

Management en las Organizaciones de Salud

CPN-Lic. Adm. Viviana Fasciglione
CPN-Lic. Adm. Viviana Santinón

Introducción

El trabajo de Management varía en las organizaciones de salud según el nivel organizacional en el cual se desarrolla. Frecuentemente, el trabajo de Management está dividido en tres niveles: superior, medio e inferior. Éste, en los diferentes niveles difiere debido a sus responsabilidades, los recursos a su disposición y las combinaciones de habilidades que necesitan para realizar sus diversos trabajos. La optimización del desempeño organizacional depende de la integración y del trabajo gerencial mutuamente sustentador que se realiza en los tres niveles. Cuando no existe integración o mutua sustentación, la organización de salud pierde eficiencia.

Los Managers del nivel superior se encuentra en la cima de sus organizaciones y son responsables por el desempeño general y el estado de la organización. Estas personas establecen la dirección estratégica de las organizaciones que lideran. Son responsables por el desarrollo de los objetivos y la misión de sus organizaciones, las estrategias organizacionales, las principales políticas de acción a llevar, normas y reglamentos. Los managers del nivel superior representan a sus organizaciones en sus relaciones con las agencias gubernamentales, el personal médico, empleados, sindicatos, proveedores, competidores, usuarios-pacientes.

Los Managers de nivel medio ocupan posiciones entre el nivel superior y el nivel inferior. Poseen títulos como vicepresidente o gerente de división y tienen responsabilidad por importantes sectores de sus organizaciones. Algunas veces son considerados como managers tácticos, en contraste con los llamados Managers estratégicos y, los del nivel inferior son los llamados Managers operacionales.

Como el término manager táctico implica, son responsables de traducir las grandes misiones y estrategias establecidas por el management superior en objetivos y actividades más específicos o en las tácticas que se utilizan para implementar las estrategias organizacionales. En otras palabras, los managers de nivel medio deben encontrar los métodos para lograr que las estrategias organizacionales desarrolladas por los managers de nivel superior coincidan con las realidades operacionales que deben solucionar los managers de nivel inferior. Éstos supervisan directamente gran parte de los trabajos directos y de apoyo realizados en las organizaciones de salud.

Este trabajo es realizado por una amplia gama de personas con cierto grado de preparación educacional y experiencia. Por supuesto, el trabajo de management de los managers de nivel inferior en las organizaciones de salud varía ampliamente.

Normalmente, los Managers del nivel inferior son elegidos entre aquellos que realizan el trabajo directo o de apoyo a la organización. Para alguno de ellos, esto representa su primera exposición al trabajo de Management y pueden no estar completamente preparados para realizarlo.

Los managers de los tres niveles son responsables por muy diferentes tipos de actividades, todas muy importantes y están com-

prometidos a realizarlas apropiadamente como cuidadosamente integrado.

Tipos de Roles de los managers

Según un exhaustivo estudio realizado por Henry Mintzberg el trabajo de Management puede ser descrito en términos de tres categorías de roles interrelacionados.

Los roles son los típicos conjuntos de comportamientos que acompañan a posiciones particulares. Mintzberg comparó los roles que juegan los Managers con roles de los actores en un escenario. Concluyó que, así como los actores juegan roles, los Managers, simplemente por el hecho de serlo, deben adoptar ciertos patrones de comportamiento cuando ocupan posiciones de dirección.

Observó que el trabajo de los managers como series de tres grandes categorías de roles – interpersonal, informacional y decisional – con cada una de ellas compuesta por un número de roles separados y distintos.

Roles Interpersonales

En la visión de Mintzberg, todos los managers tienen garantizada autoridad formal sobre las unidades de la organización que ellos dirigen, y esta autoridad los conduce hacia sus roles interpersonales como cara visible, líder y enlace.

El rol de cara visible es llevado a cabo por Managers, especialmente del nivel superior, cuando se involucran en actividades simbólicas como presidir sobre la apertura de una ampliación de la planta física de su organización o dar un discurso de graduación para los estudiantes de enfermería.

Los Managers juegan sus roles de líder cuando buscan motivar, inspirar y establecer ejemplos a través de su propio comportamiento. El rol de enlace que los managers juegan implica sus contactos personales formales e informales, tanto dentro de la organización como con personas externas a ella.

Los propósitos que los Managers persiguen a través de su rol de enlace normalmente implican establecer relaciones que les ayudarán a realizar los objetivos de la organización. Jugar su rol interpersonales provee a los managers de oportunidades de conseguir información. Este hecho, junto con lo que el manager hace con la información, provee de un segundo conjunto de roles.



Roles Informacionales

Incluye roles de monitor, difusor y vocero. En su rol de monitor, los Managers buscan información en su red, filtran la información, la evalúan y eligen si actuar o no como resultado de la información. Sus roles de difusor crecen a partir de su acceso a la información y de su capacidad de elegir qué hacer con la información que tienen. En la difusión, los managers tienen muchas opciones acerca de a quienes, dentro o fuera de la organización, van a facilitar la información. El tercer rol informacional, el de vocero, está relacionado con el de cara visible. Implica para los managers la comunicación de las posiciones de sus organizaciones a ciertos grupos externos, como cuerpos legislativos y reguladores, quienes pueden estar en posición de afectar a sus organizaciones o a las partes de ellas por las cuales son responsables.

Roles Decisionales

Incluyen aspectos como los de emprendedor, tratante de alteraciones, asignador de recursos y roles de negociador. La autoridad garantizada por sus organizaciones a los managers, apoyada por sus roles interpersonales e informacionales, permite a aquellos jugar roles decisionales.

En sus roles como emprendedores, los managers funcionan como iniciadores y diseñadores de los cambios destinados a mejorar el desempeño en sus dominios organizacionales. Cuando juegan este rol, el manager actúa como agente de cambio.

En sus roles de tratante de alteraciones, los managers deciden cómo manejar una amplia gama de problemas que surgen a medida que llevan a cabo sus funciones diarias.

Al jugar sus roles de asignadores de recursos, los managers, en general, enfrentan decisiones acerca de la asignación de recursos (humanos, físico y tecnológicos) entre sus usos alternativos. Las decisiones acerca de la designación de recursos se hace más difícil y más importante a medida que ellos se reducen.

En sus roles de negociadores, los managers interactúan y negocian con los empleados y sus representantes, proveedores, reguladores, clientes y otros que tienen alguna relación con el trabajo. Las decisiones de negociación enfrentadas por los managers incluyen qué objetivos o resultados buscar a través de la negociación y cómo conducir las negociaciones en las que intervienen.

El rol del conductor. Un gran desafío

La mayoría de los conductores consagran parte de su tiempo a cosas que no implican «conducción». Un gerente de ventas prepara un análisis estadístico o aplaca a un cliente importante. Un capataz repara una herramienta o redacta un informe de producción. Un jefe de manufactura diseña una nueva distribución de la fábrica o prueba materiales nuevos. El presidente de la empresa elabora los detalles de un préstamo bancario o negocia un importante contrato, o dedica algunas horas a presidir una cena en honor de los empleados veteranos.

Todas estas cosas se relacionaban con determinada función. Todas son necesarias y hay que ejecutarlas bien.

Pero están separadas del trabajo que realizan los conductores, sea cual fuere su función o su actividad, su rango y su posición – el trabajo que es común a todos los conductores y peculiar de esta categoría. Se puede aplicar al cargo de conductor el análisis sistemático de la administración científica. Se puede aislar las actividades que un hombre desarrolla en virtud de su condición de conductor. Se puede dividir las en sus partes constitutivas. Y un individuo puede mejorar

su desempeño como conductor si mejora su rendimiento en estas actividades constitutivas.

El trabajo del conductor tiene cinco operaciones básicas. Juntas determinan la integración de los recursos en un organismo dinámico viable.

En primer lugar, un conductor fija objetivos. Determina cuáles son. Determina cuáles deben ser las metas en cada área de objetivos. Decide qué se hará para alcanzarlos. Confíere efectividad a los objetivos, comunicándolos a las personas cuyo desempeño se necesita para realizarlos.

Segundo, un conductor organiza. Analiza las actividades, las decisiones y las relaciones necesarias. Clasifica el trabajo. Lo divide en actividades administrables y divide además las actividades en cargos administrables. Agrupa estas unidades y esos cargos en una estructura de organización. Selecciona personas para la administración de estas unidades y para las tareas que deben ejecutarse.

Luego, un conductor motiva y comunica. Forma un equipo con las personas responsables de las diferentes tareas. Obtiene ese resultado en las distintas tareas prácticas que controla. Lo consigue en sus propias relaciones con los hombres con quienes colabora. Obtiene esos resultados con sus decisiones acerca de la retribución, los cargos y el ascenso de los individuos y realiza dichos objetivos gracias a la comunicación constante con sus colaboradores y con su superior, así como sus colegas.

El cuarto elemento básico del trabajo del conductor es la medición. Establece patrones de medida – y pocos factores son tan importantes para el desempeño de toda organización y de todos sus miembros. Procura que cada individuo disponga de criterios de medida concentrados en el desempeño de toda la organización y que al mismo tiempo concentran la atención en el trabajo del individuo y le ayudan a realizarlo. Analiza, aprecia e interpreta el desempeño.

Como en todas las restantes áreas de su trabajo, comunica el sentido de las mediciones y sus hallazgos a los colaboradores, los superiores y colegas.

Finalmente, un conductor desarrolla gente, incluido él mismo.

Ahora bien, el trabajo del Management no es solamente la suma algebraica de todos estos roles. Es mucho más que esto. Cuando cada uno de estos roles son «bien jugados», el resultado es sinérgico.

Obviamente, los diferentes managers usarán diferentes combinaciones de estos roles. En parte, el nivel en la organización determinará la combinación óptima. Los Managers de nivel superior están exigidos de jugar los roles de cara visible, emprendedor y vocero, más frecuentemente que el resto de los otros managers. Los de nivel medio, típicamente, se encuentran involucrados en jugar los roles de tratante de alteraciones y asignador de recursos y muchos de ellos descansan en sus habilidades para desempeñar el rol informacional exitosamente. Los managers de nivel inicial pueden jugar ampliamente los roles de líder, tratante de alteraciones y negociador a lo largo de sus trabajos diarios.

El punto es que todos los managers juegan estos roles, pero las circunstancias específicas y las condiciones de su trabajo y responsabilidades determinarán la combinación exacta más apropiada para momento particular.

Pero para completar la figura del trabajo de Management se necesitan dos aspectos, también básicos:

v En primer lugar, es importante considerar la esencial contribución que ellos realizan a nivel organizacional. A fin de justificar su inclusión en las organizaciones de la salud, los Managers deben realizar una contribución positiva al desempeño de ellas.

v Segundo y fundamental: considerar las implicaciones



Atención médica gerenciada

«Managed Care» es cualquier intervención sistemática, sostenida y organizada, que afecte favorablemente la calidad y los costos de la atención de la salud de una población definida, vinculando responsablemente entre sí a los compradores, los financiadores y los prestadores de los servicios. Es requisito indispensable en esta definición, la responsabilidad de medir y monitorizar la calidad de la atención brindada, no sólo en sus aspectos técnicos sino también en cuanto al estado de salud de la población que depende de una satisfacción tanto del usuario como del prestador. Se destaca en ella la importancia que tiene el mantener información regular acerca de la población abastecida, cómo ésta utiliza los servicios, cómo se desempeñan los prestadores y cuál es su grado de eficiencia.

Existen varios tipos de atención médica gerenciada:

- § *La atención médica prepaga con grupo médico (prepaid group practice, modelo grupal).*
- § *La atención médica prepaga con médicos a sueldo (prepaid group practice, modelo Staff).*
- § *La atención médica prepaga con la asociación de médicos individuales (modelo IPA), con o sin médico de cabecera.*
- § *La atención médica prepaga con prestadores preferenciales (modelo PPO).*

Nuevos sistemas en la salud gerenciada

Estos sistemas nacieron por el creciente aumento de costos en virtud del desarrollo de tecnología, desplazamiento de costos por los proveedores de los carenciados, prolongación de la vejez, práctica defensiva de la medicina, costos administrativos, excedente de subespecialidades médicas, falta de incentivos para los consumidores que busquen el valor óptimo, variación en eficiencia y calidad de atención, etc. Por lo expuesto nacieron los servicios de salud gerenciados que tratan de controlar los costos de los servicios, su calidad y el acceso del usuario.

El concepto básico de un sistema de salud gerenciada es que integran el financiamiento y la provisión de servicios de salud apropiados a través de:

- Proveedores selectos.*
- Normas explícitas para su selección.*
- Programas para asegurar la calidad.*
- Incentivos financieros que fomenten el uso de los proveedores asociados.*

Dentro de este sistema se encuentran:

Organización De Proveedores Preferidos(PPO):

Es un arreglo financiero donde grupos de proveedores ofrecen por convenio servicios a ser reembolsados con un programa de tarifas negociado. Los abonados reciben un incentivo financiero para consultar a los médicos en la lista preferida, y pagan deducibles y copagos si usan los servicios de un proveedor que no forma parte del PPO.

El Plan de Proveedores Preferidos es la organización

a través de la cual planes de salud empresariales y aseguradoras adquieren los servicios de salud para sus beneficiarios de un grupo de proveedores.

HMO: Son las organizaciones responsables tanto de financiar los servicios de salud como de proveer una gama amplia de servicios de salud a una población matriculada. Los HMO son una combinación de compañía de seguros y un sistema de servicios de salud.

Respecto de las fuentes de financiamiento se encuentran:

1. *Presupuesto estatal: de todas las jurisdicciones originado en la carga tributaria.*
2. *Fondos provenientes de afiliados a un seguro voluntario.*
3. *Fondos provenientes de afiliados a un seguro obligatorio.*
4. *Aportes patronales a un seguro obligatorio o voluntario.*
5. *Fondos de beneficencia.*
6. *Donaciones provenientes del extranjero.*
7. *Pagos directos hechos por los beneficiarios.*
8. *Aportes patronales a la sanidad del personal.*

No profundizamos sobre este tema ya que no es objeto del presente trabajo, pero creemos conveniente su enumeración a fin de tomarlas en cuenta al analizar los sistemas en salud gerenciada.

Las nuevas tendencias y desafíos en atención de la salud en el 2000

Entre los principales problemas que enfrenta el sector salud, se encuentran:

- *Envejecimiento de la población médica, especialmente de enfermeras y de auxiliares de enfermería.*
- *Nuevas patologías emergentes e incremento en la prevalencia de otras ya existentes (adicción a drogas, tumores accidentales y violencias, SIDA y las derivadas de la contaminación ambiental).*
- *Incremento del gasto en remuneraciones, acorde con los mayores niveles de capacitación demandados.*
- *Imperfecciones del mercado; no existe el mercado libre de la salud, por lo tanto la demanda es inducida.*
- *Problemas de información y de economías externas.*
- *Clara y permanente demanda de incorporación de nueva tecnología.*
- *Aparición de nuevos actores y los cambios en los roles de los actores tradicionales.*
- *Demanda de intervenciones efectivas a costos posibles del conjunto de la población.*
- *Marco de restricción financiera y capacidad operativa limitada.*

Es por ello que las posibles soluciones girarán en torno a:

Poner énfasis en la atención primaria y no en la es-



pecializada únicamente.

• *Privilegiar la atención en crónicos
Buscar una perspectiva poblacional y no sólo la individual.*

• *Atención gerencialmente gobernada.*

• *Alcanzar formas de gestión con alta eficacia en la contención de los costos, dentro de un marco presupuestario que se hace cada vez más estrecho.*

• *Buscar proveedores organizados en equipos hacia un sistema de salud cooperativo. Crecer en la oferta de servicios para satisfacer la demanda, ya sea basándose en cambios en la modalidad de atención y/o a través de mejoras en la productividad.*

• *Definir prioridades al incorporar nuevas tecnologías, tanto en drogas como en equipos.*

• *Promover los más altos niveles de calidad en la atención, no desestimando los aspectos bioéticos, en forma acorde con las potencialidades locales. El campo de la ética deberá ampliarse a los aspectos de la administración de salud, por el empleo de las tecnologías actuales, el alto costo asociado y las manipulaciones humanas. Del mismo, el enfoque de la nueva morbilidad, el tratamiento intensivo, los trasplantes de órganos, etc.*

• *Ajustarse a las normas de control que el Estado determine para la habilitación y recertificación de los establecimientos, ejerciendo éste las siguientes acciones:*

• *Controlar todas aquellas actividades en que puedan existir diferencias entre el riesgo público y privado. No siempre el riesgo que está dispuesto a aceptar el Estado es el riesgo que podrían aceptar grupos privados (ejemplo en la manufactura de medicamentos).*

• *Garantizar del libre ejercicio de las profesiones de la salud.*

• *Ser partícipe del financiamiento de las acciones de salud en beneficio de terceros como son las actividades de promoción en la salud de las personas y los programas de conservación del medio ambiente.*

• *Determinar las necesidades preferentes de cubrir a través de programas a desarrollar por toda las comunidades (políticas de salud).*

• *Subsidiar aquellas acciones o prestaciones a las cuales, sin ayuda, algunos miembros de la población no tendrían acceso.*

Si se sortean adecuadamente los desafíos, será posible alcanzar la salud para todos los hospitales y entidades sanitarias del siglo XXI, con un nivel aceptable de eficiencia, equidad, solidaridad y calidad a través del modelo de management de organizaciones de salud.

Conclusiones

Las principales conclusiones a las que arribamos son las siguientes

v *Debido a que la tarea de las empresas de salud está dirigida hacia la parte más vulnerable (psicofísica) del*

ser humano, las mismas no pueden funcionar de manera intuitiva o improvisada. Por el contrario, deberán contar con sólidas herramientas que eviten las falencias a las cuales están sujetas. Los encargados de implementar dichas herramientas son los managers, por lo que sus funciones, roles y habilidades son de fundamental importancia.

v *Dentro de los procesos implementados por los managers el control es el que adquiere mayor relevancia. El mismo permite encarar las soluciones necesarias ante deficiencias en las que está inmerso este sector y que afectan seriamente no sólo a la organización, sino al sujeto a quien se dirige la tarea, es decir el paciente. El sistema de información, compuesto por los registros médicos y estadísticas, es el que permitirá la realización de las auditorías médicas y administrativas, logrando una mayor eficiencia y una relación costo-beneficio positiva.*

v *El management permite afrontar los desafíos del entorno actual, debido a la actitud previsor que el mismo involucra.*

Con este análisis creemos que hemos logrado ampliar la visión de los profesionales, tanto administrativos como médicos, cuyas tareas relacionadas con las organizaciones de salud exceden los límites de similares trabajos en empresas de otros sectores.

Bibliografía

1. SALUD, MERCADO Y ESTADO. AES. 1994.
2. SALUD Y DIGNIDAD. L. A. LOYOLA. (FUCSA) 1995 AL 97.
3. SALUD Y POSMODERNIDAD. N. BARANCHUK. EDIT. ALMAGESTO. 1996.
4. EL MANDATO DE CUIDAR Y CURAR. G. PRECE, M. DI LISCIA Y L. PIÑERO. EDIT. THE LANCET. VOL. 349. 1997.
5. DIRECCIÓN DE LA SALUD. SUSANA DROVETTA. EDIT. MACCHI.
6. EL MANAGEMENT. GESTIÓN PARTICIPATIVA. GESTIÓN 2000. 1990.
7. LAS NUEVAS REALIDADES. PETER DRUCKER. EDIT. SUDAMERICANA 1990.
8. GERENCIA Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA. J.P. SALLENAVE. CAP. 2.
9. LA NATURALEZA DEL TRABAJO DIRECTIVO. H. MINTZBERG.
10. EL ROL DEL CONDUCTOR. PETER DRUCKER. 1990.
11. HEALTH INFORMATION MANAGEMENT (HIM) Apuntes de Internet.
12. LA ÉTICA MÉDICA CULMINA EN LA ÉTICA SOCIAL. CARLOS J. GARCÍA DÍAZ.
13. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD. KATZ J., MUÑOZ A. EDIT. AMÉRICA LATINA 1988.
14. BIOÉTICA: ÉTICA DE LA VIDA Y VIDA DE LA ÉTICA. DR. JOSÉ A. MAINETTI. PLAN DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD AMERICANO. DR. HOWARD BRODY.
15. BIOÉTICA Y RESPONSABILIDAD CIENTÍFICA. UN EJEMPLO: LA MEDICINA PREDICTIVA. DR. JEAN DAUSSET.
16. EL LIDERAZGO Y LA LUCHA POR LA INTEGRIDAD. J. BADARACCO JR., R. ELLSWORTH. EDIT. NORMA. 1994.
17. RECURSOS PARA LA SALUD. INTERNET.
18. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. INTERNET.
19. CONCLUSIONES II SEMINARIO INTERNACIONAL DEL PROGRAMA INTEGRAL HACIA LA CALIDAD TOTAL, REFERIDO A LA "ÉTICA DE LA VIDA", LLEVADO A CABO POR LA FUNDACIÓN OSDE DURANTE LOS DÍAS 10 Y 11 DE AGOSTO DE 1995 EN EL HOTEL INTERCONTINENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. INTERNET.
20. SEMINARIO EL FACTOR HUMANO EN UNA ECONOMÍA DE MERCADO, BUENOS AIRES - 15 DE JULIO DE 1992 EXPOSITORES: DR. JOSÉ LUIS MACHINEA, DR. EDUARDO LUIS CURIA, ING. HERNÁN BÜCHI, DR. RODOLFO GONZÁLEZ, DR. ANTONIO VALIÑO, DR. DANIEL FUNES DE RIOJA. INTERNET.

