muchos siglos, y surgen tanto de documentos históricos como de la observación de las magníficas obras de la antigüedad como la gran muralla, las pirámides, el Partenón, y tantas otras que, evidentemente, **sin una planificación, organización, dirección y control nunca podrían haberse realizado**.

Como **antecedentes históricos remotos** del concepto de administración siempre son citados Sun Tzu y Maquiavelo. Como muchos elementos de la teoría económica, elementos de la teoría de la administración surgen de la **teoría militar**. De hecho, conceptos del **filósofo chino Sun Tzu**, expresados hace más de 2.000 años y reproducidos en el libro *El Arte de la Guerra*, son considerados antecedentes de planificación para obtener un resultado:

- *Cuando el enemigo avance, nos retiraremos*
- *Cuando el enemigo se detenga, lo asediaremos*
- *Cuando el enemigo rehúya el combate, lo asediaremos*
- *Cuando el enemigo se retire, lo perseguiremos*

También se citan conceptos acerca de la administración de **Nicolás Maquiavelo** (1469-1527), quien, a pesar de ser recordado por la frase oportunista “el fin (el bien del Estado) justifica los medios”, en realidad era un profundo defensor de las virtudes de la República. Maquiavelo escribió en sus *Discursos*, en la Florencia de 1520:

- *Una organización es más estable cuando sus miembros tienen derecho a expresar sus diferencias y resolver sus conflictos en su seno.*
- *Mientras que una sola persona puede iniciar una organización, ésta prevalecerá cuando quede al cuidado de muchos y cuando muchos tengan el deseo de preservarla.*
- *Un administrador que pretenda cambiar una organización ya establecida debe retener al menos “una sombra de las costumbres antiguas”.*

Como antecedentes históricos más recientes cabe destacar a **Adam Smith, Charles Babbage y Robert Owen**.

El escocés **Richard Adam Smith** (1723-1790), profesor de la Universidad de Glasgow y principal referente de la “economía clásica” (considerado por algunos el padre de la economía política), en el año 1776, expuso su teoría: “la ganancia es el principal motivo de la conducta de las personas” y “la competencia induce a buscar mejoras de las que se beneficia el conjunto de la sociedad”.

Esto es el “**paradigma competitivo**”: si a cada individuo se le permitiese el logro de sus objetivos, en la búsqueda de la satisfacción de esos intereses particulares y a través de la competencia en una situación de libre comercio, se alcanzaría la satisfacción de los intereses de todo el grupo. De acuerdo a esta **teoría del “laissez faire” (dejar hacer)**, basada en la **conjugación del interés personal, la libertad de comercio y la división del trabajo, las sociedades producen guiadas por la “mano invisible del mercado”, lo que las personas necesitan, a precios razonables.**

Smith concluyó, al estudiar la fabricación de alfileres, que **tanto la especialización laboral como la división del trabajo aumentaban la productividad**. Observó que si cada uno de 10 trabajadores se especializaba en realizar cada una de las 10 tareas en que podía descomponerse el proceso de fabricación de un alfiler (estirar el alambre, cortar el alambre, afilar la punta, soldar la cabeza,...), podían producir entre todos alrededor de 48.000 alfileres diarios. En cambio, si cada trabajador quisiera realizar todo el proceso de producción por sí mismo, podría en una jornada producir alrededor de 10 alfileres. Las observaciones de Smith constituyen un claro antecedente de la cadena de montaje desarrollada por Henry Ford 150 años después.

En realidad, Platón ya se anticipa a la división del trabajo por competencias cuando, en “La **República**”, elabora la filosofía política de un estado ideal: las sociedades debieran tener una estructura tripartita de clases; esto es una separación entre trabajadores, guerreros y gobernantes, *“asignándose a cada uno una ocupación única para la que están naturalmente dotados”*.

A partir del concepto de división del trabajo de Smith, otro de los economistas más destacados de la escuela clásica, el inglés **David Ricardo (1772-1823)** desarrolló la **“ley de la ventaja comparativa”, en la cual postulaba que la sociedad nacional e internacional debería estar organizada según su eficiencia relativa**. Adam Smith, aunque promovía la **no interferencia del Estado en la acumulación de los beneficios, por cuanto éstos eran el motor de la sociedad** (“el automatismo económico” conduce al progreso), reconocía al Estado (Monarquía o República) importantes roles (deberes) y gastos:

- Defender la sociedad contra el ataque de otras sociedades independientes: **gastos de defensa**.
- Defender los individuos contra la violencia, la injusticia y la opresión que pudiera surgir dentro de la misma sociedad: **gastos de justicia**.
- Establecer y sostener aquellas instituciones y obras públicas que, “aún siendo ventajosas en sumo grado a toda la sociedad, son, no obstante, de tal naturaleza que la utilidad nunca podría recompensar su costo a un individuo o a un número corto de ellos, y, por lo mismo, no debe esperarse que éstos se aventuren a fundarlas y sostenerlas”: **gastos de obras públicas e instituciones públicas**.

Charles Babbage (1791-1871) fue un profesor inglés de matemáticas que extendió las virtudes de la especialización laboral y la división del trabajo:

- Se reduce el tiempo necesario para aprender un trabajo
- Se reduce el desperdicio de material en la etapa de aprendizaje
- Se alcanza una gran destreza
- Favorece una correspondencia más cuidadosa entre las destrezas de las personas y las tareas específicas

Charles Babbage es considerado el **padre del concepto de informática** (información automática). Desarrolló, en 1832, el diseño de cómo debía ser una **máquina de procesamiento automático de datos: la máquina analítica universal, con tecnología mecánica**. Babbage murió sin poder ver realizada su máquina, que sería capaz de desarrollar automáticamente los cálculos encadenados para la resolución de cualquier problema matemático.

Robert Owen (1771-1858), un industrial galés socialista que fundó su primera fábrica a los 18 años, fue el primer empresario que reconoció la degradación a la que eran sometidas las personas, particularmente las mujeres y los niños en el sistema productivo industrial. Owen criticaba a los empresarios que destinaban grandes sumas de dinero para la adquisición de nuevas maquinarias y gastaban poco y nada en la mejora de las condiciones laborales de sus trabajadores.

Para comprender cabalmente el pensamiento de Robert Owen es necesario contextualizarlo con algunos ejemplos de la realidad laboral británica de mediados del siglo XIX, descritos por Karl Marx (1818-1883):

- La ley laboral de 1833 establecía que la jornada laboral ordinaria debía comenzar a las 5:30 de la mañana y finalizar a las 9 de la noche, y que dentro de esos límites (15 horas) era legal emplear jóvenes (personas entre 13 y 18 años). La ley prohibía lo que antes era usual: emplear a niños menores de 9 años. También limitaba a 8 horas., el trabajo de los niños entre 9 y 13 años.
- La ley fabril de 1844 estableció la jornada laboral de 12 horas. (sin pausa legal), aunque redujo a 8 años la edad de los niños que podían ser empleados. Esta ley fue enormemente resistida por los empleadores ingleses, quienes impusieron reducciones salariales para poder extender la jornada laboral (nuevamente a 15 horas.), a través de permitir a los empleados alcanzar el nivel salarial anterior cumpliendo horas extraordinarias de labor.
- La ley fabril de 1850 redujo la jornada laboral de jóvenes y mujeres a 10 horas y media.
- A partir de 1860, diversas leyes especiales (por rama de trabajo) fueron llevando la jornada laboral a 10 horas.
- En congresos obreros de Europa y Estados Unidos de la década de 1860 comenzaron a surgir presiones para lograr la jornada laboral de 8 horas.

Comienzo de la administración formal

La necesidad de sistematizar las actividades de planificación, organización, dirección, evaluación y control surgió claramente a partir de la **revolución industrial y el comienzo de la producción en serie**. Se reconoce que la **revolución industrial se inició en Inglaterra en 1769**, cuando **James Watt** (1739-1819) perfeccionara la **máquina a vapor** (desarrollada por Tomás Newcomen en 1712 y con lo cual se utilizaba la energía del vapor a presión para producir energía mecánica).

El comienzo de la implementación de la **producción en serie en grandes empresas** se asocia con el desarrollo de la **cadena de montaje** (Ford Motors –Fordismo–) de **Henry Ford** (1863-1947) en Detroit (1903). En este marco, recién **a principios del siglo XX**, tanto **Frederick Winslow Taylor** en Estados Unidos como **Henri Fayol** en Francia consagraron que eran competencias del gerente, del que administra: **planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo**.

Es por ello que se dice que, a **pesar de su largo pasado, la administración o management tiene una breve historia**, desarrollada a lo largo del siglo XX, y donde se vislumbran claramente tres momentos evolutivos:

- a) **Administración científica**
- b) **Humanización del trabajo**
- c) **Administración estratégica**

Estos tres momentos evolutivos se corresponden con tres escuelas muy conocidas del pensamiento administrativo:

- a) **Era clásica; Escuela clásica**
- b) **Era conductual; Escuela de las ciencias del comportamiento**
- c) **Era contemporánea; Administración estratégica**

A pesar de que las tres escuelas aparecieron en sucesión histórica (aunque con marcados solapamientos), las nuevas ideas que fueron surgiendo **no reemplazaron totalmente a las ideas anteriores, sino que fueron emprendiendo un camino de perfeccionamiento, coexistencia y complementación**. Cada una de las escuelas mencionadas hizo foco en diversas cuestiones:

- **La escuela clásica hizo foco en los procesos y las tareas (división del trabajo y control) que deben realizarse en la organización social, para producir los bienes y los servicios.**
- **La escuela conductual hizo foco en las personas (satisfacción) que realizan los procesos y las tareas en la organización social, para producir los bienes y los servicios.**
- **La administración estratégica, sin desatender las personas que realizan el trabajo, los procesos y las tareas, hace foco en los clientes (satisfacción) y el contexto de la organización social productiva.**

Tanto la escuela clásica como la conductual tenían como objetivo **mejorar la productividad** de las empresas. La administración estratégica, además, pretende **satisfacer al cliente y adaptarse a los nuevos escenarios**.

3.2 Era clásica. Escuela clásica

La **era clásica** de la evolución de la administración, que abarcó desde principios del siglo XX hasta el inicio de la depresión de los años treinta, estuvo imbuida de conceptos de la teoría militar y de la ingeniería. La escuela clásica, en su lucha contra el empirismo rutinario, estableció los principios de la administración (planificación, organización, dirección, evaluación y control) pero sobre la base según la cual **el individuo debía adaptarse al trabajo con una respuesta igual ante estímulos iguales**. En este marco, **los deseos de la dirección se convertían en leyes**.

La escuela clásica, para mejorar la productividad de las empresas, puso el foco en la mejora de los procesos. La principal crítica que recibió fue la **no consideración de los seres humanos como el recurso más importante de la organización**.

La escuela clásica fue desarrollada esencialmente por:

- **Frederick Winslow Taylor**, en Estados Unidos
- **Henri Fayol**, en Francia
- **Max Weber**, en Alemania

Frederick Winslow Taylor. Teoría de la “Administración Científica”

Frederick Winslow Taylor (1856-1915), un ingeniero de Filadelfia famoso por sus aportes en la industria del acero (patentó alrededor de cincuenta herramientas, máquinas y procesos), es considerado el padre de la administración científica. Taylor, autor de las obras *Los Principios de la Dirección Científica y Dirección Comercial*, así como los esposos **Gilbreth**, otros referentes de la administración científica, sostenían que **la administración era el trabajo intelectual de la producción**, y si se realizaba debidamente, el trabajo operacional podría ejecutarse mejor.

Taylor y sus seguidores buscaban, a través del desarrollo de **modelos sistemáticos de administración** (planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo), **reducir las pérdidas por ineficiencia en el trabajo y así aumentar la producción**. Taylor basaba su propuesta en **observaciones que realizaba en la planta productiva, analizando en el “campo” la relación entre la tarea productiva, los trabajadores y los jefes de unidades funcionales, supervisores o jefes de equipo**.

Taylor basó su teoría en la observación de las siguientes causas de ineficiencia que, según él provocaban que la producción de las empresas en las que se desempeñó (Midvale y Bethlehem Steel) fuera solamente un tercio de lo que podían producir con las mismas personas e infraestructura:

- Los trabajadores eran colocados en puestos sin preocuparse demasiado en que sus “aptitudes y capacidades” (hoy diríamos competencias) se correspondieran con la naturaleza de las tareas que se les encomendaban y sin brindárseles la oportunidad

de un beneficio extra (incentivo) como consecuencia de su actitud positiva hacia la producción.

- Las decisiones de la dirección eran casuales y se basaban en intuiciones, más que en un análisis científico de las situaciones problema.
- La relación entre propietarios y trabajadores era conflictiva y no existía el concepto de cooperación para el beneficio mutuo, interpretándose que las ganancias de unos eran, en una perversa ecuación de suma cero, solamente a expensas de pérdidas del otro.

Frente a esta situación, **la teoría de la administración científica propuso cuatro principios:**

- Formular una **descripción meticulosa de cada tarea y el perfil de individuo que a ella mejor se ajustaba**, así como del modo en que ese individuo podía realizar mejor su tarea, recurriendo inclusive al **cronómetro y a “cronometristas”** para medir un determinado movimiento con el fin de buscar el tiempo óptimo de ejecución.
- Seleccionar e **incorporar las personas de acuerdo al perfil descrito** y luego capacitarlo para optimizar su rendimiento.
- Lograr que **los directivos sean personas comprensivas**, escuchen aquello que los subordinados tienen que decir y se esfuercen para que **los trabajadores comprendan cabalmente las ventajas para todos, (propietarios, administradores y empleados) cuando el trabajo es realizado científicamente**. Esta actitud supuestamente quitaría sustento a la existencia de los sindicatos y la producción de huelgas.
- **Dividir el trabajo y la responsabilidad equitativamente entre la administración (supervisores o capataces encargados de planificar, organizar dirigir y controlar el trabajo) y los operarios (encargados de las tareas de ejecución del trabajo)**, realizando cada cual las funciones para lo que está más preparado.

Sin embargo, **la administración científica no logró la eficiencia esperada**. Los operarios se quejaban frecuentemente no sólo de dolencias físicas, sino además de problemas emocionales y espirituales:

- Pensaban que ellos y su trabajo no tenían mucho valor.
- Se sentían deprimidos.
- Eran pesimistas.
- Tenían crisis por problemas triviales y renunciaban a su empleo.

Esta situación en el fondo reflejaba que el **recurso humano era considerado sustantivamente como un engranaje de las líneas de producción**.

Henri Fayol. Teoría administrativa y escuela de la departamentalización

También el ingeniero francés **Henri Fayol**, coetáneo de Taylor (1841-1925), se dedicó a estudiar la organización de las empresas aunque, a diferencia de Taylor, **centraba sus observaciones en las funciones administrativas generales**. El pensamiento de Fayol fue expresado en 1925 en un volumen conocido como ***Teoría General de la Dirección***, donde se encuentran grandes coincidencias con el pensamiento de Taylor.

Fayol estableció los catorce **principios generales de la dirección**:

- 1) Principio de **división del trabajo**: la especialización mejora la eficiencia.
- 2) Principio de **autoridad**: los gerentes deben saber dar órdenes pues la autoridad formal les confiere ese poder. Sin embargo, toda vez que se ejerza la autoridad, surge una responsabilidad.
- 3) Principio de **disciplina**: los empleados deben obedecer y respetar las reglas de la organización.
- 4) Principio de **unidad de mando**: cada empleado debe recibir órdenes de un solo superior.
- 5) Principio de **unidad de dirección**: cada grupo de actividades que tenga el mismo objetivo debe estar bajo la dirección de un solo gerente.
- 6) Principio de **prevalencia del interés general sobre los intereses particulares**.
- 7) Principio de **remuneración**: los trabajadores deben recibir un pago justo por su esfuerzo.
- 8) Principio de **centralización**: equilibrio en el grado en que los empleados participan en la toma de decisiones (descentralización).
- 9) Principio de **escalafonamiento (jerarquía)**: las comunicaciones deben seguir las líneas de autoridad (cadena de mandos) establecidas en el escalafón. En aras de la eficiencia puede haber transversalidad (comunicación horizontal) si los superiores están informados.
- 10) Principio de **orden**: las personas y los materiales deben estar en el lugar correcto en el momento adecuado.
- 11) Principio de **equidad**: los gerentes deben ser justos y amables con los empleados (sic.)
- 12) Principio de **estabilidad en el trabajo**: la administración debe procurar la mayor estabilidad en el trabajo y planificar la sustitución de los puestos vacantes.
- 13) Principio de **iniciativa**: los empleados se esforzarán más si se les permite idear y ejecutar planes.
- 14) Principio de **espíritu de cuerpo**: el espíritu de equipo fortalece la organización.

Fayol sostenía que el funcionamiento de cualquier organización social, a las que asimilaba con cualquier organismo vivo con la diferencia que éste está compuesto por células y las segundas por hombres, **se basaba en los siguientes principios: dirección (administración), función técnica, comercial, financiera, contable y seguridad**.

La **función directiva (administrativa)** la asimilaba a la **función del sistema nervioso**: recoger las sensaciones de los distintos componentes, pudiendo actuar de forma autónoma (reflejos), o llegar al nivel central, desde donde se establecen las instrucciones de la actuación. La función de dirección para Fayol, al igual que para Taylor, requeriría las siguientes actividades: **programar, organizar, mandar (dirigir), coordinar y controlar**. Fayol afirmaba que **la administración y sus actividades eran comunes a todos los cometidos humanos: las empresas, los gobiernos y aún los hogares**.

Fayol además elaboró con precisión el concepto de **“Estado Mayor”**, en la actualidad denominado **staff, como un grupo de apoyo a la Dirección para el desarrollo de sus funciones, separando, además, de forma rigurosa las tareas de ejecución y control**. Los seguidores de Fayol constituyeron la llamada **“Escuela de la Departamentalización”**, considerando que el sistema más eficaz para organizar una empresa es el de dividir las actividades en una serie de tareas elementales, reunir tales tareas en puestos individuales, **reunir los puestos de trabajo en unidades organizativas**, éstas en unidades más grandes, y así sucesivamente, hasta llegar a los servicios de nivel más elevado.

Cada unidad organizativa, cada departamento, era concebido, por lo tanto, como un **“conjunto definido de tareas a repartir entre los componentes de la unidad o del departamento”**.

El pensamiento de la escuela de la departamentalización fue superado porque:

- No se contemplaban mecanismos de coordinación adecuados entre los departamentos, los cuales tendían a quedar aislados como compartimentos estancos.
- Los trabajadores eran considerados esencialmente como simples instrumentos de ejecución de las tareas.

Max Weber. Teoría estructural.

Mientras que en Estados Unidos y Francia, Taylor y Fayol desarrollaban sus respectivas teorías acerca de la administración, en Alemania, el sociólogo Max Weber (1864-1920) formulaba la **“teoría estructural”**, en la cual esencialmente postulaba que **las funciones y actividades que se desarrollan en las organizaciones sociales se basan en relaciones de autoridad**.

Weber describió un modelo ideal de organización social productiva, que podría servir para las empresas grandes del mundo real, que denominó **“burocracia ideal”**, con las siguientes características:

- División del trabajo con especialización laboral
- Jerarquía de autoridad bien definida verticalmente
- Selección formal de trabajadores según capacidades bien detalladas
- Normas bien detalladas

- Relaciones impersonales: las normas se aplican sin preferencias
- Niveles gerenciales con formación profesional

Max Weber, **en su modelo burocrático (jerárquico)**, tampoco consideraba al ser humano como el centro de la organización.

3.3 Era conductual y humanización del trabajo. Escuela neoclásica o conductista

Ante el fracaso de la administración científica en la resolución de los problemas que se originaban en la relación con los empleados, la presión de los sindicatos (que en Estados Unidos, fueron reconocidos como representantes autorizados de los trabajadores a partir de la Ley Wagner, promulgada por Franklin Delano Roosevelt en 1935) y la crisis económica de la gran depresión de los años treinta, **comenzó una era en que progresivamente el RRHH de las organizaciones sociales productivas comenzó a ser considerado como recurso crítico. Comenzaron a analizarse las organizaciones sociales desde la perspectiva “de la gente”, de las personas, (trabajadores), y a intentar comprender cómo se podía lograr una eficaz colaboración entre todos los componentes de una organización social productiva. Comenzaba la era de “humanización del trabajo”.**

A lo largo de esta era (de comienzos de la década de 1930 a fines de la década de 1970), denominada en la teoría administrativa como **era conductual**, se desarrolló la **escuela neoclásica o conductista**, la cual, **para mejorar la productividad de las empresas puso el foco en las personas**. La escuela conductista recibió invalorable aportes desde disciplinas como la psicología y la sociología, comenzando, de este modo, el **desembarco de las ciencias sociales** en el campo de la administración. La escuela conductista tuvo como principales figuras a:

- **Elton Mayo**
- **Abraham Maslow**
- **Douglas McGregor**
- **William Ouchi**

Elton Mayo. Escuela de Relaciones Humanas

Algunas empresas, a fines de la década de 1920, consultaron con la Universidad de Harvard, donde un **profesor australiano** llamado **Elton Mayo** (1880-1949), había concebido la **Escuela de las Relaciones Humanas** y estaba desarrollando un nuevo concepto sobre las **relaciones humanas dentro de las empresas**. En síntesis, Mayo explicaba que los hombres no son individuos que solamente buscan aumentar al máximo sus intereses económicos, sino que son **miembros de grupos y tratan también de maximizar tanto las satisfacciones que les procura el prestigio social del que gozan ante los demás, así como el reconocimiento por su trabajo.**

Por ello, había que contemplar estos aspectos fundamentales de la **motivación** en el manejo del personal de las organizaciones sociales productivas. Mayo fue contratado por la empresa Hawthorne (unidad fabril perteneciente a la empresa Western Electric de Cicero, Estado de Illinois), para realizar un estudio de calidad e investigar la relación

entre la productividad y las condiciones laborales. Allí Elton Mayo realizó numerosos experimentos que comprendieron:

- **Rediseño de los puestos de trabajo**
- **Cambio en la extensión de las jornadas laborales**
- **Inclusión de períodos de descanso**
- **Planes salariales individuales o grupales**

Mayo arribó a las siguientes conclusiones:

- 1) El personal no siempre responde de forma previsible.
- 2) El personal no responde de forma inocua ante los cambios o las innovaciones.
- 3) El comportamiento del personal no sólo responde a motivaciones racionales, sino a otras muy complejas, así como a factores emotivos.
- 4) La buena selección y formación del personal no garantizan una buena actitud de los trabajadores. Interviene también la cultura y el clima de la organización.
- 5) La organización formal se ve influenciada siempre por la organización no formal.

Douglas McGregor. Teorías X y Y

A mediados del siglo XX, un profesor del Massachusetts Institute of Technology (MIT), **Douglas McGregor** (1906-1964), influenciado por la obra de un alumno de la Universidad de Harvard (Chris Argyris) contribuyó con la teoría administrativa desarrollando las **teorías X y Y en el proceso de conducción**. McGregor describió **los extremos de las diversas caracterologías que se observan en los managers, según la visión que dichos managers tienen acerca de las personas**. McGregor identificó dos tipologías:

- Los managers con **visión negativa de las personas**, al establecer que estas son poco ambiciosas, no les gusta el trabajo y rehúyen a las responsabilidades, consideran que es **preciso dirigitras estrechamente**, por medio de una **conducción coercitiva y centralizada**. Es la **teoría X**.
- Los managers con **visión positiva de las personas**, al establecer que estas son capaces de autodirigirse, no les disgusta el trabajo y aceptan asumir responsabilidades, **conducen motivando, persuadiendo, potenciando las habilidades y facilitando la participación a través de la descentralización**. Es la **teoría Y**.

McGregor sostenía que **los gerentes debían liberar a los empleados para que desarrollaran todo su potencial creativo y productivo**.

Abraham Maslow. Teoría de las necesidades humanas.

Abraham Maslow fue un psicólogo norteamericano de origen judío ruso, que nació en Palo Alto el 1° de abril de 1908, y fue líder de la **escuela humanista de psicología** que surgió en los años 1950 y 1960. Maslow, que se refería a esta escuela, como la “tercera fuerza” (más allá de la teoría freudiana y el conductismo), enseñó en la Universidad de Nueva York. Murió en 1970. De acuerdo a la **teoría de las necesidades humanas**

desarrolladas por Maslow, el resorte interior que gobierna la motivación de las personas está constituido por una serie de necesidades que tienen un orden jerárquico para su satisfacción, que va desde las más materiales (necesidades primarias) a las más espirituales (necesidades secundarias). Según Maslow, las necesidades humanas están distribuidas en una pirámide, dependiendo de la importancia e influencia que tengan en el comportamiento humano. En la base residen las necesidades primarias (fisiológicas y de seguridad), mientras que en la cima residen las más sofisticadas y abstractas: las necesidades secundarias (sociales, de autoestima y autorrealización). El gran aporte de Abraham Maslow fue el de establecer, fehacientemente, que el hombre, en el trabajo, **no sólo intenta a través del salario cubrir algunas de las necesidades primarias suyas y de su grupo familiar (comida, vivienda, educación, salud), sino que, además pretende satisfacer necesidades superiores, tales como la autoestima y la autorrealización.**

William Ouchi. Teoría Z

William Ouchi (nacido en 1943), profesor de la Universidad de California, desarrolló la **teoría Z**, inspirado en la propuesta de Mayo respecto de las relaciones humanas, las teorías X y Y de McGregor y la cultura paternalista japonesa, **donde los padres no permitían a sus hijos que trabajaran para una compañía si ésta no les construía antes un lugar donde vivir, no les ofrecía una dieta sana y prometía cuidarlos y brindarles empleo de por vida.** En la década de 1970, Ouchi, en su libro *Cómo pueden las empresas hacer frente al desafío Japonés* describió la Teoría Z, según la cual **la clave de la mayor productividad de las empresas está en implicar a los trabajadores en el proceso productivo.** La teoría de Ouchi sostiene que la confianza mutua (empresa-trabajador), el cuidado de la calidad del puesto del trabajo, la estabilidad, la promoción de la autonomía y el autocontrol (autogestión), los incentivos positivos y el cuidado de la salud de los trabajadores (favorecer la gimnasia, la alimentación saludable y el esparcimiento en el trabajo), favorecen la participación del personal en los objetivos de la empresa y, por ende, generan una mayor eficiencia.

Ouchi sostenía entonces que, dada la carencia de este imperativo cultural en occidente y la falta de concepción de “clan” tal como la tienen los japoneses (asociaciones íntimas de personas comprometidas en una actividad económica, pero unidas además por infinidad de lazos), era **tarea del gerente lograr dicha filosofía corporativa** en el interior de su organización. Según Ouchi, las **empresas Z**, en oposición a las empresas “jerárquicas” (burocráticas) son aquellas que:

- **Desarrollan una filosofía corporativa:** explicitan la visión y la misión de la organización y promueven un clima y cultura organizacional que favorece su logro.
- **Brindan confianza a sus trabajadores:** autonomía, autocontrol, incentivos, calidad de los puestos de trabajo, estabilidad...
- **Promueven la participación en la toma de decisiones:** proceso democrático en contraposición al autocrático o apático.

3.4 Era Contemporánea. Administración estratégica basada en resultados

A partir de la segunda mitad del siglo XX, los contextos fueron cambiando, las organizaciones fueron evolucionando y surgieron, dentro de éstas, **diferentes posiciones sobre cómo deben tomarse las decisiones superando las rigideces de los criterios de logística militar, ingeniería y conducta de los individuos**. Fueron incorporándose conceptos de la **economía** y, de la mano de ésta, ingresaron técnicas como la **contabilidad** y la **estadística**, que iniciaron una larga trayectoria de aportes a la toma de decisiones. Se fue conformando, a partir de las contribuciones de diversos autores, entre los cuales cabe destacar Herbert Simon, Henry Mintzberg, Peter Drucker, Peter Senge y Michael Porter un modelo moderno de administración que podríamos denominar “**administración estratégica basada en resultados**”.

A partir de 1978, cuando el Premio Nobel de Economía fuera otorgado a un profesor de psicología y economista estadounidense, **Herbert Simon** (1916-2001), por su análisis acerca de la utilización de **la información en el proceso de toma de decisiones en las organizaciones productivas**, la problemática de la gestión pasó a ser abordada, predominantemente, desde las **ciencias sociales**.

En esta evolución, y hasta el momento actual, la preocupación central en el mecanismo de toma de decisiones fue desplazándose sobre **tres focos**:

- Primero el **foco se centró** (continuando con las teorías de la era clásica y neoclásica) **en la organización: las personas, en cómo dividir el trabajo para producir más, en cómo organizarse para producir más y mejor**. La preocupación estaba centrada en la **productividad**.
- Luego el **foco se fue centrando en el contexto** en el cual se desempeña la organización para así estar preparada para poder adaptarse a un entorno cambiante. **Cómo adaptarse rápidamente, cómo innovar a velocidad**.
- Actualmente, a la preocupación por la productividad y el contexto se le suma la **preocupación por la satisfacción del cliente en términos de calidad esperada del producto y acortamiento del tiempo de respuesta a las demandas**. En el sector sanitario, este enfoque se ve reforzado al ser considerada **la salud como un derecho**.

La revolución postindustrial y el nuevo ciclo productivo modelado por las altas tecnologías (cuyo motor es la innovación creciente: Crozier, 1997), requiere que los nuevos gerentes posean habilidades para:

- Desarrollar rápidamente **nuevas ideas para aplicar en sus entornos (innovación)**
- Establecer relaciones de **cooperación ágiles y horizontales**
- Comunicar de forma **rápida y abierta**

El nuevo enfoque de la gerencia **transforma el modelo burocrático de gestión basado en la fragmentación de tareas y la subordinación jerárquica, e introduce nuevos requerimientos como el desarrollo de una cultura de la cooperación y de capacidades específicas para el manejo de la complejidad.**

Ello, a su vez, implica cambios en el modo de razonar que se expresan en una **simplificación de procesos y estructuras para atender la necesidad de funcionar con unidades descentralizadas (más autónomas), cuyos gerentes (líderes) pudieran actuar con mayor libertad en la toma de decisiones y ser evaluados por resultados.** De este modo, la nueva gestión empresarial se caracteriza por el desarrollo de competencias y de un estilo gerencial marcado por una visión estratégica, planes orientados a resultados y coordinación de unidades descentralizadas.

Concretamente, en la culminación del **concepto actual de gestión como gestión estratégica basada en resultados**, fueron incorporándose progresivamente en la visión de la administración los siguientes enfoques y herramientas, que, aunque tienen diferentes orígenes, están profundamente articulados:

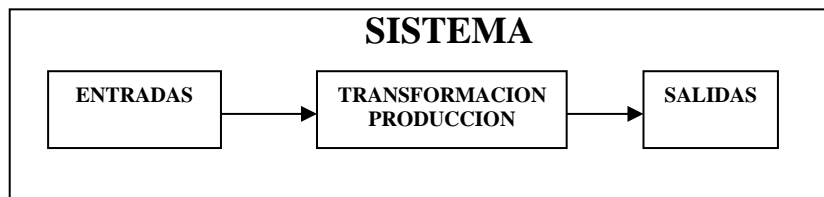
- 1) El **pensamiento sistémico**
- 2) El **enfoque de contingencia**
- 3) La **incorporación de nuevos roles**
- 4) La **administración por objetivos**
- 5) El **nuevo enfoque de la calidad**
- 6) La **cultura de la excelencia organizacional**
- 7) La **gestión del tiempo**
- 8) La **gestión del cambio**
- 9) La **gestión de la complejidad**
- 10) La **gestión del conocimiento**
- 11) La **producción y pensamiento Lean**
- 12) La **gestión por valores**
- 13) La **gestión del desempeño ambiental**
- 14) La **revolución digital**

Es muy interesante realizar el ejercicio de comparar, a medida que se van describiendo los 14 enfoques y herramientas que fueron modelando la gestión estratégica basada en resultados, el **grado de aplicación de dichos enfoques en la gestión diaria de las organizaciones proveedoras de servicios de salud de la cual formamos parte.**

4. Características de la gestión estratégica basada en resultados

4.1 Pensamiento sistémico

El pensamiento sistémico, derivado de la teoría de sistemas, es la capacidad de conocer y manejar la interdependencia que existe, tanto entre las diversas partes de una organización, como entre ésta y su ambiente. Es la capacidad de relacionar las partes con el todo (interno y externo de la organización). Un sistema es el conjunto de diferentes partes delimitadas de lo externo que interactúan entre sí en procura de un fin común. En un sistema, la calidad de las interacciones entre las diversas estructuras garantiza que el “todo” sea superior a la suma de las partes. Este concepto básico de sistema, aplicado a una organización puede ser graficado del siguiente modo:



Las organizaciones sociales **son sistemas abiertos que interactúan con el entorno, es decir, que ingresan recursos desde el medio (entradas) y entregan productos al medio (salidas)**. Debido a esto, las organizaciones sociales son “permeables” al entorno, pero al mismo tiempo, están claramente delimitadas del mismo. Las organizaciones sociales, al ser sistemas abiertos, **son afectadas por el medio, así como ellas mismas también afectan el medio**.

Un sistema, como recorte artificial del universo, para su estudio, está perfectamente definido cuando se conoce el proceso de transformación de las entradas (inputs) en salidas (outputs). **Cuando no se conoce la intimidad de dicho proceso, se dice que existe una caja negra**. El recurso de considerar caja negra al proceso de transformación de numerosos sistemas resulta imprescindible para operar con la realidad en la que cada uno se desenvuelve. Para el gerente general de una gran empresa, por ejemplo, los departamentos de la organización son cajas negras, ya que le resultaría impracticable (además de innecesario y costoso) conocer el modo en que cada uno de ellos desarrolla sus operaciones. Le basta conocer las entradas (mano de obra, recursos financieros, insumos...) y las salidas (unidades producidas, resultados económicos, satisfacción del cliente...). Sin embargo, para el gestor responsable de la unidad funcional productiva, no pueden existir cajas negras.

Un elemento clave del enfoque de sistemas es la necesidad que tienen los sectores con poder de decisión, dentro de la organización social productiva, de **recibir en forma oportuna, información relevante y cierta, tanto del entorno como desde los propios sectores operativos**. Para ello, en toda organización social resulta esencial la existencia de procesos fluidos de información y comunicación, tanto externos, como internos.

Finalmente es necesario reconocer la sutil diferencia con el “**pensamiento sistémico como quinta disciplina**”, concepto desarrollado por Peter Senge (profesor del MIT y fundador del Centro para el Aprendizaje Organizacional). La quinta disciplina de Senge (el pensamiento sistémico) es la disciplina integradora de una organización, que permite articular las otras **cuatro disciplinas esenciales para el desarrollo organizacional**:

- La capacidad individual (dominio personal)
- Los paradigmas (modelos mentales individuales compartidos: cultura)
- La construcción de una visión compartida
- El aprendizaje en equipo

Según Senge, la quinta disciplina recuerda que **el todo** (las otras cuatro disciplinas juntas) **es superior a las partes** (cada una de las otras cuatro disciplinas).

4.2 Enfoque de contingencia

Algo contingente significa que puede ser o no puede ser, que no es seguro ni necesario que sea porque depende de otros; esto: cualquier cosa del mundo. Lo opuesto a contingente es necesario (no depende de otros), esto es: Dios y las verdades de razón. En la teoría de la administración, **contingencia significa que la posibilidad (probabilidad) que un hecho suceda (riesgo) o no suceda, depende de un conjunto variable de otros acontecimientos** (acontecimientos externos o internos de la organización). Significa también que a pesar de desenvolverse en un contexto similar, **cada organización social productiva tiene sus particularidades** y, por consiguiente, no es conveniente darles a todas un tratamiento similar.

El enfoque de contingencia expresa la necesidad de adaptar los métodos administrativos a cada situación, según las diversas circunstancias. Expresa la necesaria adaptabilidad de las organizaciones sociales tanto a situaciones cambiantes del entorno, como del interior de la propia organización. Siguiendo el enfoque de contingencia, todas **las organizaciones deben desarrollar un ajuste particular entre sus estructuras y procesos, y las condiciones cambiantes del contexto.** No existe un único patrón de ajuste. Lo que funciona para una organización, no siempre funciona para otra. Lo que funciona en un contexto, puede no funcionar en otro.

La teoría de la contingencia expresa que “todo depende”. Por consiguiente, una aproximación correcta a **la administración de cada organización es contingente con la situación interna y el contexto externo de dicha organización.** El gerente necesita contar con las habilidades necesarias para enfrentar la inestabilidad del entorno, captando e interpretando adecuadamente las señales de una realidad incierta, mediante actitudes abiertas frente a la incertidumbre y la implementación de instrumentos no tradicionales de percepción e interpretación.

4.3 Incorporación de nuevos roles

Sumados a los roles tradicionales descritos por Mintzberg, esto es, el rol en las relaciones interpersonales, el rol en la comunicación y el rol en la toma de decisiones, a partir de la segunda mitad del siglo XX se fue consolidando la concepción que **los actuales managers deben asumir nuevos roles:**

- **Ser expertos en mediación**
- **Ser promotores de la capacitación permanente**
- **Ser constructores de equipos de trabajo (team work)**
- **Ser gestores de cambios**

4.4 Administración por objetivos o gestión por resultados

En 1954, Peter Drucker **Peter Ferdinand Drucker** (austriaco, 1909-2005, doctor en Derecho Internacional -Alemania-, profesor de management en la Universidad de Nueva York y consultor -famoso por la consultoría en la General Motors que diera origen a la publicación “Concept of the Corporation” -1946-), apoyándose fundamentalmente en la cibernética (ciencia del control de sistemas), describió una nueva modalidad de dirección de las organizaciones sociales, a la que denominó **“Dirección por Objetivos” (DPO)**. La DPO desarrollada por Drucker, esencialmente conformada por un sistema pautado de gestión bidireccional (de abajo a arriba y de arriba abajo), se basa en **dos actividades clave**:

- 1) **Identificar de manera clara los objetivos a conseguir por parte de la organización, departamento o una unidad funcional, explicitando responsables, indicadores y metas**
- 2) **Medir los resultados concretos obtenidos con los indicadores previstos, para su comparación con las metas prefijadas**

El hecho de que en la DPO resulta clave medir los resultados, ha provocado que también se la conozca como **gestión por resultados**. Los **objetivos centrales (primarios, generales), que son relativamente fijos**, están predeterminados en la **misión** de una determinada organización social y son presentados por el nivel de propiedad y de gobierno de dicha organización. Los **objetivos secundarios (específicos), alineados con los objetivos centrales, que se evalúan, ajustan y reformulan permanentemente**, son determinados por los niveles gerenciales. Los objetivos secundarios pueden ser establecidos por parte de los niveles operativos, dentro de un marco establecido por el nivel de conducción superior. El principal aporte de la DPO es que hace foco en la **medición precisa de los resultados de cada una de las distintas unidades funcionales (UF) de una organización**, y, por ende, la contribución ofrecida por dichas UF en la consecución de los objetivos organizacionales.

La DPO permite la **cuantificación de lo que cada unidad funcional e individuo ofrece para el logro de los objetivos de la institución**. De este modo, Drucker contribuyó a entender que **una valoración precisa de la gestión sólo es posible cuando se determinan cuidadosamente los objetivos globales y los objetivos específicos, y se formulan de forma explícita, clara y medible**. Peter Drucker, además, en muchos casos por primera vez, planteó en su “Concepto de Corporación”, grandes temas del management como el ejercicio del liderazgo, la formulación de estrategias, la definición de las políticas básicas y la fijación de criterios objetivos para la toma de decisiones. Drucker también desarrolló el concepto de **sociedad del conocimiento** (en su libro “La sociedad post-capitalista” -1974-), donde destacaba la necesidad de **colocar al conocimiento en el centro de la producción de la riqueza**. No cantidad de conocimiento, sino su **productividad**.

4.5 Nuevo enfoque de la calidad

Aunque a partir de la producción en serie se realizaba la **inspección de la calidad del producto a través de equipos de inspectores**, actividades sistemáticas de control de calidad comenzaron a realizarse recién en la década de 1940, cuando se constituyeron en las empresas los primeros **departamentos de control de calidad**. Sin embargo, el control de calidad siempre seguía vinculado al concepto de inspección del producto. El actual **enfoque de calidad** se concreta al surgir dos desarrollos trascendentes:

- a) **El aseguramiento de la calidad**
- b) **La calidad total y la mejora continua de la calidad (Kaizen, en japonés)**

Aseguramiento de la calidad

El aseguramiento de la calidad surgió a partir de la década de 1950 cuando comenzó a considerarse que no era suficiente controlar el producto final, ni bastaba con programar sistemas productivos con alto nivel de calidad, sino que, además, era necesario que el producto cumpliera entre otros, con **estándares conforme al uso que el cliente pretendía darle**. Un modelo de estos **estándares** lo conforma el conjunto de normas **ISO de la serie 9000**. A partir de esta observación surgió la necesidad de **ampliar el concepto de “control” de la calidad, al de “garantía” (aseguramiento) de la calidad**, convirtiéndose en una actividad crucial **el conocer las verdaderas necesidades de los clientes**. La **diferencia más relevante entre el control de la calidad y el aseguramiento de la calidad, está en el enfoque**:

- El **control de la calidad** se enfoca en la detección de defectos: **centrado en el producto**.
- El **aseguramiento de la calidad** se centra en la prevención de defectos durante el proceso de producción, y en atender las preferencias de los clientes: **centrado en el cliente**.

Calidad total y mejora continua de la calidad

Al finalizar la segunda guerra mundial, en el marco de la recuperación de la devastada Japón, las empresas japonesas, tenían las siguientes restricciones:

- Rigidez laboral (no podía despedir a ninguna persona);
- Falta de financiamiento para actualizar su equipamiento;
- Barreras a la exportación.

Los empresarios japoneses, reunidos en la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros (JUSE), organizaron una serie de conferencias de las que participan ingenieros y científicos norteamericanos como Deming y Juran, discípulos de Shewhart. Con la contribución de éstos, comenzaron a desarrollarse las principales teorías, sobre la calidad total, de autores japoneses tales como Ishikawa y Ohno.

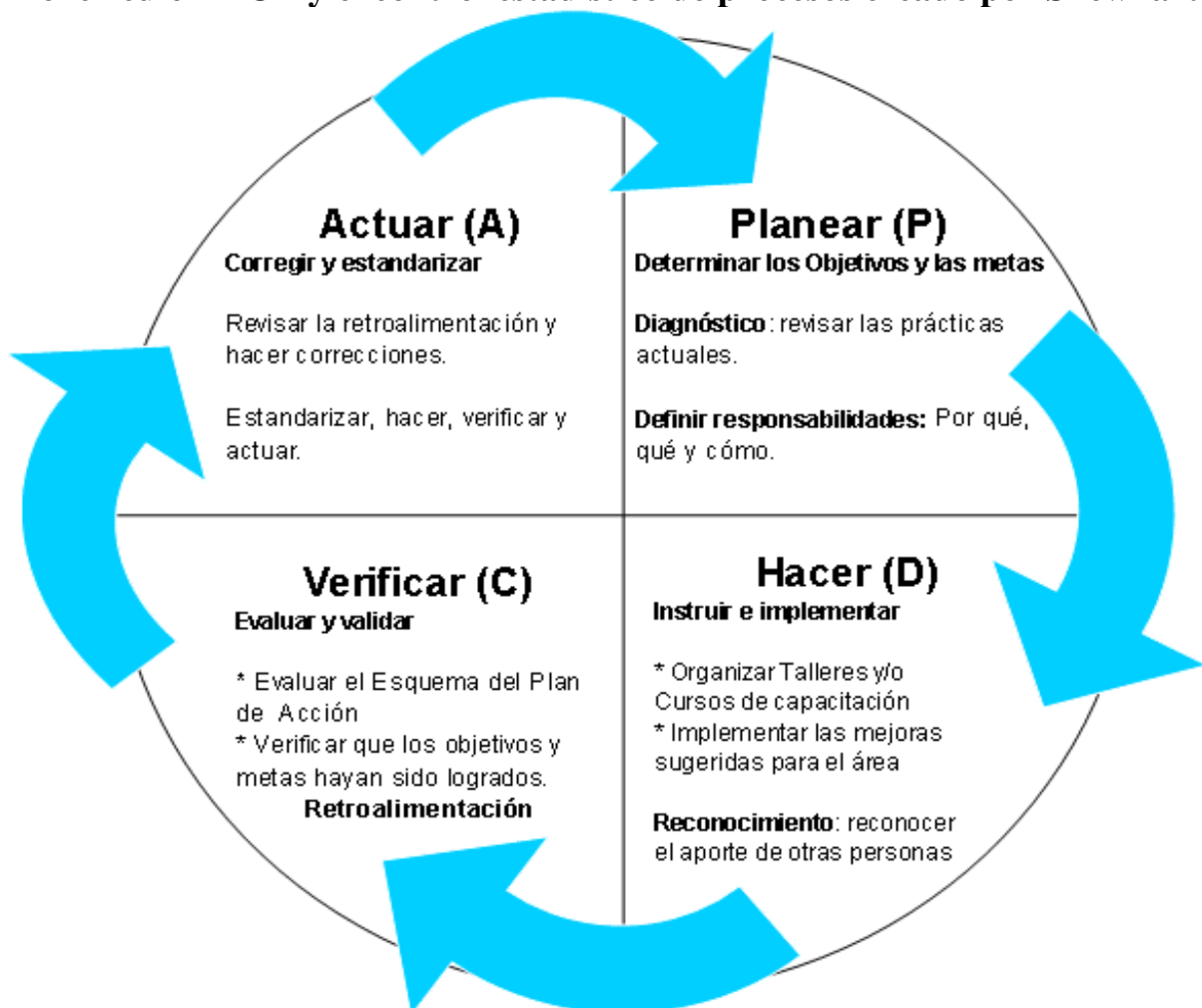
El marco de las restricciones arriba mencionadas, Japón hizo que las mejoras de la calidad y la competitividad de sus empresas se basara en:

- El enfoque de la empresa en las **necesidades y preferencias del cliente**;
- Búsqueda sistemática y exhaustiva de los “despilfarros”, entendidos estos como todas aquellas **actividades de un proceso que no agregan valor al producto preferido por el cliente**, y puesta a trabajar al personal motivado para eliminarlos;
- La colaboración de las personas de la empresa, a las cuales se las **formaba y motivaba** para que contribuyan responsablemente con los objetivos de la empresa.

La **mejora continua de la calidad, basada en la eficacia, la eficiencia y la invariabilidad de los procesos**, así como la **calidad total**, aunque son conceptos actuales, se basan en aportes realizados a mediados del siglo XX por los siguientes autores, que desarrollaron experiencias exitosas de programas de calidad en Japón y Estados Unidos:

- 1) **Walter A. Shewhart** (1891/1967, físico, ingeniero y estadístico estadounidense), en los Laboratorios Telefónicos Bell de la telefónica AT&T, desarrolló, entre los años 1931/1840 el concepto de **control estadístico de los procesos**, a partir del supuesto de era menos costoso mejorar los procesos que controlar los productos. Hoy, en salud, diríamos: la mejora de los procesos asistenciales, a través de guías de cuidado que evita la variabilidad, disminuyen los costos de los productos. Shewhart planteó un método para desarrollar actividades de mejora continua de los procesos: **planificar-hacer-verificar-actuar (Plan-Do-Check-Act: PDCA)** El objetivo era evitar la variabilidad de los procesos.
- 2) **William Edwards Deming (1900/1993)**: estadounidense, profesor universitario de estadística, autor de “Out of the Crisis” (1986) y difusor del concepto de **espiral de mejora continua de la calidad**; Deming enseñó en el Japón de la postguerra (1950) y diseminó el **círculo PDCA** de Shewhart. El nombre Deming está asociado al desarrollo y crecimiento de Japón después de la Segunda Guerra Mundial. Las ideas de Deming se recogen en los **Catorce Puntos y Siete Enfermedades de la Gerencia**, en los cuales afirma que **todo proceso es variable y cuanto menor sea la variabilidad del mismo, mayor será la calidad del producto resultante**. Deming acuñó dos frases que expresan su visión de que sin datos no es posible gestionar:
 - En Dios, nosotros creemos (está escrito en los dólares billete). Los demás deben traer (aportar) datos.
 - Sin datos, tu eres, solamente, una persona más con su opinión.

Espiral de mejora continua, desarrollado por Deming en Japón, basada el círculo PDCA y el control estadístico de procesos creado por Shewhart



3) **Joseph Juran (Rumania 1904/EEUU2008):** este ingeniero en el año de 1941 amplió la aplicación del principio de Pareto a cuestiones de calidad: el 80% de un problema es producido por el 20% de las causas; Juran: “los pocos vitales y los muchos útiles” (en lugar de triviales) para indicar que el 80% restante de las causas no deben ser totalmente ignoradas. También trabajó en Japón. Publicó “**Avance de gestión**”, en 1964, destacando la cuestión de la resistencia cultural al cambio y esbozando lo que luego fuera conocido como la “**trilogía de Juran**”:

- **Planeamiento de la calidad:** plan maestro (estratégico) de la calidad de las organizaciones con metas concretas (tres años);
- **Control de la calidad:** vigilar que los procesos sean eficaces y eficientes (sin desperdicios);
- **Mejora continua de la calidad:** inspirado en el ciclo “planificar-hacer-verificar-actuar”, de Deming (círculo PDCA o espiral de mejora continua).

- 4) **Sakichi Toyoda (Japón, 1867/1930)** este industrial, padre de la revolución industrial japonesa, llamado el rey de los inventores japoneses, fundó, en 1926, la empresa Toyota de máquinas de coser, antecesora directa de la empresa Toyota Motor Co. Ltd., creada en 1937. Sakichi Toyoda, que no pudo ver su empresa de automotores produciendo, fue quien desarrollara el concepto de los **“5 porqué”**: método basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de **los 5 porqué** es determinar la **causa raíz de un defecto o problema**.
- 5) **Taiichi Ohno (China 1912/Japón 1990)** este ingeniero industrial es conocido por haber contribuido a diseñar el sistema productivo de **Toyota**, y haber acuñado, en dicha fábrica de automóviles, el sistema **“Just In Time”**: entregar al cliente el producto con la calidad exigida, en la cantidad precisa y en el momento exacto.
- 6) **Kaoru Ishikawa (Japón 1915/1989)** este químico industrial, administrador de empresas y experto en el control de calidad, desarrolló, además de la famosa espina de pescado para el análisis de los problemas y sus causas, los denominados **“Círculos de Calidad”**. Esto es, grupos de voluntarios de las empresas, con estabilidad, que tenían como objetivo principal mejorar la calidad de los procesos y el entorno de trabajo. Lo que hoy en salud denominaríamos, comités de calidad.

En la consolidación de los conceptos de **calidad total** y **mejora continua de la calidad**, a los tres autores mencionados, debe sumársele **Bill Smith** (1929/1993), el ingeniero estadounidense padre de la metodología **Six Sigma** (6 sigma = 99,99966% de eficiencia) desarrollada en 1987, en Motorola (empresa estadounidense especializada en electrónica y telecomunicaciones, establecida en Illinois, en las afueras de Chicago). La letra griega Sigma es utilizada para describir una medida de dispersión, es decir, para representar como están distribuidos los datos respecto a la media en una población dada. Dado que la “calidad” está relacionada con la menor variabilidad respecto a determinados valores esperados (estándares), la metodología six sigma pretende ajustar los resultados a los objetivos. Six Sigma es una metodología basada en la **mejora de los procesos**; mejora centrada en la **reducción de la variabilidad de los procesos**, por medio de grupos de trabajo de expertos que procuran, paso a paso, alcanzar **metas financieras** específicas, en pos de reducir o eliminar los defectos en la entrega del producto (bien o servicio).

Tanto la calidad total como la mejora continua de la calidad implican la **comprensión y la implantación (en cada uno de los niveles, unidades y actividades de las organizaciones sociales productivas) del concepto de gestión de la calidad y de la posibilidad de la mejora continua de ésta**. Los principios de la calidad total y la

mejora continua de la calidad se constituyen, de este modo, en parte primordial de la cultura de la organización y están incorporadas fundacionalmente en su estrategia.

Los principios sobre los que se fundamenta la **gestión de calidad total** son tres:

- 1) **Enfoque centrado en los clientes;**
- 2) **Participación y trabajo en equipo: valoración de la fuerza del trabajo, cooperación interpersonal y satisfacción de los operadores;**
- 3) **Mejora de los procesos y aprendizaje continuos como estrategia general.**

4.6 Excelencia organizacional como cultura de la organización

El concepto de **excelencia organizacional** surge como una noción comprendida en la administración estratégica en la década de 1980, a partir del impacto de **dos modelos teóricos estrechamente vinculados**:

- a) El **modelo conocido como “milagro japonés”**, con énfasis en la calidad (desde Shigeru Kobayashi, en 1972, a William Ouchi en 1982), como continuidad de los aportes en calidad de las décadas anteriores;
- b) El modelo basado en el “best-seller” de Tom Peters y Robert Waterman (1984), ***En busca de la excelencia***. Peters y Waterman eran miembros de la consultora internacional con sedes en los 5 continentes, McKinsey and Company, y que fuera fundada en Chicago en 1929 por el profesor de management por James McKinsey. Los autores identificaron 43 empresas de los EEUU que consideraron “excelentes” por el crecimiento de sus activos y acciones. Sobre la base de las características comunes que hallaron en dichas empresas, formularon los siguientes **8 principios de la excelencia**:

- Predisposición para la acción (orientadas hacia la acción)
- Acercamiento al cliente (investigan las necesidades de los consumidores)
- Autonomía y espíritu empresarial (fomentan habilidades internas)
- Productividad y personal (prestan atención a su personal)
- Movilización alrededor de un valor clave (los líderes transmiten valores)
- Mantenimiento de la destreza central (se concentran en negocios conocidos)
- Estructura simple y poco personal (tienen estructuras sencillas)
- Flexibilidad y rigor simultáneos (están centralizadas o descentralizadas)

Estos ocho principios para la excelencia permiten a cualquier gerente mirarse al espejo y evaluar su desempeño sobre la base de 8 variables que son críticas para el éxito. Les ayuda a identificar buenas ideas que otros utilizan, y aplicarlas. Aunque los 8 principios puedan parecer sólo de sentido común, tienen el valor de que se trató de la primera vez que se expusieron en forma sistemática, y fundamentadas por una investigación.

4.7 Gestión del tiempo

La gestión del tiempo se basa en el supuesto que los clientes no sólo buscan productos buenos y baratos, sino que además **valoran positivamente un menor tiempo de respuesta a sus demandas**. Dentro de ciertos límites, al operar acortando el tiempo de respuesta de cualquier producto (obviamente acortando el tiempo de los procesos involucrados en su producción), mayor es el costo neto y el beneficio para la empresa. Se trata de una estrategia de gestión que va más allá de desarrollar procesos y resultados “justo a tiempo” (“just in time”, de Taiichi Ohno). Se trata de incorporar, al just in time, la visión del **tiempo como variable estratégica para vincularse a los clientes más atractivos y desconcertar a los competidores**.

4.8 Gestión del cambio

La **gestión del cambio se contrapone al cambio por crisis**. La gerencia estratégica gestiona el cambio ayudando a superar las resistencias y facilitando la adaptación de la organización a las necesidades que surgen de las nuevas circunstancias. Se basa en verdaderos equipos de trabajo, liderados por gestores que adoptan un estilo gerencial flexible y participativo, que procuran no sólo buenos niveles de resultados (desempeño) sino, además, un continuo aprendizaje organizacional que retroalimenta ese buen desempeño. La gestión del cambio, absolutamente necesaria para poder avanzar en la implementación de herramientas gerenciales tales la **gestión integrada de los procesos, la mejora de dichos procesos, el “justo a tiempo”, la implantación de sistemas de información, las alianzas estratégicas y el benchmarking**, requieren, no sólo del conjunto de competencias descritas en los roles del gerente, sino, además, de un **estilo adaptativo flexible**. Más aún en las ocasiones donde deben enfrentarse situaciones críticas tales como la reingeniería de procesos, la tercerización de servicios y el achicamiento (downsizing).

El estilo gerencial que expresa una mayor predisposición a dejar que el otro haga, pero que a su vez tiene una rigurosa regulación de los resultados a través de un preciso sistema de incentivos positivos (recompensas) y negativos (castigos) mediado por contratos o compromisos de gestión, se denomina “estilo transaccional”. Este estilo está en relación con la denominada “organización transaccional”, en la cual la jerarquía y el control tradicionales han sido convertidos en mecanismos de coordinación sobre la base de una amplia red de contratos que expresan las metas, por lo menos anuales, entre cada una de las partes. Este estilo y modelo organizacional facilitan **la gestión del cambio, tan necesaria en entornos heterogéneos, complejos y cambiantes como el de la salud**. Máxime en la nueva economía global donde es necesario reaccionar con rapidez ante las crecientes y simultáneas exigencias de calidad y variedad (personalización) de los productos (bienes y servicios).

4.9 Gestión de la complejidad

La complejidad no puede reducirse a un solo significado o a una sola dimensión de análisis, por estar compuesto de varias partes, todas ellas sustantivas para su definición. Edgar Morin, filósofo y político francés, nacido en París en 1921, define el pensamiento complejo como un pensamiento holístico e integrador, superador del pensamiento caracterizado por el determinismo, la fragmentación del conocimiento por disciplinas y el positivismo. La fragmentación por disciplinas contribuye a desconocer las complejas relaciones entre los hechos estudiados; entre lo biológico y lo psicológico, lo natural y lo social. El positivismo, defensor del método científico como única forma válida de conocimiento, y el neopositivismo, que va un paso más allá, y limita el método científico a lo empírico y verificable, contribuyen a la simplificación del pensamiento que trata de describir la realidad.

Por otra parte, en el mundo actual, globalizado, aumentan las interdependencias de todo tipo, que inducen la obsolescencia rápida de los conocimientos técnicos de las instituciones, así como de los métodos de gestión. Las organizaciones sociales productivas, máxime las del sector salud por las particularidades que luego serán analizadas, presentan cada día más, una realidad compleja, difícil de gestionar. Realidad donde coexisten situaciones contradictorias que requieren competencias especiales para su gestión en pos del objetivo organizacional. Esto es, conviven: tradiciones e innovación, objetividad y subjetividad, razón y sinrazón, orden y desorden, competencia y colaboración, armonía y disarmonía. Asimismo, en el entorno de la organización, desde las nuevas necesidades de los clientes, hasta el rápido desarrollo tecnológico en un mundo global, también se van configurando nuevos escenarios llenos de complejidad e incertidumbre.

Al interior de la organización la complejidad viene abonada por los múltiples objetivos de parte, el peso de los diversos grupos de opinión, los juegos de poder entre los actores, las diferentes subculturas y sus distintos valores éticos, las relaciones laborales cada vez más inestables, las crecientes exigencias por mayores competencias. Por consiguiente, las organizaciones sociales productivas en verdad son **sistemas abiertos, con una compleja base social, política y técnica (con una gran descentralización en la toma de decisiones y enormes posibilidades de variabilidad)**. En las organizaciones proveedoras de servicios de salud, la complejidad se acrecienta enormemente, como veremos en el punto 6.1, por las características únicas que las ubican como las organizaciones sociales más difíciles de gestionar. Esto es debido a cuatro conjuntos de factores:

1. La particular **misión de las organizaciones de salud**
2. La complejidad del **proceso productivo**
3. El **componente social** que las atraviesa
4. La presencia de un **tercer pagador**

Para gestionar dicha complejidad se requiere de administradores con aptitudes para la gerencia estratégica, capaces de tratar con la diversidad, de tomar decisiones y asumir riesgos en medio de tensiones y divergencias. **Administradores capaces de actuar no sólo ante lo cierto e imprevisto, sino también ante lo incierto e impensado.**

4.10 Gestión del conocimiento

La gestión del conocimiento (knowledge management), que existe en cada organización, aunque esta no lo reconozca, hace referencia a la capacidad organizacional (o incapacidad) para aprovechar el conocimiento de cada uno de su personal, para generar nuevos conocimientos colectivos, a partir de diseminarlos como recursos disponibles entre todos los miembros de una organización, y materializarlos en mejores estructuras, mejores procesos y mejores productos (bienes y servicios) que contribuyan a cumplir más acabadamente la misión (los resultados) de la organización. La gestión del conocimiento intenta que **el conocimiento individual, reconocido como activo intangible de alto valor para la organización**, pueda fluir fácilmente hacia el resto de la organización (aprendizaje organizacional), con el objetivo de mejorar las competencias necesarias para generar mejores procesos y agregar valor a la producción, en términos de output, outcome e impacto.

El proceso de apropiación colectiva de los conocimientos individuales, se denomina **“aprendizaje organizacional”**. Aprendizaje que hoy está ampliamente facilitado por las modernas tecnologías de la información y comunicación. La gestión **no punitiva, de los errores y casi errores**, de las modernas políticas de calidad, son un ejemplo concreto de gestión del conocimiento.

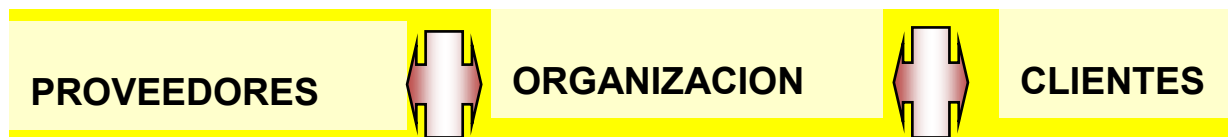
4.11 Producción y pensamiento Lean

La **producción y el pensamiento Lean** constituyen una estrategia de gestión desarrollada en Toyota por el ejecutivo Taiichi Ohno (1912/1990) durante la reconstrucción japonesa en el período post segunda guerra mundial. Estrategia de gestión que fuera popularizada por James P. Womack y Daniel T. Jones en su libro (1996) “Pensamiento Lean”, también conocido como “Production Lean”. Esta estrategia se basa en **hacer más con menos** (eficiencia), a través de un esfuerzo permanente (sin fin) para **eliminar o reducir el “muda” (en japonés): el desperdicio, o actividad que consume recursos sin agregar valor, sea en la planificación como en proceso de producción y entrega del servicio al cliente.**

La producción Lean fue incorporando diversas herramientas:

- **Mapeo de la corriente de valor (value stream mapping);**
- **Disminución de la posibilidad de cometer errores (poka-yoke)**
- **Ritmo con el cual deben ser entregados los productos para satisfacer mejor la demanda (takt time).**

En el marco del pensamiento Lean, se incorporó la herramienta denominada *value stream mapping* (Mapeo de la Corriente de Valor) o VSM. La cadena del valor agregado representa la integración de tres componentes cruciales de la producción:



En el componente “organización” de la cadena del valor agregado, se ubican los recursos, los procesos y los resultados de la organización productora de servicios de cuidado de la salud. En este marco, el mapeo de la corriente de valor constituye una herramienta gráfica utilizada para identificar “el desperdicio” o “despilfarro” y crear planes de acción que mejoren un proceso en particular. Contiene símbolos e íconos que permiten describir el flujo de valor. Se reconocen cuatro etapas para la implementación de un VSM:

- 1) Determinar familias de procesos;
- 2) Diseñar el mapa actual de procesos;
- 3) Crear un mapa de procesos en relación a un futuro deseado;
- 4) Definir un plan para conseguir el futuro deseado.

La producción Lean considera muy importante el **poka-yoke**. Término japonés que representa la probabilidad de cometer un error por parte del personal, no por falta de conocimiento, sino por olvidos, vinculados a, esencialmente a actitudes negativas. Para combatir el poka-yoke, las organizaciones productivas que utilizan el pensamiento

Lean, utilizan programas de reentrenamiento constantes que buscan sostener una actitud positiva orientada a la misión.

Takt time. Takt, en alemán, significa entre otras cosas ritmo, compás. En el marco del pensamiento Lean, se define como takt time la cadencia a la cual un producto debe ser entregado para satisfacer la demanda del cliente. En salud, se trata del mejor ritmo con que deben ser entregados los servicios, para satisfacer, del mejor modo, las necesidades de la demanda (los pacientes).

4.12 Dirección por valores

La **dirección por valores (también administración por valores)** es un **modelo de gestión estratégica que busca la mejora de la calidad de vida de la organización** (orientación al cliente interno) **y la excelencia empresarial** (orientación al cliente externo) a través de la promoción en toda la organización de **valores compartidos**, escogidos participativamente, y vinculados a tres dimensiones complementarias: la **ética**, el **control de la gestión** y el **desarrollo creativo**. La dirección por valores es un modelo de gestión estratégica superadora de los modelos tradicionales de dirección “por instrucciones”, que **promueve el desarrollo de una cultura organizacional donde todos los integrantes de la organización, a quienes se les ha brindado confianza y se los ha empoderado, se sientan responsables y comprometidos con los valores y el destino de dicha organización, y actúen en consecuencia.**

En general toda empresa dispone de una declaración de valores corporativos. Asimismo, más allá de las formulaciones oficiales, existen otros valores tácitos, no escritos, fuertemente enraizados en el accionar diario y, desde luego, más prácticos que elegantes, que tantas veces son origen de contradicciones e insatisfacciones.

En este marco, la dirección por valores propone superar la cultura organizativa convencional con declaración formal de valores, por otra que, **a través del diálogo franco y el liderazgo participativo pueda establecer valores “propios” centrados en las personas y en sus prácticas diarias.** La propuesta innovadora es que **la rentabilidad, además de un fin, sea un medio para impulsar el desarrollo de las personas que integran la organización.** El objetivo general de la dirección por valores es contribuir al mejor logro de los resultados, particularmente los presentes en el “outcome”: calidad, equidad, eficiencia y satisfacción de clientes y trabajadores.

La dirección por valores tiene por **objetivos específicos:**

- Desarrollar una cadena de liderazgos comprometida con la filosofía de la empresa
- Mejorar la cohesión interna entre las diversas unidades funcionales
- Mejorar la mejor imagen externa
- Facilitar las transiciones y los cambios
- Disminuir las pérdidas, los hechos deshonestos, los robos y/o fraudes

La dirección por valores propone una clarificación práctica de los dos grandes grupos de valores o principios compartidos que debieran orientar las acciones cotidianas de toda organización:

- 1) **Valores finales** asociados con la visión y la misión
- 2) **Valores instrumentales u operativos** asociados a la forma de pensar y hacer las cosas con las que la organización pretende afrontar las demandas de su entorno y sus tensiones internas

En la dirección por valores pueden diferenciarse **cuatro momentos**:

- 1) **Legitimación**: coherencia y cohesión del equipo directivo con respecto a los valores presentes en la visión y misión
- 2) **Participación**: elección y definición ampliamente participativa de un número reducido de valores instrumentales (no más de tres), involucrando todas las unidades funcionales de la organización y asegurando que surjan equilibradamente valores referidos a:
 - a) La ética
 - b) El control de gestión
 - c) El desarrollo creativo
- 3) **Aplicación**: presencia de los valores en las políticas, las estrategias, los procesos y las actividades. Ej:
 - a) Comunicación de los valores
 - b) Gestión de personas por valores
 - Selección por valores
 - Retribución y promoción por valores
 - Desvinculación por valores
 - c) Capacitación en valores
- 4) **Monitoreo**: análisis de la coherencia de las políticas, las estrategias, los procesos y las actividades, con los valores declarados

4.13 Gestión del desempeño ambiental

En 1987, se creó en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la **Comisión Mundial para el Medio Ambiente y el Desarrollo**, ante el reconocimiento internacional de los problemas ecológicos, así como del riesgo para las futuras generaciones, **del modelo consumista ignorante del medio, instalado junto con la industrialización.**

En este marco comenzaron a surgir voces críticas como las de la canadiense Eva Kras, quién, por su experiencia de muchos años de labor en México, contextualizó su preocupación por la **gestión del desempeño ambiental de las empresas**, en el **marco del respeto por las culturas autóctonas y de la promoción de valores grupales por encima de los individuales** como parte de la **nueva cultura organizacional orientada al desarrollo sustentable.**

Es por ello que la gestión estratégica basada en resultados encuentra en la gestión del desempeño ambiental un discurso holístico donde poner en consideración y relieve, cuestiones no consideradas específicamente y en profundidad hasta entonces: el impacto de las organizaciones productivas sobre el entorno. Entendido este integralmente:

- El entorno físico;
- El entorno biológico;
- El entorno socio-cultural.

4.14 Revolución digital

No existe sector productivo que en los últimos años haya escapado al impacto de la revolución digital. Digitalización de datos, internet de las cosas, computación en la nube, gestión de big data e inteligencia artificial han irrumpido en la vida moderna, en forma de lo que se ha dado en llamar, una cuarta revolución de la humanidad. Todos estos recursos son utilizados con ventaja por los sistemas de información, que son una de las herramientas gerenciales clave de la gestión estratégica basada en resultados.

Digitalización: inicialmente el término estaba reservado a la transcripción (conversión) de señales (de tensión, eréctricas) analógicas en señales (de tensión, eléctricas) digitales (binarias), con el propósito de facilitar su procesamiento (codificación, compresión, análisis, almacenamiento, recuperación, etc.) y hacer que la señal resultante (digital) sea más inmune al ruido y otras interferencias a las que son más sensibles las señales analógicas. El origen del término digital proviene del dígito binario (binary digit o bit), esto es, la menor unidad de información utilizada por los sistemas informáticos, con dos valores posibles: 0 y 1. Las ventajas de la señal digital son múltiples. Actualmente el término digitalización se aplica a todo proceso por el cual cualquier fuente de datos, documentos, fotografías, música, mapas, videos, señales de TV, de radio, etc., es convertida en una representación binaria (digital), para que pueda ser procesada por computadoras y almacenada en una base de datos.

Internet de las cosas: en 2017 el mundo hay más de 10.000 millones de objetos conectados. Cifra que podría superar los 20.000 millones en 2020. El Internet de las cosas (IoT), un entorno en el que los objetos, desde la maquinaria industrial hasta los electrodomésticos, pueden conectarse a Internet para recoger, enviar y recibir datos, permite a las empresas obtener datos valiosísimos que pueden explotarse gracias a la gestión analítica de los big data. Ejemplos:

- La incorporación de sensores diagnósticos en personas permite la telemedicina;
- La inclusión de sistemas de diagnóstico en los coches permitirá a las compañías aseguradoras monitorear patrones de conducción y ofrecer pólizas a la medida en función del modo de conducción del cliente;
- La implantación de sistemas de alerta en una organización productiva permite anticipar fallos en la producción antes de producirse, o de tener impacto en los resultados.

Computación en la nube: provisión de servicios informáticos que se ejecutan en servidores proporcionados por un tercero (a diferencia de los equipos proporcionados por una institución). A través de la computación en la nube un usuario hace uso de los recursos informáticos (hardware y software de base) entregados por un tercero como un servicio a través de Internet, confiando a este tercero sus softwares específicos y datos. La computación en la nube permite a las empresas disponer instantáneamente

de recursos tecnológicos, aprovisionarse sólo de las capacidades que realmente se van a utilizar y sustituir gastos fijos elevados en tecnología por gastos variables reducidos.

Big data: diferentes enfoques para reunir y analizar grandes volúmenes de datos que cambian rápidamente, y que provienen de una amplia variedad de fuentes.

Inteligencia artificial: algoritmos computacionales (programas informáticos) que corren sobre un hardware con elevadísima capacidad de procesamiento de datos, orientados a imitar el modo de funcionamiento del cerebro humano, en términos inferir conclusiones que no eran pre-existentes en los datos y que no estaban pre programadas.

Watson es un ejemplo de un sistema informático de inteligencia artificial, que tiene la capacidad de responder preguntas formuladas en lenguaje natural (no informático). Watson fue desarrollado por la corporación estadounidense International Business Machines (IBM). Watson responde a las preguntas gracias a una base de datos almacenada localmente, alimentada por una enorme cantidad de fuentes, incluyendo diccionarios, enciclopedias, tesauros, artículos de noticias, obras literarias y bases de datos externas.

En síntesis, la progresiva utilización de los componentes de la cuarta revolución industrial, son el **eslabón más reciente en la construcción de la gestión estratégica basada en resultados:**

- 1) Digitalización de todos los datos originados en cuanto variable pudiera pensarse;
- 2) Ampliación exponencial de las capacidades de almacenamiento y procesamiento de datos por computadoras cada vez más pequeñas;
- 3) Utilización de Internet como punto de encuentro para compartir datos, información y transacciones;
- 4) Gestión de big data en todos los campos de actividad humana;
- 5) Aprovechamiento de los cuatro desarrollos previos para generación de inteligencia artificial.

La progresiva utilización de estos cinco componentes, como tendencia mundial de los sistemas de información de las organizaciones productivas, abre perspectivas insospechadas para la mejora de la gestión basada en resultados.

Sin embargo, no hay que ser ingenuos y desconocer que existen **gigantes corporativos que controlan internet** y que los **datos digitalizados de las personas pueden ser utilizados y son utilizados con fines criminales**. Y de hecho así ya han sido utilizados. En este sentido es muy importante entonces, a la vez que se reconoce el positivo efecto en la gestión a favor de las personas, **trabajar intensamente para que en este mundo de la revolución digital exista:**

-
- Una mayor conciencia individual acerca de los peligros que acechan en esta nueva era digital, no sólo protegiendo la privacidad **brindando la menor cantidad de datos posibles**, sino, además, exigiendo permanentemente la **protección de su información, a empresas y gobiernos**;
 - Una mayor **regulación y control**, Estatal y de la sociedad civil, **sobre todas las prácticas de recolección de datos**;
 - El uso, individual y corporativo, de aquellos sistemas de comunicación e información que más protegen a los usuarios, por cuanto utilizan servicios **encriptados y respetuosos de la privacidad**. En estos momentos (2018), por ejemplo, DuckDuckGo en vez de Google, Telegram en vez de Whatsapp, y Protonmail en vez de Gmail.

Ver https://www.nytimes.com/es/2018/04/04/opinion-veliz-facebook-privacidad-cambridge-analytica/?rref=collection%2Fsectioncollection%2Fnyt-es&action=click&contentCollection=activismo-en-internet®ion=stream&module=stream_unit&version=latest&contentPlacement=1&pgtype=collection

4.15 La gerencia social

Las organizaciones proveedoras de servicios de salud de propiedad del Estado tienen como **misión proveer una utilidad social en el marco de una sociedad equitativa y democrática**. En consecuencia, además de las competencias arriba señaladas, los gestores de las organizaciones sanitarias deben desarrollar distintos tipos de capacidades, relacionados con la denominada **gerencia social**. Esto es, los niveles de conducción de los centros sanitarios son en realidad “**gerentes sociales**”.

Cuatro objetivos, profundamente articulados, conforman la estrategia de la **gerencia social**, en pos de mejorar la **gobernancia y gobernabilidad de las organizaciones sanitarias y el sistema de salud**:

- 1) **Facilitar el ejercicio del derecho a la salud**: el gerente social, enfocado en los resultados de su organización, facilita el ejercicio del derecho a la salud de las personas por medio de contribuir proactivamente a la satisfacción de las necesidades y demandas de salud de las personas.
- 2) **Promover la cohesión social**: el gerente social promueve la protección social y la inclusión social, a partir de una visión compartida entre los ciudadanos y el gobierno acerca de un modelo de sociedad basado en el estado de derecho, la justicia social y la solidaridad. El gerente social actúa identificando y propiciando la corrección de todas aquellas situaciones donde exista alguna falta de equidad que contribuya a la exclusión social. Falta de equidad entendida como disparidad evitable entre grupos y personas, tanto en el ejercicio de los derechos como en las oportunidades de acceso a los bienes preferentes y los servicios que concurren a preservar la calidad de vida.
- 3) **Contribuir al empoderamiento social**: el gerente social trabaja para que las personas y las comunidades ganen libertad y capacidad para decidir los objetivos y elegir las acciones con efecto sobre sus vidas, así como para participar en las decisiones que hacen a una mejora en la asignación de los recursos (mayor eficiencia y equidad). El gerente social actúa como propiciador de aquellos procesos que empoderen a la comunidad para ejercer el control sobre las decisiones que afectan su bienestar, contribuyan al desarrollo del capital social y a la profundización de la democracia participativa. Esto es actúan como facilitadores de la **gobernancia**.
- 4) **Impulsar la concertación social**: los gerentes sociales impulsan negociaciones y acuerdos institucionales que contribuyen a asegurar la correcta implementación de los programas socio-sanitarios. Esto es, actúan como facilitadores de la **gobernabilidad**. *Ver en textos complementarios: El enfoque de gerencia social*

5. Bases instrumentales para la gestión en el campo de la salud

5.1 Gestión de recursos, procesos y resultados

El propósito del **gerenciamiento (gestión)** de cualquier organización social es **conducirla hacia sus objetivos**, asignando los recursos humanos (¡qué deben hacer las personas!), materiales, financieros y de tiempo, de modo tal de alcanzar los mejores resultados con los menores costos. Las personas **responsables de cualquier nivel de gestión de toda organización proveedora de servicios de salud** (máximo nivel o Dirección Ejecutiva, nivel medio o Jefes de Servicio y nivel operativo o Jefes de Equipo), **gestionan tres cosas: recursos (inputs), procesos y resultados (output, outcome e impacto)**. En un esquema, siguiendo el **modelo de sistema**:



Como el derecho a la salud se ejerce, concretamente, satisfaciendo las necesidades de salud, **las organizaciones proveedoras de servicios de salud, a través de su desempeño, esto es a través de sus resultados (cumplimiento de su misión) facilitan o dificultan el ejercicio de dicho derecho.**

A su nivel, **quien gestiona un grupo de trabajo, quien gestiona una unidad funcional (UF) o quien gestiona toda la organización proveedora de servicios de salud, o toda una red integrada de servicios de salud, gestiona determinados recursos, determinados procesos y determinados resultados.** Los servicios de salud son, en esencia, **personas que cuidan a otras personas.** Ubicados en el esquema de la página anterior, es posible reconocer que los servicios de salud son recursos humanos (el principal de los recursos, resaltado en celeste) que utilizan otros recursos para realizar los procesos y obtener aquellos resultados que culminan con un impacto positivo en la salud y calidad de vida de los pacientes (también resaltado en celeste). **La gestión, precisamente es hacer que las personas que cuidan (inicio) produzcan el impacto (final), a través de gestionar toda la cadena de recursos, procesos y resultados.**

Dicho de otro modo, toda persona que gestiona, a su nivel **debe conocer acabadamente** cuáles son los **recursos que gestiona**; cuál es el **principal proceso del cual participa** utilizando los recursos que gestiona, así como cuáles son los **resultados que logra** (tanto el output, como el outcome y el impacto) a partir del / de los proceso/s que realiza. Toda persona que gestiona un servicio de salud, a su nivel, debe conocer **cómo los factores productivos, tanto tangibles (RRHH, infraestructura, equipamiento e insumos), como intangibles (conocimiento, capacidades y cultura organizacional) se transforman, a través de los procesos de la organización, en los productos que entrega.** El conocimiento acabado de la transformación de los factores productivos en productos, es la base de una de las funciones críticas de la gestión: **la obtención de los recursos, su utilización eficiente y la rendición de cuentas.**

Para que exista un conocimiento (interior de las personas) que pueda transformarse en información transferible a otras personas, a toda la organización y toda la red, es necesario desarrollar un proceso denominado de las 3 C (en inglés):

- 1) **Categorizar: Categorizing**
- 2) **Estandarizar: Commodifying**
- 3) **Calcular: Calculating**

Esto es, para cada uno de los tres componentes de la cadena productiva (recursos, procesos y resultados): identificar y definir las variables, esto es **categorizar las variables**, para luego consensuar las principales características de cada una de las categorías, esto es, **estandarizar las variables y las unidades de medida** que permita obtener datos comparables, y, por ende, **calcular como se transforman los recursos en productos.**

Siempre es conveniente recordar que tanto la organización como un todo, así como los departamentos y servicios, pueden ser perfectamente descriptos, a partir de las **características** que definen una unidad funcional, esto es, a partir de la menor unidad de estructura que realiza un proceso determinado, y que produce un producto definido:

- 1) **Resultados esperados conocidos. Misión nítidamente definida por los resultados que se esperan: output (productos y dinero asociado), outcome (calidad de los productos) e impacto (en los clientes).** Productos bien **definidos, tanto en su cantidad como en su calidad**, relacionados con las necesidades y demandas de los clientes, monitoreados a través de indicadores que conforman el tablero control cuadro de mando según corresponda;
- 2) **Clientes de quienes se conocen sus necesidades y demandas.** El cliente es la persona, otra UF u organización, a quién la UF en cuestión deben entregar los productos (bienes o servicios) que produce. Sean clientes externos o internos. El cliente (a quién se sirve) forma parte de la misión (la razón de existir). Nunca debe olvidarse que las organizaciones sanitarias son organizaciones cuyas UF, hacia **“adentro” cooperan entre sí “en cascada”**, y, hacia afuera forman parte de una **red de servicios de cuidado de la salud.**
- 3) **Procesos y procedimientos de los que participa, identificados y definidos.** Conjunto de actividades homogéneas dentro de dichos procesos y procedimientos;
- 4) **Recursos específicos que le son asignados**, especialmente horas de recursos humanos, equipamiento e insumos; **recursos que claramente tienen un valor económico**, sea que los paguen, directamente o no, quiénes los consumen;
- 5) **Objetivos y metas propios** para cada variable de recursos, procesos y resultados;
- 6) **Localización física determinada**; la producción (bienes o servicios) siempre se realiza en un ambiente físico determinado;
- 7) **Un responsable del funcionamiento**; persona en quien se delega la toma de decisiones sobre el uso de los recursos (humanos, físicos y organizacionales) asignados al centro, con quién se definen, formalizan y documentan los procesos, y, con quién se comprometen metas de los resultados.

Cada producto representa un consumo de recursos (costo) que, aunque no se visualice nítidamente, **está siempre presente en el output en términos de presupuesto ejecutado, facturación y cobranza.** Y, por ende, en términos de **costo de oportunidad, que en salud son servicios que no se brindaron.** Es por ello que necesariamente debe estar presente en el output.

5.2 Macrovariables comprendidas en los recursos, procesos y resultados

Para avanzar en el conocimiento de la transformación de los recursos (factores productivos) en productos, es necesario desagregar los recursos, los procesos y los resultados del esquema arriba presentado, en **trece (13) macro variables**:

A) Recursos, que incluyen las siguientes siete (7) macro variables

- 1) Personas: RRHH
- 2) Estructura edilicia
- 3) Equipamiento
- 4) Insumos
- 5) Normas
- 6) Información
- 7) Recursos organizacionales

B) Procesos, que incluyen las siguientes tres (3) macro variables

- 8) Procesos de gobierno, que incluyen:
 - Procesos de planificación estratégica, evaluación y control
 - Procesos de integración al exterior
 - Procesos de gestión de la información
- 9) Procesos asistenciales o procesos productivos principales, que incluyen:
 - Procesos de los servicios finales
 - Procesos de los servicios intermedios
 - Procesos de gestión de pacientes
- 10) Procesos no asistenciales o de apoyo, que incluyen:
 - Procesos administrativos
 - Procesos de hotelería
 - Procesos de conservación y mantenimiento
 - Procesos de docencia e investigación

c) Resultados, que incluyen las siguientes tres (3) macro variables

- 11) **Productos:** desde el producto de una unidad funcional (UF) hasta la producción hospitalaria. **Output**
- 12) Resultados en términos de **atributos de los productos. Outcome**
 - Resultados en términos de calidad técnica
 - Resultados en términos económicos, sea en términos de eficiencia, de productividad, o de utilidades
 - Resultados en términos de equidad
 - Resultados en términos de satisfacción de los usuarios, sean externos (pacientes) o internos (trabajadores de la salud)

-
- Resultados en términos de datos e información provista
- 13) Resultados en términos de **impacto**
- Resultados en términos de salud del paciente
 - Resultados en términos de calidad de vida del paciente
 - Resultados en términos de salud poblacional

5.2.1 Macro variables comprendidas en la corriente de entrada (input)

- 1) **Personas** (también expresadas como recursos humanos -RRHH-): en realidad quien administra, a su nivel, gestiona horas de trabajo de personas a su cargo; por consiguiente, **quien gerencia es responsable de cómo se aplican (cantidad y productividad) las horas de las personas que están a su cargo. Las personas (los RRHH) son el recurso más importante de los servicios de cuidado de la salud.** No sólo porque se trata de servicios donde **personas ayudan (cuidan) a otras personas**, sino porque, además, **dichos RRHH son, precisamente, los responsables de la gestión de los demás recursos de estructura, de la gestión de los procesos y la obtención de los resultados de la organización.**
- 2) **Estructura edilicia:** quien administra, a su nivel, gestiona bienes de capital o bienes “inventariables” en forma de estructura edilicia, destinados a incrementar la capacidad productiva por medio de la ampliación de la infraestructura. Ejemplo: ambientes de consultorio externo, de las habitaciones, de los quirófanos...; **quien gerencia es responsable de los bienes inventariables en forma de estructura edilicia, que están bajo su responsabilidad.**
- 3) **Equipamiento:** quien administra, a su nivel, gestiona bienes de capital o bienes inventariables en forma de equipamiento, destinados a incrementar la capacidad productiva. Ejemplo: ambientes de consultorio externo, de las habitaciones, de los quirófanos...equipos de uso biomédico, muebles, equipos de aire acondicionado, construcción de nuevas instalaciones...; **quien gerencia es responsable de los bienes “inventariables” en forma de equipamiento, que están bajo su responsabilidad.**
- 4) **Insumos:** quien administra, a su nivel, gestiona los insumos (bienes de consumo o bienes corrientes, “no inventariables”); **quien gerencia es responsable de cómo se utilizan los insumos que se utilizan en los productos que están bajo su responsabilidad.**
- 5) **Normas:** quien administra, a su nivel, gestiona diversos tipos de normas, desde Leyes (por ejemplo la Ley de Carrera Profesional Hospitalaria) hasta protocolos de actuación y manuales de procedimiento; **quien gerencia es responsable de**

conocer, promover y controlar cómo se aplican las normas que rigen las actividades que están a su cargo.

- 6) **Información:** quien administra, a su nivel, gestiona información. La información es un componente clave de la gestión por cuanto está presente tanto en la corriente de entrada, como así también en los procesos y la corriente de salida; esto es, está presente, “transversalmente” como:
- Un componente indispensable de **estructura:** la información socio sanitaria (demográfica, de determinantes sociales y epidemiológica) constituye un recurso de entrada sin el cual no podrían planificarse cuáles procesos desarrollar;
 - Un elemento consustancial de todos los **procesos:** cada actividad sustantiva de todo proceso conlleva un determinado registro de datos en soporte manual o informático;
 - Un elemento clave del **resultado** por cuanto tanto la cantidad y la calidad de un determinado producto (por ejemplo: consultas, prácticas de enfermería,...) como el desempeño de la organización y su impacto en términos de calidad de vida, satisfacción, equidad y eficiencia, se expresan (se informan) a través de “indicadores”.

Quien gerencia es responsable de cómo se recoge, se analiza y se distribuye la información de los recursos de estructura, los procesos y los resultados que están bajo su responsabilidad.

- 7) **Recursos organizacionales:** quién administra, a su nivel gestiona ciertos recursos de estructura clave, que, sin embargo habitualmente no son tenidos en cuenta. Son:
- La **misión**
 - El **organigrama**
 - Los **manuales de funciones** de los niveles de gestión
 - El **presupuesto**, de actividades, de gastos e ingresos
 - Recursos intangibles**
 - **El conocimiento organizacional:** el conocimiento, que es siempre interno del individuo, es facilitado por la organización, la cual también facilita su transmisión a los demás RRHH y su aplicación con ventaja a los procesos que desarrollan, de modo de cumplir más adecuadamente la misión.
 - **La cultura organizacional;** sistema compuesto de conocimientos, ideología, presunciones, valores, normas, pautas de comportamiento no escritas y un ritual diario (palabras, usos, gestos), que determina el modo como se lleva a cabo la misión; o se cumplen determinadas iniciativas como la humanización de la atención, la centralidad del paciente, etc.
 - Los **sistemas de información;** no la información, sino los sistemas de información, sean manuales o informatizados.

5.2.2 Macro variables comprendidas en los procesos

- 1) **Procesos de gobierno:** quien administra, a su nivel, gestiona los procesos de gobierno, también conocidos en la literatura como procesos de dirección (procesos que desarrollan los niveles de conducción de la organización:
 - a) En relación a las **funciones gerenciales:** planificación, organización, dirección, evaluación, control y la obtención de recursos con rendición de cuentas);
 - b) Integración con el **exterior de la organización:** representación, vinculación con las organizaciones de la red y el entorno, asociaciones estratégicas, responsabilidad social empresaria...;
 - c) **Gestión de la información.**

Quien gerencia es responsable de cómo se desarrollan los procesos de gobierno que competen a su nivel de gestión.

- 2) **Procesos asistenciales, esto es, los procesos específicos de una organización proveedora de servicios de salud (procesos principales o productivos):** quien administra servicios asistenciales **es responsable de cómo se desarrollan los procesos asistenciales que competen a su nivel de gestión (tipo de servicio, sala, unidad funcional...).** Los procesos asistenciales puede ser de diverso tipo:
 - a) Procesos asistenciales de los servicios finales: servicios de urgencias; consultorios externos; internación, hospital de día; atención domiciliaria.
 - b) Procesos asistenciales de los servicios intermedios: laboratorio; diagnóstico por imágenes; anatomía patológica, farmacia; esterilización; etc.Dentro de los procesos asistenciales, se consideran también los:
 - c) **Procesos de gestión de pacientes;** quien gestiona el área de gestión de pacientes es responsable de cómo se desarrollan los siguientes procesos: turnos; admisión y egreso; archivo de documentación clínica; “estadística”; servicio social; relaciones interinstitucionales.

- 3) **Procesos de apoyo,** conocidos también como procesos no asistenciales, que se clasifican en:
 - a) **Procesos administrativos;** quien gestiona el área administrativa es responsable de cómo se desarrollan los siguientes procesos: gestión económico financiera, de personal, de compras y contrataciones, de depósitos, de patrimonio...
 - b) **Procesos de hotelería:** quien administra servicios de hotelería es responsable de cómo se desarrollan los siguientes procesos: mucamas; lavadero; limpieza; alimentación; vigilancia; transporte; comunicación.
 - c) **Procesos de conservación y mantenimiento:** quien administra servicios de conservación y mantenimiento es responsable de cómo se desarrollan los siguientes procesos: de conservación y mantenimiento de edificios; de conservación y mantenimiento del y equipamiento.

-
- d) **Procesos de docencia e investigación:** quien administra servicios de docencia e investigación es responsable de cómo se desarrollan los siguientes procesos: carreras de grado y post-grado; cursos; jornadas; ateneos; etc.

5.2.3 Macro variables comprendidas en la corriente de salida

1) **Resultados en términos de productos; se denominan output.** Se trata de **elementos tangibles, fácilmente identificables, registrables y contables; fáciles para establecer indicadores.** Asociado a cada producto, existe un elemento menos tangible, pero que forma parte indisoluble de dicho producto: el costo de su producción y la recuperación de dicho costo sea por facturación y cobranza, como por presupuesto asignado. Este valor económico del costo y su recuperación forma parte del output, y debe ser mensurado.

Siempre se deben considerar **dos tipos de output:**

a) **El output (los productos) de todo el hospital** Estos “productos” son los servicios de salud definidos por Henry Sigerist:

- **Promoción de la salud:** talleres con la comunidad, charlas en los colegios.
- **Prevención de las enfermedades:** inmunizaciones, visitas para control de la salud bucal de los niños en las escuelas, consejerías, captación y recaptación de pacientes.
- **Atención de los enfermos y otros estados de salud** (embarazo, controles...): consultas, egresos, prácticas, etc.
- **Rehabilitación de secuelas** (discapacidades y disfuncionalidades).

b) **El output (el producto) de cada una de las unidades funcionales (UF) del hospital o centro de salud:**

- **Unidades funcionales (u operativas) asistenciales**
 - **UF de los servicios finales** (consultorios externos, urgencias, internación, hospital de día, atención domiciliaria).
 - **UF de los servicios intermedios** (laboratorio, imagenología, farmacia, etc.);
- **UF no asistenciales**
 - **UF estructurales:** las UF que pertenecen las áreas de gobierno, administración (gestión económico financiera, personal, suministros, etc.) y mantenimiento;
 - **UF de apoyo:** las UF del área de hotelería (limpieza, alimentación, vigilancia, lavadero, transporte externo e interno), docencia e investigación;

Como se ha expresado las UF no asistenciales “cooperan en cascada” con las unidades funcionales asistenciales. Desde las UF estructurales, hasta las UF de los servicios finales, cada UF produce un producto que es utilizado como insumo por otra UF. A su vez, el producto de esta segunda UF es insumo de otras UF. Y así sucesivamente, se materializa una **cooperación en “cascada” entre todas las UF, hasta alcanzar la producción final correspondiente al hospital o centro de salud: consultas, egresos y prácticas.**

El producto de cada UF, y por ende de todo el hospital, tiene tres características que todo manager, a su nivel, debe conocer:

- I. El **nombre genérico del producto que produce su UF, así como las diversas categorías de dicho producto**. Ejemplo: en la UF de radiología, el producto genérico “radiografías”, puede desagregarse por lo menos en dos categorías: radiografías simples y estudios contrastados;
- II. El **costo de dicho producto**; esto es, el consumo de recursos asociado a dicha producción;
- III. Los **datos que deben ser registrados** y la información que a partir de dichos datos es posible extraer para gestionar adecuadamente la UF.

2) **Resultados que caracterizan el producto; se denominan outcome**. Se trata de elementos **menos tangibles, difíciles de identificar y de registrar; difíciles para establecer indicadores**. La medición del outcome representa un gran desafío para los gestores. Los componentes del outcome son:

- a) **Resultados en términos de calidad técnica**: quien administra, a su nivel, es **responsable de los resultados en términos de calidad técnica**: que las actividades se desarrollen según los estándares de calidad previstos por el estado del arte de la disciplina en cuestión.
- b) **Resultados en términos económicos**: quien gerencia, a su nivel, es **responsable de cómo se administran los resultados económicos, sea en términos de eficiencia, de productividad** (coeficientes de transformación factores productivos – productos; indicadores: cantidad de servicios/hora hombre; cantidad de estudios/hora equipo), **o de utilidades**.
- c) **Resultados en términos de equidad**: quien administra, a su nivel, gestiona **los resultados en términos de equidad**: que cada persona reciba lo que necesita en relación a su particular estado de salud; esto es, **aquellos servicios de cuidado de la que las propias disciplinas de la salud establecen que le “hace bien”, que necesita recibir**; que quien más necesite, más reciba para poder ejercer su derecho a la salud.
- d) **Resultados en términos de satisfacción de los usuarios**: sean externos (pacientes) o internos (trabajadores de la salud). Quien administra, a su nivel, es **responsable de los resultados en términos de satisfacción de los usuarios externos e internos**.
- e) **Resultados en términos de información**: quien administra, a su nivel, es responsable de **cómo se recogen (registran), se validan y se analizan los datos; se produce y distribuye información correspondiente a:**
 - **La producción, sea de un servicio asistencial como uno no asistencial:**
 - Alimentación produce “raciones”
 - Limpieza produce “metros cuadrados de superficie limpia”
 - Lavadero produce “kilos de ropa lavada”
 - **Los resultados en términos de calidad técnica**

-
- **Los resultados en términos económicos**
 - **Los resultados en términos de equidad**
 - **Los resultados en términos de satisfacción de los usuarios**
 - **Los resultados en términos de calidad de vida del paciente**

Toda esta información, en realidad, es **un bien** sustantivo que producen los establecimientos de salud, y que constituye la base de la **principal investigación** que dichos establecimientos realizan: aportar información sobre la salud de las personas de una determinada comunidad, así como de todas las variables de estructura, procesos y resultados que intervienen en su cuidado.

3) **Resultados en términos de salud y calidad de vida de los pacientes; se denominan impacto:** quien administra, a su nivel, es responsable de los resultados en términos de:

- a) **Salud del paciente**
- b) **Calidad de vida del paciente**

Siempre en relación con los procesos de salud y enfermedad involucrados, así como con los servicios brindados, esto es, con las consultas, las prácticas y los egresos. La medición de la calidad de vida de los pacientes luego de la intervención de los servicios de salud es el gran desafío pendiente, de la gestión sanitaria.

La información cumple dos roles clave como resultado:

- 1) En la **rendición de cuentas;**
- 2) En la **retroalimentación del sistema:** la información que proveen los servicios de salud acerca de todas las demás variables del resultado que obtienen (la producción, así como la calidad, la equidad y la eficiencia de dicha producción) es un resultado crítico que siempre reingresa al sistema como un input, esto es, como un “recurso de estructura”.

Es muy importante reconocer que existe una continuidad/contigüidad entre los procesos y los resultados; esto es, la secuencia de determinadas actividades (procesos) concluye en determinados resultados vinculados. **De hecho sólo se pueden esperar buenos resultados, si se tienen procesos de calidad.** Por lo tanto en ciertas oportunidades, según el contexto y el objetivo para el cual se utiliza, **un mismo indicador puede ser utilizado como indicador de proceso o como indicador de resultado.**

Por ejemplo, la estancia media para un egreso hospitalario puede ser tanto un indicador de proceso o de resultado, según se lo utilice en el marco de la descripción de un proceso asistencial o como un “proxi” (aproximado) de un resultado de la eficiencia de dicho proceso. En el mismo sentido, un indicador de la variable “información” puede ser un indicador de estructura como de resultado.

Esto es así por cuanto la **función de producción de las organizaciones que proveen servicios de salud se caracteriza por un procesamiento intensivo de información sensible**, y por ende la información es un componente transversal que atraviesa toda la organización, su estructura, sus procesos y sus resultados. Es por ello que, según el contexto, un mismo indicador de información puede ser un indicador de resultado o un indicador de estructura.

Finalmente, la información que se produce como corriente de salida, como parte del resultado denominado outcome, es un resultado que expresa la capacidad de **gestión del conocimiento (knowledge management)** que existe en la organización. Gestión del conocimiento que, como se expresara, es la capacidad de la organización para generar nuevos conocimientos, diseminarlos como recursos disponibles entre todos los miembros de una organización.

Para gestionar cualquier tipo de establecimiento que provea servicios de cuidado de la salud, hay que conocer y manejar, por lo menos, estas 16 macrovariables presentes, todos los días de su funcionamiento, en dicho establecimiento de salud. **Se midan, o no, los datos de estas 16 macrovariables, la gestión, buena o mala de los establecimientos de cuidado de la salud, depende de cómo se manejen estas 16 macrovariables.**

También es importante reconocer que la secuencia crítica Recursos – Procesos – Resultados – tiene un claro “para qué”, implícito en la **misión** de las organizaciones sanitarias: la **satisfacción de las necesidades de salud de las personas**. Esta satisfacción de las necesidades de salud de las personas, a su vez, es el **modo concreto con el cual las personas ejercen su derecho a la salud y mejoran su calidad de vida**. Por consiguiente, la misma secuencia crítica puede expresarse del siguiente modo:

Gestión de Recursos → Gestión de Procesos → Gestión de Resultados → Satisfacción de las necesidades de salud de las personas → Ejercicio del derecho a la salud de las personas → Mejora de la calidad de vida en la comunidad.

5.3 Las preguntas de la gestión

Un conocido poema de Rudyard Kipling (Seis honrados servidores) expresa lo siguiente:

Seis horados servidores
me enseñaron cuanto sé;
sus nombres son
cómo,
cuando,
dónde,
qué,
quién,
y por qué.

Este sencillo y profundo poema provee una secuencia crítica que puede ser utilizada, con ligeras variaciones, como un excelente instrumento de gestión. Por ejemplo, para caracterizar cualquier sistema productivo. En nuestro caso, para identificar las características de los tres componentes clave de todo servicio de salud:

- 1) El **paciente** (la población);
- 2) La **oferta** (los prestadores y la cartera de servicios que ofrecen);
- 3) El **financiador**.

Estos tres componentes clave de todo servicio de salud pueden ser desagregados siguiendo los seis honrados servidores de Rudyard Kipling y que pueden conformar el **modelo de cualquier sistema productivo: para quién; qué; quién; dónde; cómo y con qué**.

El paciente comprende:

- 1) ***Para quién:*** la **población** de referencia; el conjunto de **pacientes – usuarios – consumidores – clientes**:
 - a) La **necesidad de salud (capacidad de beneficiarse de las personas y, por ende, demanda potencial)**
 - b) La **demanda de prestaciones**
 - **Primaria, iniciada por las propias personas**
 - **Secundaria, mediada por profesionales**

La oferta comprende:

- 2) ***Qué:***
 - a) Las **prestaciones o tipo de cobertura**
 - **Promoción de la salud**
 - **Prevención de las enfermedades**

- **Restablecimiento de los enfermos (Atención de la salud)**
- **Rehabilitación**

b) **Otros**

- **Capacitación**
- **Investigación**

3) **Quién:** los **prestadores**. Junto con el **qué**, constituyen la **oferta**.

- a) **Prestadores individuales:** profesionales del arte de curar
- b) **Organizaciones sociales:** establecimientos prestadores de servicios de salud

4) **Dónde:**

a) **El nivel de atención**

- **Primer nivel de atención (ambulatorio)**
- **Segundo nivel de atención (hospitalario)**
 - **Hospitales de nivel básico de resolución**
 - **Hospitales de nivel mediano de resolución**
 - **Hospitales de alto nivel de resolución (alta complejidad)**

b) **La propiedad** de los establecimientos prestadores de servicios

- **Prestadores privados**
- **Prestadores de propiedad del Estado**

5) **Cómo:** el paradigma de **modelo de atención**

- a) **Paradigma Hospitalario**
- b) **Paradigma de Atención Primaria de la Salud**
- c) **Paradigma de Redes Integradas de Servicios de Salud**
- d) **Paradigma de salud poblacional**

*El **financiador** comprende:*

6) **Con qué:** el modelo de **financiamiento**

a) **Cómo se obtienen los recursos**

- **Fondos públicos: impuestos**
- **Aportes y contribuciones**
- **Pago de bolsillo**

b) **Cómo se aplican los recursos (pago a prestadores)**

- **Unidades agregadas: presupuestos, salarios y cápitás**
- **Unidades desagregadas: prestaciones (módulos, grupos relacionados por el diagnóstico)**

Cualquier servicio de salud, cualquier red de servicios de cuidado de la salud, o cualquier sistema de salud (de un país, de una provincia, o de un municipio) puede ser descrito utilizando esta sencilla metodología.

6. Particularidades del gerenciamiento en salud

6.1 Características del gerenciamiento en las organizaciones del sector salud

Mucho se ha debatido acerca de si existen o no características diferenciales entre el management de empresas de salud y otros tipos de negocios. Existe en general un acuerdo en las organizaciones tales como la American College of Health Care Executives y la Canadian College of Health Services Executives, acerca de **cuatro particularidades en el gerenciamiento en salud**:

1. La particular **misión de las organizaciones de salud**
2. El **proceso productivo** más complejo que se conoce
3. El **componente social**, ineludible, que lo acompaña
4. La presencia de un **tercer pagador**

La particular misión de las organizaciones de salud

La **misión** de las **organizaciones proveedoras de servicios de salud, aún aquellas con fines de lucro, al comprometer un servicio a la comunidad destinado al bien más preciado del ser humano, la salud**, establece una diferencia sustantiva con cualquier otro tipo de empresas que proveen servicios. Máxime cuando en la mayoría de los países se considera, por Ley, que la salud es un **derecho** inalienable de las personas. Derecho que está directamente relacionado con la **necesidad de salud**, esto es, con la capacidad de beneficiarse de cada persona con su estado actual de salud (diabético, hipertenso, politraumatizado,...etc.), y por ende con la **misión de los servicios de cuidado de la salud**.

El proceso productivo más complejo que se conoce

El **proceso productivo** que es llevado a cabo en las organizaciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud no sólo es crítico por cuanto involucra la vida y la muerte de las personas, sino, además, extremadamente complejo, por las siguientes características:

- a) Quien demanda, el **paciente, es el “insumo” clave del proceso productivo. En ningún otro servicio se involucra el cuerpo, la mente y el espíritu de las personas en el proceso productivo como en los servicios de salud.**
- b) Las actividades de **los servicios de salud implican un riesgo para el paciente.** El “Programa de Seguridad del Paciente de la OMS”, en 2011, evidenció que se producen incidentes que afectan la seguridad del paciente, entre un 4% y un 16% de las personas hospitalizadas. Dicho de otro modo, entre un 4% y un 16% de las personas hospitalizadas están en **riesgo sanitario** de sufrir un **efecto adverso (eufemismo por error en la atención)** mientras se desarrollan los cuidados hospitalarios que pretenden mejorar el estado de su salud. En las palabras

provocadoras de Liam Donaldson (OMS; 21/07/2011): “Si usted fuera internado mañana en cualquier país (...) sus opciones de ser objeto de un error en su atención serían algo así como una entre 10 (...) sus posibilidades de morir a causa de un error en la asistencia médica serían de una entre 300, (...) un riesgo mucho mayor que viajar en avión”. En el proceso productivo de las organizaciones de cuidado de la salud siempre sobrevuela la muerte.

c) El **proceso productivo es extremadamente complejo**:

- Es inevitable la **variabilidad del paciente** y, por ende, existe una determinada **imprevisibilidad de los procesos** productivos diagnósticos y terapéuticos, con lo cual el **número de conductas posibles en la producción es alto**. Los **profesionales de la salud toman decisiones en un contexto de incertidumbre**.
- La existencia de una **íntima relación, “en cascada”, en el flujo de trabajo implicado en la prestación de cualquier servicio de cuidado de la salud**. Flujo de trabajo donde diversos equipos, con una gran autonomía, van **brindando apoyo “en cascada”, a otros equipos que a su vez entregan su correspondiente producto (servicio) en la secuencia de cuidados de la salud que los pacientes necesitan que conforma la denominada “prestación”**. Por ejemplo, una consulta en el servicio de urgencias. A las dos de la mañana, ante el arribo de un politraumatizado en el servicio de urgencias, se requiere que exista una cooperación “en cascada” de diversos equipos de trabajo (urgencias, camilleros, diagnóstico por imágenes, laboratorio, quirófano, cirujanos, intensivistas, enfermeros, etc.). El resultado final de los servicios de salud depende de la capacidad que tenga cada equipo de trabajo, de entregar, con calidad, el producto que de él se espera, a lo largo del flujo de trabajo en “cascada”. **Flujo de actividades críticas, “en cascada”, que representa el core del proceso productivo de los servicios de cuidado de la salud**.
- El **proceso productivo es mixto: artesanal e industrial**. En los servicios asistenciales intermedios (diagnósticos y terapéuticos), así como en los servicios de apoyo (hotelería, mantenimiento), la producción es como la industrial: previsible e invariable. Pero la actividad médica es artesanal por cuanto combina en forma variable, para cada paciente, los servicios intermedios y de apoyo antedichos.
- En el **proceso productivo intervienen numerosos profesionales quienes, por formación, buscan autonomía en su labor y se resisten a ser controlados**. Estos profesionales, por la naturaleza **altamente descentralizada de su actividad**, en soledad junto al paciente, deciden la cantidad y calidad de los recursos o inputs del proceso productivo. Por lo cual existe una **enorme posibilidad de variabilidad en las conductas**, que requiere ser **normalizada y controlada** para asegurar el cumplimiento de la misión.
- Para un mismo proceso productivo **coexisten profesionales muy especializados, con postgrados de entre 5 y 15 años, junto a personal con menor capacitación**; situación que amerita **un alto grado de coordinación**.

- El **trabajo, en muchas oportunidades, se realiza en situaciones límite**, que implican la vida y la muerte.
 - La función de producción de los servicios de cuidado de la salud se caracteriza por un **procesamiento intensivo de información sensible**.
 - Existe **gran dificultad en la medición de la producción**.
 - Se toman **decisiones clínicas graves y urgentes sin intervención jerárquica**. Esto representa una descentralización obligada y selectiva en la toma de decisiones.
 - Las **decisiones clínicas fundamentales** incorporan componentes económicos de envergadura, que requieren recursos estratégicos de la organización.
 - La **producción es dependiente de la provisión de una cantidad muy numerosa de insumos diversos y cambiantes**, que deben tener una logística muy eficaz para no provocar dificultades en la gestión de pacientes.
 - El **servicio debe ser prestado en su totalidad**, aunque tenga varios componentes.
- d) Existe una gran **asimetría de información** entre quien demanda los servicios y quien los ofrece. Una información reducida del consumidor; esto conlleva a una **“relación de agencia del proveedor para con el paciente”** por la cual **quién decide cuáles servicios deben consumir los pacientes, son los mismos proveedores de los servicios**. En este contexto de relación de agencia, donde el paciente (el principal) delega en el prestador (el agente) la decisión del consumo puede suceder que:
- **La demanda de servicios de salud muchas veces no refleja las reales necesidades de salud**. Además, **quien detenta la oferta es quien valora la necesidad de aquel que finalmente consume**;
 - Existe una **demandas sin soberanía del consumidor**, dado que quien ofrece los servicios de salud puede generar fácilmente la demanda;
 - **Quien consume no lo hace con gusto. No busca hacer uso de las prestaciones y no sabe bien lo que debería recibir**. Lo que desea muchas veces no puede ser satisfecho.
- e) Existe una gran **dificultad para evaluar los resultados** en términos de salud y la **calidad** de los servicios que se proveen.
- f) Existe una segunda **“relación de agencia”**, esta vez entre **el prestador y el financiador**, por la cual **quién decide finalmente cuáles son los servicios que deben ser financiados son los mismos proveedores de los servicios**. En este contexto de relación de agencia, donde el financiador (el principal) delega en el prestador (el agente) la decisión de qué prestaciones financiar pueden presentarse conductas oportunistas de los proveedores. **Los servicios de cuidados de la salud son los únicos servicios donde se presenta esta doble relación de agencia donde los proveedores de servicios son simultáneamente agentes del consumidor como del financiador**.

El componente social, ineludible, que lo acompaña

- a) El **componente social** que ineludiblemente acompaña la prestación de servicios de cuidado de la salud también es único por tres motivos, más allá del obvio impacto en la trama de relaciones del tejido social al cual pertenece el paciente: La salud es considerada por la sociedad como un **derecho humano y un bien superior** que debe ser tutelado y preservado.
- b) La salud es un **proyecto social y un producto social** que impacta sobre la calidad de vida de las personas.
- c) Dada la importancia social de la salud, en todos los países existe **una organización social de su financiamiento**. Organización social que intenta ser solidaria; dónde quién más ingresos tiene, más contribuye al sostén económico del sistema.

La presencia de un tercer pagador

Por último, tanto la característica de **bien superior**, como la **imprevisibilidad del consumo** y los **aspectos particulares del proceso productivo** mencionados, han propiciado la aparición de **financiación a cargo de terceros**, de un tercer pagador. El **tercer pagador** es quien asume el riesgo económico de la cobertura de servicios de salud, **el verdadero comprador de servicios, pero que finalmente no resulta ser quien los demanda y consume (demanda el médico y consume el paciente)**. Esta situación de **incoherencia decisional y de intereses**, que desarrollaremos en el próximo capítulo, agrega complejidad al proceso.

Cuando este tercer pagador es un seguro social (Obra Social en la Argentina) o un seguro privado de salud (sistema prepago), quienes asumen la cobertura de riesgos de salud de un determinado grupo de personas denominado colectivo, se presentan tres efectos que deben ser bien conocidos y tenidos en cuenta:

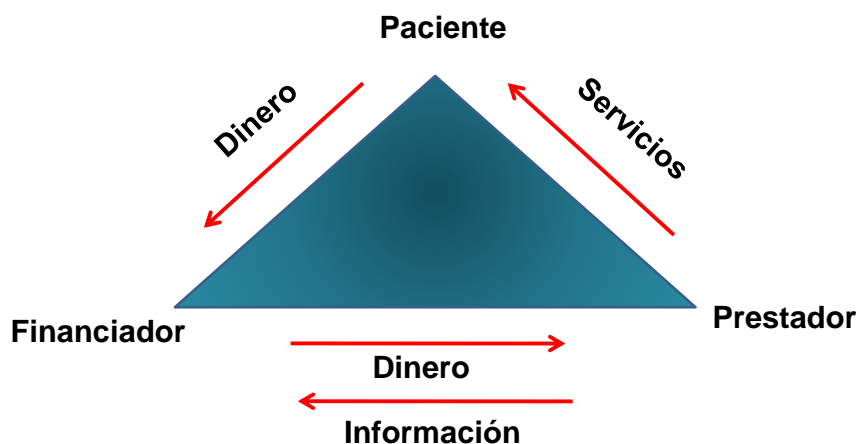
- a) **Moral hazard o riesgo moral**: dado que los consumidores no pagan y los proveedores pueden inducir la demanda, existen incentivos de agregar demanda injustificada. Dicho de otra forma, las personas se comportan distinto frente a la demanda de servicios de salud dependiendo de si están o no aseguradas: las personas aseguradas demandan más. Esto no debe ser visto solamente como un problema ético, sino como un comportamiento particular de personas que evalúan costo/beneficio.
- b) **Selección adversa**: presión que ejercen para ingresar al sistema de aseguramiento de la salud aquellas personas con enfermedades agudas de alto impacto económico o enfermedades crónicas, definidas éstas como aquellas enfermedades cuyo tratamiento no permite una recuperación total y, por ende, requieren prestaciones de salud en forma permanente.
- c) **Selección por riesgo**: exclusión, por parte de los seguros de salud, de aquellas personas o colectivos de mayor riesgo patológico y económico.

6.2 El trípode básico de la gestión de la salud

Sobre la base de lo analizado hasta ahora, es posible llegar a una clara síntesis: en la gestión de toda organización proveedora de servicios de salud, existe un **trípode básico de actores**, cuyos intereses siempre se deben considerar:

- 1) El paciente
- 2) El prestador
 - a) Profesional actuante del equipo de salud
 - b) Institución proveedora de servicios de cuidado de la salud
- 3) El financiador; esto es, el tercer pagador

Trípode Paciente – Prestador - Financiador



La presencia del **tercer pagador**, característica distintiva de los servicios de salud, contribuye a que entre estos tres actores se establezcan relaciones complejas que conllevan muchas veces situaciones altamente conflictivas. Situaciones que deben ser gestionadas con mucha competencia. Las dos relaciones más complejas son:

- 1) **La relación de agencia** que establecen los médicos con los pacientes y el financiador. Es la relación asimétrica donde el “principal” (persona u organización que “domina”) **delega en el “agente”** (persona u organización “subordinada”) **el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo**. La base de la relación de agencia es la asimetría de la información. En los sistemas de salud, los profesionales de la salud, especialmente los médicos, en virtud de sus competencias profesionales, son quienes indican a los pacientes qué servicios consumir, y a los financiadores, qué servicios pagar. Se trata de una **doble relación de agencia**.
- 2) **Los incentivos económicos** presentes en los diversos mecanismos de pago los servicios de salud que utiliza el financiador para compensar a los prestadores, sean individuales como institucionales.

Como consecuencia de la presencia particular de estos elementos de complejidad, en la práctica del cuidado de la salud se observa que **cada uno de los tres actores intenta transferir su propio riesgo a los otros dos actores**. Esto es:

- 1) El paciente intenta transferir su riesgo:
 - a) Al financiador, la carga económica
 - b) Al prestador, la carga de la enfermedad
- 2) El prestador intenta transferir su riesgo:
 - a) Al financiador, la carga económica
 - b) Al paciente, la carga de la enfermedad
- 3) El financiador intenta transferir su riesgo:
 - a) Al paciente, la carga de la enfermedad
 - b) Al prestador, la carga económica

Por todas las particularidades descritas, el **Health Management, pilar de todas las reformas de los sistemas de salud en el mundo**, se ha convertido en uno de los **roles más complejos en las sociedades modernas**, y plantea un desafío enorme para quienes lo ejerzan. Esta disciplina, además, emerge con mucha fuerza porque a causa de los constantes aumentos en el gasto en salud, hay un creciente reconocimiento mundial acerca de la **necesidad de una gestión competente** para cada nivel de las organizaciones y los programas de salud, **independientemente de si dichas organizaciones rinden utilidad social o privada**.

Especialmente cuando el común denominador de la misión de todas las organizaciones proveedoras de servicios de salud, sean estatales o privadas, es su responsabilidad social para con en **el efectivo ejercicio del derecho a la salud por parte de las personas que requieren de sus cuidados para mejorar su estado de salud**. Máxime cuando en el cumplimiento de la misión, inexorablemente, está implícito un elevado riesgo en relación con la seguridad de las personas.

7. Desafíos del gerenciamiento en salud

En el mundo contemporáneo se suceden vertiginosamente una serie de cambios que, por su naturaleza, cantidad y velocidad, ejercen una gran influencia en las organizaciones que se desenvuelven en el sector salud. Entre estos cambios, cabe destacar:

- **El nuevo perfil epidemiológico**
- **El gran avance de las ciencias y la tecnología**
- **Los fenómenos de globalización, concentración financiera y búsqueda de economías de escala**
- **Una mayor conciencia crítica de los usuarios**
- **La explosión de las comunicaciones y la informatización**

Estos cambios en el entorno han impulsado cambios en sustantivos en los servicios y sistemas de salud:

- a) Estructuras y procesos cada vez más complejos;
- b) Aumento sostenido de los costos;
- c) Dificultades éticas en la provisión de los servicios;
- d) Problemas de sostenibilidad del sistema, tal como está diseñado.

La **sostenibilidad del sistema** se refiere al **mantenimiento en el tiempo de los objetivos perseguidos**, por medio de la aceptación social y el consecuente apoyo, tanto social como financiero. De acuerdo con las Naciones Unidas, un desarrollo sostenible es aquel que trata de satisfacer las necesidades económicas, sociales, de diversidad cultural y de un medio ambiente sano de la actual generación, sin poner en riesgo la satisfacción de estas mismas necesidades a las generaciones futuras.

Tiene dos dimensiones:

- **Dimensión social:** capacidad del sistema de resolver los problemas de legitimidad, logrando aceptación y apoyo social;
- **Dimensión financiera:** capacidad del sistema de resolver los problemas de financiamiento; esto es, debe ser **sustentable** económicamente.

Debido a ello, en las últimas décadas, la mayoría de los sistemas de salud en el mundo están sufriendo cambios sustantivos en sus funciones básicas, **de modulación, de financiamiento y de provisión de servicios**, con el objeto de mejorar su eficiencia y la satisfacción de la población. En esencia todas las reformas están orientadas a alcanzar los siguientes objetivos estratégicos (orientados a los resultados):

-
- **Colocar la persona y el ejercicio de su derecho a la salud en el centro del sistema de salud;**
 - **Asegurar la satisfacción de las necesidades y demandas de salud con equidad;**
 - **Procurar el máximo de calidad en términos del estado del arte de las diversas disciplinas del cuidado de la salud, evitando todo tipo de riesgos y brindando una permanente continuidad en dichos cuidados;**
 - **Mejorar continuamente la eficiencia para rendir el sistema sostenible;**
 - **Procurar la satisfacción de usuarios y miembros del equipo de salud.**

En el marco de las reformas del sector salud, **los siguientes desafíos se convierten en imperativos en la gestión de una organización sanitaria.** Se trata de un verdadero programa de objetivos operativos (vinculados a los procesos que se desarrollan en los sistemas y servicios de salud):

- 1) **Fortalecer las políticas públicas de salud**, por medio de las cuales el estado asegure el **efectivo ejercicio del derecho a la salud por parte de las personas: la accesibilidad universal, la equidad, la eficacia, la eficiencia y la calidad sostenible de los servicios de salud.**
- 2) Orientar los servicios de salud hacia la conformación de **redes integrales e integradas de servicios socio-sanitarios**, que, en el marco de una administración central coordinadora de la red con mirada de **salud poblacional**, monitoree permanentemente si cada persona ejerce su derecho a la salud, accediendo en tiempo y forma, al conjunto articulado de prestaciones (promoción, prevención, atención o rehabilitación) que benefician su estado de salud.
- 3) **Redireccionar las misiones y roles de los profesionales y los servicios de salud** hacia un sistema de salud con mayor participación de las profesiones no médicas, y más orientado hacia la comunidad. Esto es: **promover la formación de equipos multi-profesionales y una mayor participación y control comunitario.** Esto es, procurando un mayor **equilibrio entre lo médico y las demás profesiones; entre lo médico, lo social y lo comunitario.**
- 4) Contribuir al **cambio de cultura en las instituciones de salud.** Esto es, de ser organizaciones rígidas, guiadas según la evolución de la ciencia médica, controladas centralmente y con escasa responsabilidad de los que conducen los servicios en los resultados globales de la organización, deben pasar a ser:
 - **Organizaciones flexibles que faciliten las adaptaciones a los cambios;**
 - **Organizaciones guiadas por los intereses y necesidades de la comunidad;**
 - **Organizaciones donde el control y la responsabilidad por los resultados de la organización están ampliamente difundidos.**

-
- 5) Desarrollar y difundir las **técnicas de gestión para maximizar la eficiencia**. Esto es, esencialmente:
- Optimizar la **productividad del recurso humano**;
 - Evaluar la **costo-efectividad de las tecnologías sanitarias**; esto es, de las actividades y bienes utilizados en los procesos involucrados en los procesos a través de los cuales se brindan los servicios de cuidado de la salud (promoción, prevención, atención y rehabilitación), **para orientar el financiamiento y la implementación hacia aquellos servicios de cuidado e la salud más costo efectivo, y desechar aquellos que no lo son particularmente las de alto costo**;
 - Mejorar la asignación de los recursos, racionalizar el gasto y las inversiones que en el sector se realizan

La eficiencia es un imperativo de la gestión de servicios de salud en todos los niveles de cualquier tipo de organización sanitaria, si verdaderamente se tiene como objetivo central la mejora de la salud de las personas con calidad y equidad. En este sentido es necesario salir de la trampa del racionamiento irracional de los recursos, de la lucha entre administradores y profesionales de la salud, y de lógicas absurdas para un sistema de servicios de salud, tales como la competencia y la jerarquía autoritaria o por status, para pasar a lógicas de cooperación y funcionamiento en red.

- Conducir los esfuerzos para dar un amplio apoyo y lograr un gran compromiso para una continua **mejora en la calidad** de los servicios de salud, que deberán, inexorablemente, estar **focalizados en las necesidades de los pacientes, especialmente en términos de seguridad y continuidad de la atención, así como las mejores condiciones de trabajo del personal de salud**.
- Mejorar los métodos y la tecnología **para lograr información confiable y oportuna** que sirva de sostén a la **toma de decisiones, la rendición de cuentas y la mejora de todo el ciclo de gestión** (planificación – organización – dirección – evaluación – control – obtención de recursos, utilización y rendición de cuentas) poniendo claramente de relieve, en todos los ámbitos, que la producción de los servicios de cuidado de la salud se caracteriza por un **procesamiento intensivo de información sensible**.
- Contribuir al conocimiento de los problemas de salud y **la difusión de los riesgos que la acechan**, de modo que **los usuarios conozcan acabadamente su prevención y las diversas formas de tratamiento**.
- Promover la salud en todos los ámbitos y políticas. Desarrollar políticas que favorezcan **hábitos de vida saludable** y facilitar la utilización de los **métodos preventivos**: “**Salud en todas las políticas (Health in all policies)**.”

-
- 10) Procurar la **sostenibilidad del sistema de salud** a través del “encarnar” la idea de que el objetivo tan proclamado de “salud para todos” no sólo se alcanza con una mejora de la eficiencia y la productividad en las intervenciones de los servicios de salud, sino esencialmente a través de la **mejora tanto de las condiciones sociales y ambientales que afectan la salud, como de los hábitos de vida de las personas**. Esto es, a través del enfoque de **salud poblacional sostenible**.

8. Conclusiones

En toda gestión de servicios de cuidado de la salud, existen cinco secuencias críticas que contienen los **nodos de la red conceptual de la gestión en salud**, que serán desarrollados a lo largo de los diversos módulos:

- 1) **Planear – Organizar – Dirigir- Controlar- Evaluar – Conseguir recursos y rendir cuentas**
- 2) **Estructura – procesos – Resultados (Output – Outcome – Impacto)**
- 3) **Paciente – Prestador – Financiador**
- 4) **Problema – Causas – Consecuencias – Fines – Resultados – Objetivos Generales – Medios – Objetivos Específicos**
- 5) **Qué – Quién – Cómo – Cuándo / Dónde – Por qué – Con qué**

Administrar (gestionar, gerenciar, manejar) significa **lograr los objetivos establecidos (lograr que las cosas sucedan)** a través del **proceso denominado ciclo administrativo**; proceso circular que involucra 6 prácticas clave: **Planear – Organizar – Dirigir- Controlar- Evaluar – Conseguir recursos, utilizarlos con eficiencia y rendir cuentas**. Lo que debe suceder en salud, es **que se cumpla la misión** de cada organización de cuidado de la salud; que se obtengan los output y outcome previstos como contribución de dicha organización a la mejora de la calidad de vida de la comunidad a la cual sirve, facilitando el ejercicio del derecho a la salud de las personas.

A lo largo del ciclo administrativo, cada uno de nosotros, en cualquiera de los tres niveles de una organización proveedora de servicios de salud, sea en el máximo nivel de conducción (directivo), como en el nivel intermedio (gerencial o de jefaturas de servicio), o en el nivel de las conducciones operativas, **recibe recursos (estructura), para realizar actividades (procesos) y obtener resultados (misión)**. Gestionando las conductas del trípede básico de actores: **el paciente, el prestador y el financiador**.

Ahora bien: para manejar y expresar la evolución de los recursos, los procesos y los resultados de un grupo de trabajo, una unidad funcional (UF) o una organización, es necesario utilizar unidades de medida (indicadores) que permitan visualizar y comunicar si las 22 macro variables, que hemos identificado en la presente clase, se alinean con los objetivos y las metas de dicha UF u organización.

Si no se establecen indicadores, objetivos y metas para cada una de las 22 macro variables (con sus respectivas sub-variables) comprendidas en los recursos, procesos y resultados, es que, en realidad, dichos recursos, procesos y resultados no se gestionan y, por lo tanto, no existe gestión.

Manejar, como sinónimo de gestionar, significa **realizar las acciones implícitas en las funciones gerenciales (planificación, organización, dirección, evaluación, control y refinamiento), relacionando las 22 (veinte) variables** que hemos descrito, de modo tal de **obtener los resultados expresados en la misión de la organización.**

Siempre en la consideración de que el común denominador de la misión de todas las organizaciones proveedoras de servicios de salud es **contribuir con el ejercicio del derecho a la salud por parte de las personas, brindándoles todas las acciones de cuidado de la salud previstas en dicha misión, con calidad, equidad y eficiencia, y evitando todo riesgo contra su seguridad.**

9. Bibliografía

1. Crozier, Michel, “La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública”, en *Reforma y Democracia*, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –(CLAD), núm.7, 1997, pp.9-18.
2. David, Fred R. *Conceptos de Administración Estratégica*. México, Pearson Prentice Hall, 1993.
3. Díaz, Carlos A. *La gestión clínica*. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, 2015.
4. Drucker, Peter F. *The Practice of Management*. Nueva York, Harper Business, 1954.
5. Fayol, Henry. *Administración Industrial y General*. Buenos Aires, El Ateneo, 1969.
6. González García, Ginés, *Más salud por el mismo dinero*, Buenos Aires, Isalud, 1999.
7. González García, Ginés. *Salud para los argentinos*, Buenos Aires, Isalud, 2004.
8. Kras, Eva. *Cultura gerencial*. México, Iberoamericana, 1993.
9. Meneguzzo, Marco, “Repensar la modernización administrativa y el New Public Management. La experiencia italiana: innovación desde la base y desarrollo de la capacidad de gobierno”, en *Reforma y Democracia*, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo –(CLAD), núm.11, 1998, pp.143-164.
10. Mintzberg, Henry. *Naturaleza del trabajo de los managers*. Nueva York, Prentice Hall, 1973.
11. Mintzberg, Henry. *Managing the myths of health care*. Berret-Koehler publishers. Oakland, 2017.
12. Marx, Karl (1867). *El capital t. I (“El proceso de producción del capital”)*, vol. 1, secc. primera (“Mercancía y dinero”), Buenos Aires, Siglo XXI, col. Biblioteca del Pensamiento Socialista, 2002.
13. Ouchi, William G. *Teoría Z: Cómo pueden las empresas hacer frente al desafío japonés*. Barcelona, Orbis, 1984.
14. Peters, Thomas y J. R. Waterman. *En busca de la excelencia*. New York, Norma, 1984.
15. Robbins, Stephen P. *Comportamiento organizacional*. 10ª ed., México, Pearson / Prentice Hall, 2004.
16. Senge, Peter M. *La Quinta Disciplina*. México, Granica, 1998.
17. Simon, Herbert A. *Administrative Behavior*. Nueva York, Simon & Schuster, 1997.
18. Smith, Adam (1776). *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. México, Fondo de Cultura Económica, Serie de Economía, 1997.
19. Taylor, Frederick W. *Principios de la Administración Científica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1969.
20. Taylor, Robert J & Taylor Susan B. *The AUPHA manual of health services management*. AN Aspen publication. Washington. 1994