

## Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades

### Towards conceptualization of health management based on particularities

**Prof. Orlando Carnota Lauzán**

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

El *management* como disciplina estructurada en términos de conceptos, objetivos y principios surge a principios del siglo xx. Aunque originalmente vinculada solo al mundo de la industria, el propio desarrollo económico y social generó numerosas líneas especializadas asociadas a sectores y ramas específicos. El equivalente del *management* en la conducción de los sistemas y servicios de salud es la gerencia en salud, por lo que se le considera una disciplina relativamente joven. Como tal, no cuenta aún con un cuerpo conceptual que la identifique inequívocamente como disciplina independiente y establezca en qué y por qué reside tal diferencia. El presente trabajo es el resultado de varios años de estudios orientados a determinar, cuáles son las particularidades de los sistemas y servicios de salud que hacen que su conducción se sustente en conceptos, objetivos, valores y modos de actuar que le son específicos. Esos resultados propician una futura conceptualización y una metodología para esta disciplina, que contribuiría a "personalizar" las habilidades y tecnologías gerenciales originadas en otros sectores y ramas, desarrollar otras propias y mejorar los procesos de formación y desarrollo de directivos, al aportar los elementos que la fundamentan.

**Palabras clave:** management, gerencia, servicios de salud, sistemas de salud, dirección, administración, particularidades, epidemiología, calidad, teoría fundamentada.

---

#### ABSTRACT

Management as a discipline structured in concepts, objectives and principles emerges at the beginning of the 20th century. Although it was originally linked to the industrial

---

world, the economic and social development has generated a number of dedicated lines associated to specific branches and sectors. In the conduct of health systems and services, the equivalences of that management is health management, which is considered a relatively new discipline. As such, it still lacks a body of concepts that unequivocally will identify it as an independent discipline and will set the difference and the reasons why it may exist. The present paper is the result of several years of study to determine the particularities of the health services and systems, which make their conduction be based on concepts, objectives, values and performances inherent to them. These results favor the criteria of conceptualization and a methodology for this discipline in the future, which would help to "personalize" those managerial skills and technologies stemming from other sectors and branches, to develop those inherent to it and to improve the processes of formation and development of managers through the contribution of the elements that would sustain this discipline.

**Keywords:** management, health management, health services, health systems, direction, administration, particularities, epidemiology, quality, founded theory.

---

## UNA ACLARACIÓN NECESARIA SOBRE EL TÉRMINO *GERENCIA*

Hablar de *gerencia* puede ser preocupante para algunas personas. Muchas de ellas puede que tengan objeciones *conceptuales* para su empleo y prefieran utilizar *dirección*, *administración*, *gobernación* e incluso aceptan su pariente más cercano: *gestión*. Se hace necesario por tanto, contribuir de alguna manera "... a disipar la confusión creciente por el arbitrio y discreción, así como por el libertinaje y capricho ..."1

En realidad, desde principios del siglo xx tales vocablos han venido siendo empleados como forma de traducir al español el término *Management*, acuñado por *Frederic Winslow Taylor* (1856-1915) en 1911 en su obra *The Principles of Scientific Management*. \* Por otra parte, *Henri Fayol* (1841-1925) tituló su primer libro como: *Administration Industrielle et Générale*. Nótese la diferencia. Para complicar el problema, cuando en 1929, la obra de *Fayol* se tradujo al idioma inglés no utilizaron *administration* como parecía lógico, sino *management*.1 Por supuesto, *Fayol* como buen francés al fin, mantuvo *administration* en todos sus escritos posteriores.

De ahí en adelante, el empleo de uno u otro término, tanto en inglés, como en español, francés o portugués, solo para citar cuatro casos, varió según el país, sus tradiciones o sus especialistas.

En Estados Unidos *management* y *administration* pasaron a emplearse indistintamente aunque con predominio de la primera.

En el Reino Unido prevaleció siempre la segunda, posiblemente por el poco impacto que tuvo *Taylor* en ese país.

En Francia se mantuvo durante mucho tiempo la vocación por *administración* y *gestión* hasta que en 1973, la Academia Francesa de la Lengua decidió aceptar la palabra *management* pero con fonética francesa, aunque según se evidencia por la literatura publicada, *gestión* sigue siendo la favorita.

En portugués, lo más habitual es traducir *management* como *gerencia*.1

---

En los países latinoamericanos, las corrientes variaron. Muchos prefirieron y prefieren emplear el término en idioma inglés, pero otros lo traducían como administración (con el riesgo de asociarlo a la administración pública y el burocratismo y no a las empresas), dirección (con el inconveniente de que una de sus funciones se llamaría igual que la disciplina y además da idea de ordeno y mando) y más recientemente gerencia o gestión, que sin tener aquellos inconvenientes se ha ido generalizando, posiblemente por no tener ninguna de esas desventajas.

Puede afirmarse que, distinguir conceptualmente estos términos es un ejercicio interesante desde el punto de vista intelectual, pero no aporta nada, dado que por una parte, etimológicamente\*\* tienen mucho parecido en su concepción de origen y, en la práctica social, el uso de uno u otro ha estado asociado más a conveniencias prácticas que a asuntos conceptuales, ideológicos o científicos.

En este trabajo se ha preferido utilizar los términos *gerencia* y *gestión* por estar ya muy generalizados tanto en el mundo de los negocios, como en la administración pública y en los servicios de salud y no presentar ninguno de los inconvenientes de los otros.

## ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Los primeros intentos de hacer una conceptualización de la gerencia se produjeron a principios del siglo xx y fueron sus promotores los ya mencionados *Frederic Winslow Taylor* en Estados Unidos de Norteamérica y *Henri Fayol* en Francia. Al primero se le conoce como el "padre de la administración científica" y logró éxitos notables en la elevación de la productividad mediante la organización industrial del trabajo, su racionalización, los estudios de tiempo y movimientos y los llamados "principios de Taylor".

A *Fayol* se le reconoce como el creador de la *escuela clásica de la administración* y aportó en el orden teórico y práctico los denominados *principios generales de la administración*, que aún hasta fecha reciente, eran algo así como los diez mandamientos del mundo gerencial. De hecho, crea una teoría y un modelo para una disciplina que requería de una conceptualización y sistematización.

Tanto la *administración científica*, como la *escuela clásica de administración*, fueron un buen punto de partida para una disciplina que despuntaba en el aspecto formal, pues su existencia era muy anterior. Sin embargo, el siglo xx con su avalancha de inventos, descubrimientos, guerras, cambios geopolíticos, tecnologías emergentes y desarrollo social, generó nuevos enfoques, teorías y escuelas que, sobrepasaron la carga mecanicista y algunas veces inhumana originaria, propició un pensamiento más dinámico y flexible, puso al cliente en el centro de los objetivos y creó las condiciones para la gerencia contemporánea.

En realidad, hay algo así como una especie de *gerencia general o conceptual*, pero el peso mayor recae sobre las específicas, o sea aquellas que se corresponden con las particularidades de las grandes actividades humanas, como pueden ser la industrial, la comercial, la cultural, la hotelera o la deportiva, solo para citar algunos ejemplos. La gerencia de los sistemas y servicios de salud, constituye una de las específicas.

### Primer enfoque metodológico

Hace algunos años, varios profesores de gerencia en salud\*\*\*, fuimos invitados a escribir un libro sobre administración en salud que financiaría la OPS con la

---

participación de otros autores de América Latina. Lo primero que pensamos al respecto fue que había que resolver el viejo problema de que esta disciplina carecía de una base conceptual y metodológica que justificara su existencia, determinara su alcance y demostrara su vinculación estrecha y particular con los sistemas y servicios de salud. Considerábamos que este podría ser un aporte importante a la obra.

Al revisar algunos de los principios, métodos y técnicas de la gerencia aplicada a otros servicios, resultaba indiscutible que muchos de estos conceptos válidos en términos generales, eran difíciles de aplicar cuando de sistemas y servicios de salud se tratara. Por ejemplo, en ningún tipo de servicio el prestador posee una influencia tan decisiva en el consumo a realizar por el usuario o cliente, como la que tiene el médico al recetar un medicamento o al ordenar un estudio diagnóstico. Esta diferencia específica implica *particularidades* en la forma de gestionar los recursos, en la corresponsabilidad gerencial del prestador, en la orientación de la mercadotecnia,<sup>2</sup> y en la gestión de la calidad, entre otros.

Una de las primeras aproximaciones que se hallaron para la solución de este problema aparecía en varios de los trabajos incluidos en el libro *Los Sistemas Locales de Salud*,<sup>3</sup> donde se trataba de identificar lo que denominaron *principios generales de los sistemas locales de salud*. Aunque muy adecuados como idea inicial, tales principios resultaron insuficientes para explicar por qué la gerencia de los servicios de salud era en, cierto modo, diferente a cualquier otra. Por otra parte, ya había una fuerte tendencia a rechazar el concepto *principio* en el campo de la gerencia, por el peligro de que estos se tomaran como dogmas y no como guías. A pesar de lo anterior, esta orientación constituyó una pista válida.

La idea se concentró entonces en hallar lo que pudiéramos llamar las diferencias o particularidades de los sistemas y servicios de salud que determinan inequívocamente una forma de conducirlos, en alguna medida diferente, a otros sistemas de servicios o sistemas de producción.

El punto de partida para este proceso lo fue en primer lugar la Epidemiología, la cual marca esencialmente cómo debieran ser conducidos los sistemas y servicios de salud.<sup>4</sup> Otras fuentes importantes fueron el estudio de los procesos asistenciales en todos los niveles, y las experiencias aportadas por los miembros del equipo de trabajo y las personas consultadas. El resultado fue una primera versión de lo que se identificó como "Particularidades de los sistemas de salud" constituida por:

Fuente y resultado del desarrollo.

Altamente dinámico y complejo.

Carácter social de su producción y finalidad.

Papel significativo del Estado.

Universalidad de la atención.

Territorio y población.

Alta presión social.

El próximo paso fue determinar el efecto que estas particularidades ejercían sobre la forma, el estilo, los procesos y la manera de planificar, organizar, dirigir y controlar los sistemas de salud. El resultado quedó reflejado en un tema y una presentación que se incorporaron al módulo Gestión de la Maestría en Salud Pública.<sup>5</sup>

Posteriormente, dicho tema y la presentación fueron utilizados por el autor en cursos de maestría en Cuba, Brasil, México, Panamá, Ecuador y Venezuela. Se diseñaron talleres y ejercicios en que los maestrantes debían verificar si estas particularidades podían servir para determinar en que medida, ciertas políticas, sistemas, programas o estrategias de salud se ajustaban plenamente a las demandas de los sistemas de salud. Mediante el enfoque participativo, se pudo revisar críticamente la lista original, se completaron explicaciones, se definieron alcances y se ajustaron tanto los nombres, como el número de particularidades.

Concluido este proceso, la relación de particularidades se enriqueció, se amplió y se definió con mucha más claridad. Sin embargo, tal resultado presentaba como limitación, haber utilizado como fuente solamente los propios sistemas y servicios de salud, lo cual podía considerarse como una demostración insuficiente.

### **Enfoque metodológico definitivo**

Dado el hecho real de que se trataba de construir una teoría que fundamentara la gerencia en salud como una disciplina independiente, se hacía necesario lograr un mayor nivel de formalización para tal construcción. A lo anterior se añadía, la notable carga cualitativa que tal proyecto requería y la necesidad de crear los resultados a partir del trabajo interactivo con numerosos actores. Tales características eran muy cercanas a los postulados de la *teoría fundamentada (grounded theory)*,<sup>6-8</sup> la que marcó metodológicamente el proceso seguido. A continuación se describen los principales pasos seguidos, que pueden apreciarse de forma sintética en la figura.

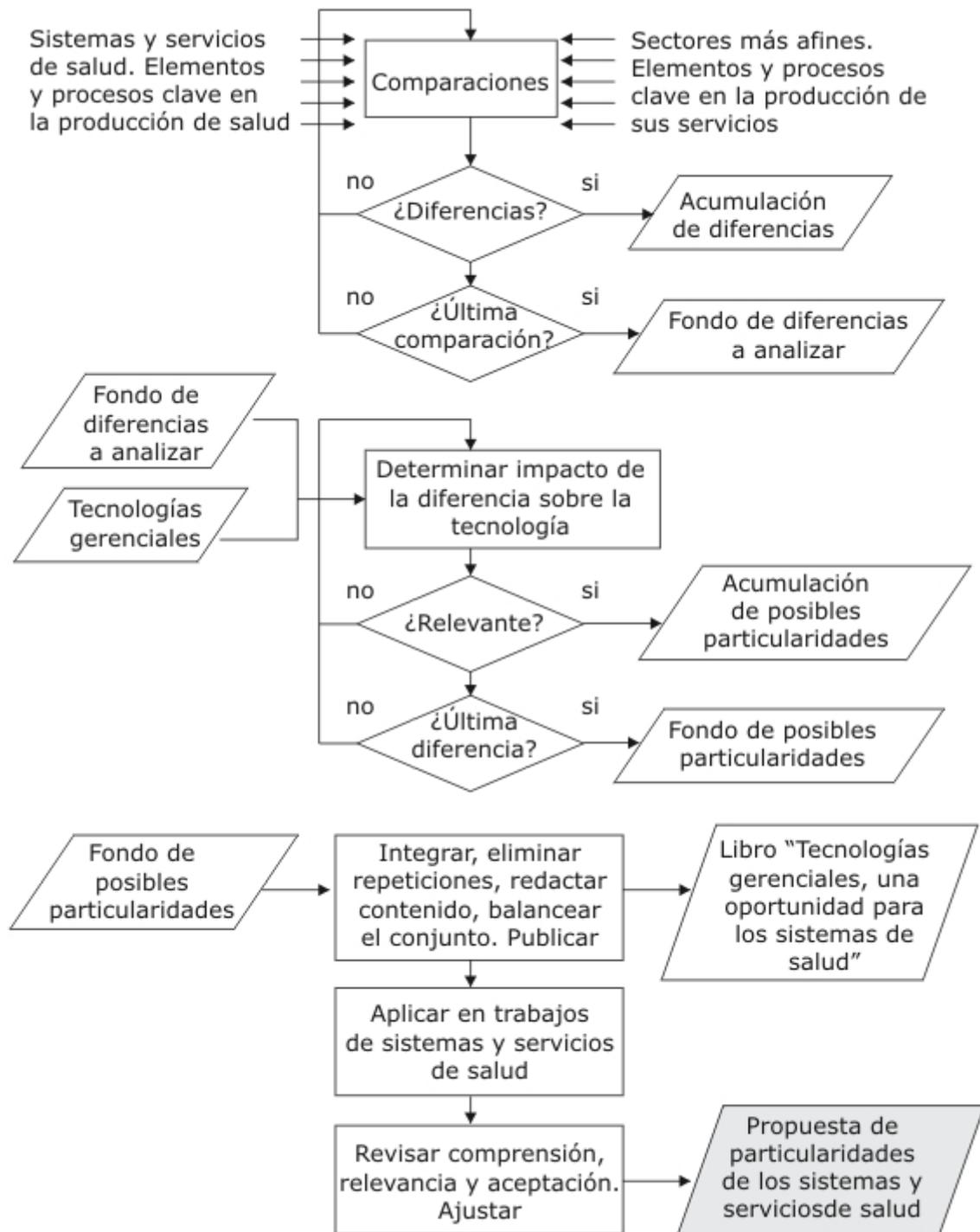
#### *Localizar las diferencias*

La primera acción fue hacer énfasis en hallar "diferencias" contra sectores relativamente "parecidos" tales como los servicios públicos, la educación y la hotelería. Excepcionalmente, se consultaron otros sectores. El punto de partida fueron los elementos distintivos de los sistemas y servicios de salud, tales como la Epidemiología, los factores determinantes de la salud, las funciones esenciales de la salud pública y los procesos asistenciales en todos los niveles, el modo como operaban y en que medida debían ser diferentes a como se realizan en los otros sectores seleccionados. Por esta vía se dispuso de un fondo de diferencias que resultaba de interés estudiar.

#### *Determinar el impacto sobre las tecnologías gerenciales*

Todo proceso gerencial implica el manejo de numerosos métodos, habilidades, tecnologías y procedimientos, pero no todos tienen el mismo peso y significación en la gerencia contemporánea. Las más complejas, y al mismo tiempo más distinguibles, son las tecnologías gerenciales. Resultaba de mucho interés entonces, confrontar las diferencias encontradas en su relación a cómo particularizaban, o no, el modo de actuar de tales tecnologías.

Para el análisis síntesis se construyeron tablas de relaciones donde las hasta ese punto denominadas "diferencias" se cruzaban con las tecnologías gerenciales de mayor significación en la conducción de sistemas y servicios de salud. Mediante revisiones sucesivas y con ayuda de profesionales de la salud, se identificaron las que más contribución hacían a crear una manera diferente de hacer gerencia en el campo de la salud. Las seleccionadas se consideraron particularidades potenciales y por tanto, debían pasar un proceso de revisión y ajuste finales.



**Fig.** Esquema del proceso seguido.

*Afinación del producto obtenido*

Las particularidades potenciales se sometieron a un proceso de revisión con ayuda de otros profesionales, se hicieron integraciones basadas en homogeneidad, se eliminaron repeticiones, se redactaron los contenidos de manera que describieran tanto la particularidad como su impacto diferenciador en la gerencia de sistemas y servicios de salud y el conjunto se sometió a análisis para determinar si estaba bien balanceado.

*Revisión internacional y publicación*

Se hizo una revisión internacional de como funcionaban las tecnologías gerenciales en el campo de los sistemas y servicios de salud, con el propósito de determinar si efectivamente las particularidades encontradas aportaban modos específicos de ser conducidos, lo cual fue confirmado. Los resultados de esta revisión se incluyeron en el libro "Tecnologías Gerenciales, una oportunidad para los sistemas de salud" publicado en Panamá por la Universidad de Panamá y en Cuba por la Editorial de Ciencias de la Salud (dos ediciones).<sup>9</sup>

El libro no presenta una lista de particularidades de los sistemas y servicios de salud en relación con la gerencia, sino que se parte al revés, o sea se toma cada tecnología gerencial y se demuestra que su gran significación para ese campo está relacionada con el alto nivel de coherencia que tiene con las particularidades. La investigación y el libro sirvieron a su vez, como punto de partida para extender o profundizar tal análisis a situaciones específicas, las cuales se explican a continuación.

*Aplicación en investigaciones de sistemas y servicios de salud*

A los efectos de comprobar su forma de operar en condiciones prácticas, se procedió a introducir el empleo de las particularidades en la realización de trabajos de investigación en sistemas y servicios de salud. A continuación, un resumen de los resultados:

*Intersectorialidad.* El trabajo con las particularidades fue incorporado al grupo de investigaciones sobre intersectorialidad en salud que desarrolla la Escuela Nacional de Salud Pública. Se pudo demostrar, por esta vía, que debía existir una forma específica de intersectorialidad orientada a la salud, la cual estaba determinada, entre otros factores, por la coherencia de esta tecnología gerencial con varias de las particularidades. Dichos resultados forman parte de un libro ya publicado.<sup>10</sup>

*Mejora continua de la calidad en salud.* Un problema clásico en este campo ha sido el intento de aplicar en sistemas de salud, técnicas, términos y enfoques de la calidad provenientes de la industria e incluso del servicio, que no son coherentes con tales sistemas. Para abordar este problema, se incluyó el tema de las particularidades en una investigación que tenía el propósito de evaluar la calidad de la atención médica en unidades de atención primaria, en Tabasco, México, con respecto a cuatro enfermedades trazadoras. Bajo este punto de vista, tanto en el diseño, como en el proceso y en la exposición de los resultados se tomaron en cuenta las particularidades que más diferenciaban la calidad en salud de otros sectores o actividades. Esto permitió centrar la atención en lo que era verdaderamente significativo y facilitó el informar con mayor precisión a los decisores. La investigación, incluido este enfoque orientado a las particularidades, fue posteriormente publicada.<sup>11,12</sup>

*Sistemas de información científica y técnica.* La mayor parte de las particularidades encontradas tienen una relación muy alta con las actividades de información científica y técnica, lo que indica que estas deben tener, en el caso de los sistemas y servicios de salud, un diseño y una forma de operar específicos para poder adecuarse al papel que desempeñan en tales sistemas. Con la intención de probar esta concepción, se utilizaron las particularidades como parte del proceso para determinar en que medida los sitios web especializados de información en Infomed, respondían a las necesidades y requerimientos de los sistemas y servicios de salud. No se utilizaron todas, sino aquellas que: "[...] tienen una vinculación más evidente con el desarrollo de los

sistemas de información científico técnica y particularmente con la necesaria vinculación de los principales actores de los sistemas de salud con su construcción y desarrollo [...].<sup>13</sup> Este enfoque tuvo un peso importante en la valoración de los mencionados sitios y se hicieron aportes significativos a la conceptualización de las particularidades, los cuales están incluidos en el informe de investigación publicado.<sup>13</sup>

*Sistemas automatizados de gestión.* Las particularidades de los sistemas y servicios y salud ofrecen numerosas oportunidades para un aprovechamiento excepcional de las potencialidades implícitas en los sistemas basados en las tecnologías de la información y las comunicaciones. Sin embargo, tales ventajas se pierden cuando su diseño y consecuente operación no son coherentes con tales particularidades. Varias de estas particularidades, se utilizaron en un estudio que incluía diseñar un sistema informático, referenciado geográficamente, para dar seguimiento al programa de prevención y control de la enfermedad de Chagas, en Tabasco, México. El propósito consistió en verificar si lo que se proponía era coherente con las particularidades y de tal forma validar este aspecto concreto de la investigación. En este sentido quedó demostrado que el componente informático se ajustaba plenamente a las particularidades de los sistemas de salud con las que estaba relacionado.<sup>14</sup>

*Actualización del libro Tecnologías Gerenciales.* En dicho libro, cada tecnología está justificada y demostrada a partir de su vinculación con las particularidades de los sistemas y servicios de salud. A los efectos de poder comprobar en que medida tales particularidades se correspondían con las encontradas, Arocha Mariño, las reconstruyó a partir de los argumentos que se daban en cada tecnología, para justificar su selección. Este nuevo punto de vista permitió mejorar y completar algunas definiciones, así como, precisar con mayor detalle los límites de cada una.

*Revisar la comprensión de las particularidades, su relevancia y aceptación.* A partir de las notas tomadas durante las aplicaciones, se procedió a hacer una revisión integral de las particularidades. Se mejoraron algunos títulos, se precisaron mejor tanto su definición como su impacto gerencial, se consultó con otros especialistas para verificar si resultaban comprensibles, si de verdad eran relevantes y si estaban dispuestos a aceptarlas como tales. Se hicieron los ajustes necesarios.

## **COMPARACIÓN ENTRE LAS PARTICULARIDADES OBTENIDAS EN LOS DOS ENFOQUES METODOLÓGICOS EMPLEADOS**

Al comparar las particularidades resultantes de la aplicación del segundo enfoque metodológico, con respecto a las obtenidas en el primero, se puede apreciar que salvo dos, el resto de la lista original está contenido en la segunda (recuadro 1).

Esas dos particularidades formaron parte del debate, pero fueron muy cuestionadas y no acumularon suficiente relevancia al realizarse la selección. Las cinco nuevas, no aparecieron en ningún momento en la etapa inicial, salvo la séptima y la octava que de cierta manera estaban contenidas en la primera particularidad de la lista original. Las diferencias son razonables, debido a que en el segundo proceso se extendió la comparación hasta sectores afines, se aplicó un procedimiento más riguroso y se hicieron aplicaciones prácticas de los resultados.

**Recuadro 1.** Comparación entre las particularidades obtenidas en los dos enfoques metodológicos empleados

Primer enfoque

Segundo enfoque

*Particularidades equivalente en ambas listas*

- |   |   |
|---|---|
| 1. Altamente dinámico y complejo                | 1. Alta dinámica de paradigmas y conocimientos                |
| 2. Carácter social de su producción y finalidad | 2. Carácter social de su producción                           |
| 3. Universalidad de la atención                 | 3. Servicio universalmente imprescindible                     |
| 4. Territorio-población                         | 4. Predominio de las variables población, territorio y tiempo |
| 5. Alta presión social                          | 5. Alta presión social  |

*Particularidades originales que no mostraron suficiente relevancia*

6. Fuente y resultado del desarrollo
7. Papel significativo del estado

*Particularidades que no aparecían en la lista original*

6. La continuidad como premisa organizativa
7. Posición privilegiada del prestador con respecto al usuario
8. Alta proporción de puestos con requerimientos de competencias profesionales
9. Multidisciplinaridad e interdisciplinaridad
10. Papel significativo de la evidencia

## **LAS PARTICULARIDADES DE LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD Y SU IMPACTO EN LOS PROCESOS GERENCIALES**

El reconocimiento del carácter complejo de las relaciones entre los componentes de un sistema, la forma particular y el grado en que se conforman sus interacciones, reacciones, y sinergias permite hablar de características diferenciales o particularidades de determinado tipo de sistemas. "...las particularidades, se entienden entonces como características distintivas que ayudan a diferenciar y son además esenciales en los sistemas de salud. Emergen como resultado de la dinámica compleja de este tipo de sistema y su carácter indivisible. Lo particular emerge aquí de las propiedades sinérgicas del sistema. La particularidad significa *singularidad, especialidad, individualidad*".<sup>13</sup>

La ventaja principal de determinar las particularidades es la contribución que hacen para un mejor diseño de políticas, estrategias, programas, intervenciones, productos, procesos y servicios, dado que aportan conocimientos acerca de los puntos críticos, significativos y sistémicos, a los cuales deben dirigirse tales acciones.

Las particularidades de los sistemas de salud se ajustan plenamente al concepto de propiedades emergentes, tal como se definen en la Teoría General de Sistemas, o

sea, si un sistema funciona como un todo, tiene entonces propiedades distintas a las de las partes que lo componen, las cuales "emergen" de él cuando está en acción.<sup>15</sup>

En el recuadro 2, se presenta una tabla de relaciones que combina las tecnologías y habilidades gerenciales con las particularidades de los sistemas y servicios de salud y donde el punto de contacto establece el grado de diferenciación que las segundas aportan a las primeras. Para facilitar el análisis solo se dejaron expresadas las diferencias de mayor peso (Muy alto y Alto). El criterio seguido para asignar diferenciaciones y la tabla en si, fueron sometidos a la revisión de cuatro profesores expertos en el tema de gerencia. La versión presentada refleja los criterios alcanzados después de ese proceso.

Como se puede apreciar en el recuadro 2, todas las habilidades y tecnologías gerenciales requieren en mayor o menor grado una adecuación o especificación cuando de su aplicación a los sistemas y servicios de salud se trata. Los casos mas notables son *la mejora continua de la calidad, las redes integradas de gestión, el diseño de estrategias y políticas, el enfoque participativo, la descentralización, la intersectorialidad y la gestión del conocimiento*. Esta representación es suficiente para confirmar la existencia de un campo particular de actividades en la gerencia en salud, que la diferencia de otras gerencias.

En cuanto a las particularidades, las que más aportaron especificidades son en primer lugar: el predominio de las variables población, territorio tiempo, seguida por carácter social de su producción; servicio universalmente imprescindible; alta presión social; alta dinámica de paradigmas y conocimientos; y posición privilegiada del prestador. No cabe duda que son particularidades muy distintivas y prácticamente muy exclusivas de los sistemas y servicios de salud, por lo que resulta lógico su mayor aporte en diferenciaciones

A continuación, se define cada una de las particularidades y se describen con mayor detalle lo que aportan como especificidades en el modo de conducir los sistemas y servicios de salud.

### **Carácter social de su producción**

El carácter social de la producción en salud, presenta un rasgo claramente distintivo: no hay un productor *único*. "No olvidar que si aceptamos fragmentadamente la salud como el equivalente o resultado de los servicios de salud cometemos un error al dejar marginados factores tan importantes como la educación, la seguridad social y laboral, el deporte, la seguridad pública y las libertades individuales" (Rojas Ochoa F. Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, sept-oct 2008. México, D. F.).

Es difícil encontrar otro caso en la sociedad, donde un mismo producto sea la consecuencia de tantos elementos diferentes.<sup>16</sup> Esto se percibe más claramente cuando se revisan los factores determinantes de la salud, donde se puede apreciar que la mayor parte de ellos está fuera de la competencia del sector salud.<sup>17,18</sup> Otro elemento significativo lo constituye el hecho de que el usuario de los sistemas de salud es tanto objeto como sujeto del proceso,<sup>19</sup> o sea, el producto de la prevención, tratamiento o rehabilitación se construye entre el prestador y el usuario. "... combinar la voluntad del paciente con la habilidad del médico... una combinación poderosa".<sup>20</sup> A esto se puede añadir lo que aportan (o no) la familia, la comunidad y los otros sectores. El papel de la comunidad forma parte del carácter sistémico epidemiológico e intersectorial de salud.

**Recuadro 2.** Grado en que las particularidades de los sistemas de salud determinan diferencias en los procesos gerenciales

Habilidades y tecnologías gerenciales	Particularidades de los sistemas de salud									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gestión del cambio							MA	A	MA	A
Competencias profesionales		A	MA		MA	MA	MA			
Cuadro de mando integral				A	MA	MA				
Descentralización	MA		MA	MA	MA		MA			
Diseño de estrategias y políticas	MA	MA		A	MA			A	MA	MA
Empoderamiento	MA	MA	MA		MA	MA				
Enfoque participativo y trabajo en equipo	MA	MA	MA		MA		A	MA		
Evaluación de tecnologías					MA				MA	MA
Evaluación económica			A		MA	MA			MA	MA
Gestión de la información				A	MA		A		MA	MA
Gestión de RRHH		A	A			MA	MA		MA	
Gestión del conocimiento		MA	A	A	A	MA	MA	A	MA	
Gestión por procesos	MA			MA	MA			A	A	
Intersectorialidad	MA	MA		MA	MA			MA		
Liderazgo	MA				MA	A	MA			
Mejora continua de la calidad	MA	MA	MA	MA	MA	MA		MA	MA	A
Mercadotecnia	MA	MA	MA		MA	A				
Negociación	MA		MA	A	A	A				
Referenciación competitiva		MA	MA		MA				MA	A
Sistemas de control	A		MA		MA	A				
Redes integradas de gestión	MA	MA		MA						
Tercerización		MA	A	A						

Clave de diferenciación:

MA: Muy alto.

A: Alto.

(Solo se consideraron las diferencias notables)

Clave de particularidades:

01 Carácter social de su producción

02 Servicio universalmente imprescindible

03 Alta presión social

04 La continuidad como premisa organizativa

05 Predominio de las variables población, territorio, tiempo

06 Posición privilegiada del prestador

07 Alta proporción de puestos con requerimientos

08 Multidisciplinaridad e interdisciplinaridad

09 Alta dinámica de paradigmas y conocimientos

10 Papel significativo de la evidencia

El carácter social de la producción en salud, requiere el desarrollo de una respuesta socialmente organizada<sup>21</sup> dentro de la cual, el sector de la salud puede desempeñar un papel de guía o conductor. O sea, una primera consecuencia de esta particularidad con respecto a la gerencia en salud, es el desarrollo de un liderazgo participativo y distribuido distinto a lo que comúnmente se conoce, pues no va de los jefes a los subordinados de la propia organización, sino de aquellos hacia otras personas (enfermas o no), comunidades y organizaciones que no son parte de su estructura pero determinan en la producción en salud. Esta peculiaridad imprime modos específicos de operación en diferentes aspectos de las habilidades y las tecnologías de la gerencia, en especial en la negociación,<sup>22</sup> el empoderamiento,<sup>23</sup> la intersectorialidad,<sup>24</sup> la descentralización,<sup>25</sup> la mercadotecnia,<sup>26</sup> los sistemas integrados de gestión,<sup>9</sup> la gestión por procesos,<sup>27</sup> el trabajo en equipo,<sup>28</sup> la mejora continua de la calidad<sup>12</sup> y la participación (Kliksberg B. Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a

las inequidades de salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro, Brasil, octubre 2011).

### **Servicio universalmente imprescindible**

Varias razones determinan el carácter universal e imprescindible de los servicios de salud. Todas las personas requieren entrar en contacto en algún momento de su vida con dichos servicios (médicos, enfermeros, técnicos, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, vacunas, medicamentos, equipos, entre otros). Una gran proporción de ellas nace, muere o pasa determinados periodos de su vida en instituciones de salud. Numerosos estándares, terminologías, normas y prácticas, poseen un gran nivel de uniformidad a escala internacional, lo que facilita la comunicación, el intercambio y el desarrollo. Los objetivos de los sistemas de salud pública tienen numerosos problemas y puntos comunes, incluyendo modos homólogos de organizarse, por ejemplo, el empleo de la historia clínica como núcleo central de la asistencia sanitaria. Es un bien público imprescindible tanto para las personas y como para las poblaciones y un derecho universal reconocido y aceptado.<sup>9,29-31</sup>

Muchas de las concepciones generalmente aceptadas para procesos gerenciales en otras producciones o servicios, resultan inadecuadas para la gerencia en salud, en razón de esta particularidad. La escala de los conceptos de integración e integralidad no es solo más amplia, sino también imprescindible. Aspectos tales como prevención, cobertura, accesibilidad, igualdad y equidad se colocan en primer plano en el campo de la toma de decisiones, en el diseño de políticas y estrategias y en la operación cotidiana. Se presentan posibilidades superiores para la introducción de sistemas automatizados orientados a la gerencia, dada la facilidad de tener un núcleo central universalmente aceptado y estándares y terminologías uniformes a escala internacional. La mercadotecnia,<sup>26</sup> la gestión del conocimiento,<sup>32</sup> la intersectorialidad,<sup>24</sup> la tercerización,<sup>33</sup> el trabajo colaborativo en línea<sup>34</sup> y la referenciación competitiva,<sup>35</sup> son ejemplos de habilidades y tecnologías que deben ser objeto de adecuaciones específicas como efecto de esta particularidad.

### **Alta presión social**

La salud es uno de los temas más sensible de la sociedad contemporánea. Muchas razones contribuyen a esa sensibilidad. Una de ellas es la de ser considerada un derecho universal, lo que implica inmediatamente otro derecho: el de exigir que se materialice. Las posibilidades de acceso a información hacen del ciudadano de hoy una persona más preparada para saber que exigir, como hacerlo y cuando hacerlo. Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter de irreversibilidad o al menos implican repetición de intervenciones con pérdida de dinero y tiempo y eso genera inquietud y alarma en las personas y las poblaciones. La propia introducción de nuevas tecnologías altamente beneficiosas, representa un riesgo importante para la salud.<sup>36</sup> Las asociaciones de pacientes y familiares, las defensorías del consumidor, los grupos sociales de diferentes tendencias y objetivos, así como las comunidades, ejercen cohesión, influencia e incluso intimidación acerca de lo que consideran sus derechos a la salud. "La asistencia médica contemporánea está bajo escrutinio por los organismos reguladores, los tribunales y los consumidores. Desde los problemas de seguridad, hasta las exigencias de pago por desempeño, la presión es constante sobre los líderes de las organizaciones de salud".<sup>37</sup> A esto se une el crecimiento desmedido, justificado o no, de las demandas por responsabilidad médica.<sup>38</sup> El carácter altamente político y social de estos problemas, está crecientemente presente en la agenda de los partidos políticos, plataformas electorales y movimiento sociales, lo que confirma el interés y la preocupación generalizados sobre este tema.

Ningún proceso gerencial está sometido a un nivel de presión social tan alto como la que debe asumir la gerencia en salud. *Malagón-Londoño*,<sup>39</sup> al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros se pagan con pérdidas de dinero, mientras que los segundos lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no sólo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.<sup>39</sup> Varias tecnologías gerenciales, además de la calidad, requieren adecuaciones a partir de los efectos de esta peculiaridad. Es el caso de los sistemas de control orientados a la gerencia, incluido el control social y la auditoría médica,<sup>40</sup> el empoderamiento de pacientes, familiares y la comunidad,<sup>41</sup> la gestión de los recursos humanos con énfasis en las competencias profesionales,<sup>42</sup> la capacidad de negociación en formulas de ganar-ganar; la descentralización para acercar más las decisiones al punto donde el hecho sanitario se produce y la mercadotecnia con orientación sanitaria.

### **La continuidad como premisa organizativa**

En la salud, a diferencia de en otros servicios, un mismo usuario está sometido a una secuencia en el tiempo de diferentes prestadores, localizados en una amplia variedad de organizaciones, lugares y puntos de vistas, que en su conjunto se supone que formen un todo armónico, a manera de una cadena de valor. De no ser así, se corre el riesgo de una ruptura en la secuencia lógica de la atención, que resultaría en baja calidad, incrementos de costos para ambas partes y sobre todo, peligros para el paciente.<sup>43,44</sup>

La continuidad de la asistencia médica, a escala de sistema de salud, se expresa por la necesidad de asegurar que tales elementos discretos formen un proceso en el tiempo, caracterizado por un flujo encadenado de informaciones y acciones, una secuencia que responda a las necesidades y conveniencias específicas del paciente y a la posibilidad de los prestadores para incrementar valor en la medida en que participan en el proceso.<sup>45</sup> No hay nada parecido en ningún otro sector.

Desde el punto de vista gerencial, esta particularidad, produce algunas especificidades tales como la organización del servicio concebida como un proceso con características de integración extendida,<sup>46</sup> la mejora continua de la calidad expresada en el tiempo y la distancia, la implementación de sistemas automatizados e integrados de gestión con enfoque geográfico y basado en historias clínicas unificadas,<sup>14</sup> la descentralización, la intersectorialidad y en alguna medida la tercerización,<sup>33</sup> entre otros.

### **Predominio de las variables población, territorio y tiempo**

Los servicios públicos tienen la responsabilidad de satisfacer en forma regular y continua un grupo importante de necesidades de interés general para los ciudadanos<sup>47,48</sup> La propia condición de ser *públicos* hace que deban organizarse teniendo en cuenta las características de la población, la distribución de esta en el espacio geográfico y sus variaciones en el tiempo, todo lo cual se expresa mediante las variables de población, territorio y tiempo.

Salvo en los sistemas de salud, en el resto de los servicios públicos estas variables se trabajan con un número pequeño de atributos los cuales a su vez tienen una dinamicidad hasta cierto punto previsible. Los grupos por edades y niveles de escolaridad en los sistemas educacionales, los desplazamientos diarios de las poblaciones en los sistemas públicos de transporte o el número de usuarios por barrio en el sistema de distribución de agua, son ejemplos de esto.

Lo que sucede con los problemas de salud, es que presentan un número casi ilimitado de variantes tanto en términos de atributos de los grupos poblacionales (edad, sexo, raza, ocupación, cultura, riesgo), como en su diseminación geográfica (universal, regional, sectorial) o en su comportamiento cronológico (estacional, cíclica, explosiva), los que a su vez se combinan entre sí con respecto a esas mismas variables.<sup>49</sup> La única forma entonces de identificar, prever o tratar dichos problemas y de evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias, es tomar como punto de partida tales variables y atributos. La disciplina que se ocupa de esto es la epidemiología, la cual provee las técnicas y los medios para hacerlo y crea por esta vía, la posibilidad de que la gerencia disponga de información integrada, coherente y oportuna para la toma de decisiones.

Esta relación entre la epidemiología y los sistemas y servicios de salud, ya era conocida por los clásicos de esta disciplina<sup>50,51</sup> y el desarrollo alcanzado hasta la actualidad, le ha permitido extender notablemente su papel protagónico en la conducción de los sistemas y servicios de salud.<sup>52</sup>

Habilidades y tecnologías gerenciales más recientes en el campo de la salud como el diseño estratégico, la gestión por procesos, los sistemas automatizados e integrales de gestión, la gestión del conocimiento, la mejora continua de la calidad, la referenciación competitiva, la mercadotecnia, la evaluación de tecnologías, las competencias profesionales, el cuadro de mando integral,<sup>53</sup> entre otras, en su aplicación a sistemas y servicios de salud requieren, para ser exitosos, orientarse epidemiológicamente, que no es exactamente lo mismo que "adecuarse". Muy especialmente, habría que mencionar los sistemas de control, pues deben asumir direcciones específicas relacionadas con el control social, el análisis de la situación de salud<sup>54</sup> y un empleo más relevante de los indicadores cualitativos.

### **Posición privilegiada del prestador con respecto al usuario**

Los prestadores, en términos generales, emplean diferentes técnicas y estrategias para convencer a los usuarios de que adquieran las ofertas que le presentan. En el caso de los sistemas de salud se produce una particularidad totalmente diferente. El personal de contacto, especialmente médicos y enfermeras, no solo opera el servicio, sino además cuenta con facultades excepcionales con respecto al usuario, tales como: crear el servicio, inducir la demanda, decidir entre opciones, movilizar recursos y crear trabajo para otros servicios. Su autoridad reconocida y aceptada no requiere "convencer", le basta con *prescribir*.<sup>55</sup> Según *Cosialis D*, el 70 % del costo hospitalario está representado por las decisiones clínicas (cultivos de Gram, espirometría, placas y otros),<sup>56</sup> lo que expresa claramente el peso y significación económica de tales decisiones.

Desde el punto de vista gerencial, esta particularidad diferencia notablemente la gerencia en salud de cómo se hace en otros servicios. La simpleza de premiar al prestador por su capacidad para hacer consumir al usuario, resulta bastante diferente en este caso. Se trata entonces de lograr que no se prescriba ni por exceso ni por defecto, sea por la razón que sea. Para esto se requiere hacer que al prestador corresponda la autoridad en crear demanda, con la responsabilidad que debe asumir por lo que indica, aquí hay otra diferencia.

Esta particularidad desencadena enfoques específicos con respecto a varias tecnologías y habilidades gerenciales, sobre todo, la mejora continua de la calidad que se enfrenta a la contradicción de evitar tanto el servicio por exceso como el servicio por defecto; la gestión de los costos que debe extenderse a una concepción de costo-efectividad por las razones anteriormente apuntadas; la gestión de los recursos

humanos según el desempeño, que debe incorporar los problemas de la capacidad prescriptiva y su relación con el servicio; los sistemas automatizados de gestión sobre todo el empleo de historias clínicas automatizadas, que facilitan mantener el rango de esta particularidad dentro de márgenes aceptables.

### **Alta proporción de puestos con requerimientos de competencias profesionales**

Es posible encontrar otros sectores donde la proporción de puestos con requerimientos profesionales sea también muy alta, pero lo que particulariza además a los sistemas de salud es la diversidad de especializaciones, el nivel de independencia y capacidad de decisión de esos profesionales, la obligatoria correspondencia con requerimientos de carácter internacional, el carácter cada vez más global y dinámico de los conocimientos y tecnologías para encarar enfermedades y desarrollar estrategias de salud y la vocación de colaboración científico técnica entre la comunidad médica, todo lo cual entra en el campo de las competencias profesionales. La propia dinámica de los paradigmas y conocimientos en materia de salud y los nuevos enfoques en salud pública, obligan incluso a reestructurar, cada vez en periodos más cortos, la formación pre y posgraduada de estos profesionales.<sup>57-60</sup>

Desde el punto de vista gerencial, estas propias características demandan métodos y estilos de dirección que además de corresponderse con el nivel científico y técnico de ese personal, sean capaces de aprovechar el alto potencial que poseen para generar ideas e innovaciones, para actuar por cuenta propia y para asumir misiones complejas sin tener que ser llevados de la mano. Esta particularidad demanda una gerencia de liderazgo participativo y distribuido,<sup>61</sup> descentralizada, orientada a la gestión del conocimiento,<sup>32</sup> con mecanismos muy afinados para la formación y desarrollo del personal; muy abierta al cambio e integrada en sistemas de redes que propicie el trabajo colaborativo en línea.

### **Multidisciplinaridad e interdisciplinaridad**

En los sistemas de salud, el requisito esencial es la confluencia de la interacción científica entre todas las disciplinas como fuente del enriquecimiento de los procesos asistenciales y de promoción de salud. El objeto de la salud, que es sujeto actuante y social, exige la confluencia interdisciplinaria y multidisciplinaria.<sup>13</sup>

La multidisciplinaridad y la interdisciplinaridad son los modos en que se expresa el trabajo de los servicios de salud, su forma natural de intercambiar, decidir y de crear nuevos conocimientos. El carácter integral de los problemas de salud y su multicausalidad, hacen imprescindible desbordar el enfoque biomédico para pasar hacia un enfoque social, donde participen además especialistas de otras ciencias como la sociología, la antropología, la historia, la demografía, la economía o la geografía, de manera de acercarse lo mejor posible al contexto en que la salud se produce y de la cual depende. En los casos en que el proceso depende simultáneamente de la integración de los conceptos y prácticas de varias disciplinas se habla entonces de transdisciplinaridad. Estas formas complejas de trabajo conjunto son las que permiten ampliar el espectro del accionar científico, desarrollar nuevos enfoques, rebasar sus propias fronteras de conocimientos, y enfrentar de conjunto amenazas y emergencias sanitarias en gran escala.<sup>62,63</sup>

La multidisciplinaridad, la interdisciplinaridad y la transdisciplinaridad forman parte de la concepción contemporánea de la gerencia, pero salvo en el campo de la investigación científica y técnica, su papel es más auxiliar que decisivo, por lo que

---

aparece como un elemento más de la toma de decisiones, pero no las condiciona. En gerencia en salud, pasan a ocupar un papel protagónico, todavía en proceso de consolidación, pues como bien señala *Rojas Ochoa*, "no se ha alcanzado hoy la unidad de pensamiento en la dirección indicada, lo que provoca análisis y enfoques desacertados sobre numerosos problemas de salud".<sup>64</sup>

Al igual que las otras particularidades, esta determina cómo debiera desarrollarse la gerencia en salud para sintonizar su accionar con lo que demandan los sistemas y servicios de salud. Sus efectos más importantes tienen que ver con el papel clave que asume la toma de decisiones en equipos de este tipo, tanto para los procesos estratégicos y de políticas, como para la organización y reorganización de los servicios. La mejora continua de la calidad extiende su campo de acción a la influencia derivada de esta particularidad, que resulta fundamental para hacer mejor lo que ya está bien. Su efecto como proveedora de innovaciones e iniciativas, demanda una gerencia con fuerte orientación al cambio. A lo anterior se unen las posibilidades de los sistemas automatizados en red, incluyendo las redes sociales, para "expandir el alcance de la biovigilancia e incrementar la oportunidad, calidad e integralidad de la detección de enfermedades, y la capacidad para alertar, responder y predecir".<sup>63</sup>

### **Alta dinámica de paradigmas y conocimientos**

Los sistemas de salud tienen una capacidad muy alta para la asimilación de los avances derivados de la investigación científica, tanto en los propios campos de la biomedicina y la salud, como de los que pueden asimilar de originados en otros sectores. Es notable, por ejemplo, que en época tan temprana como la década de los 70 del siglo pasado, se fundaron las primeras sociedades de informática médica, lo que abrió el camino a transformaciones notables en el trabajo clínico, quirúrgico, organizativo y administrativo de las instituciones y los servicios de salud. La proporción tan alta de personal con competencias profesionales altas y vocación para la investigación científica es una fuente constante de descubrimientos, innovaciones, desarrollos tecnológicos y enfoques organizativos, todo lo que, al eliminar o transformar paradigmas, produce de hecho una desactualización continua del conocimiento que tienen las personas sobre su propio trabajo, sobre la manera en que se relacionan con los demás, incluidos los pacientes, y sobre el modo de aprender y conocer. Una clara demostración de lo anterior es el crecimiento vertiginoso de la producción científica en el campo de la biomedicina, la salud y la organización de los servicios.<sup>65-68</sup>

Con esta particularidad, muchas concepciones, reglas y paradigmas de la gerencia aplicada a los sectores de la producción, los servicios, el deporte o la recreación, deben ser modificadas para su operación en el marco de la gerencia en salud. La capacidad de cambio pasa a primer plano y se convierte en algo así como un hilo conductor; se hace necesario crear caminos más cortos entre los que median entre la innovación y la aplicación, de hecho la gerencia en salud es también una gerencia de la innovación, la gestión del conocimiento y toda su tecnología asociada tiene un peso mayor en el diseño de las estructuras y de los procesos de trabajo, la referenciación competitiva como técnica gerencial orientada a identificar e implementar las mejores prácticas, donde quiera que se desarrollen, se hace cotidiana.

### **Papel significativo de la evidencia**

En general, la necesidad de evidencia aparece como un factor importante en cualquier proceso gerencial, pero en el caso de los sistemas y servicios de salud pasa a constituir una condición de la cual no se puede prescindir. Las decisiones en estos

---

casos se vinculan, esencialmente, a la vida y el bienestar de las personas y las poblaciones, lo cual requiere que estén respaldadas por pruebas suficientes que reduzcan al mínimo, la posibilidad de error y demuestren en cualquier momento que se transitó por el camino adecuado. Tales pruebas o evidencias provienen de los resultados de la investigación científica, de las experiencias acumuladas y de la innovación.

La evidencia se asocia, generalmente, a la mejor información científica disponible para aplicarla a la práctica clínica, pero este concepto se ha extendido a otros campos de la salud, tales como las intervenciones sanitarias en general, la enfermería, la planificación local, la evaluación de tecnologías, la promoción, la prevención, el pronóstico o las decisiones en políticas, entre otros. No todas las evidencias tienen el mismo rigor científico, ni se construyen de la misma manera, lo que motiva la existencia de diferentes escalas de su calidad. Para ello, se toman en cuenta el tipo de diseño de los estudios realizados, los grados de recomendación, el contexto, el riesgo y la evaluación económica, cuando correspondan.<sup>69-73</sup>

Este enfoque hacia la evidencia genera especificidades para la gerencia en salud. Lo que no se discute es si es necesario disponer de pruebas para decidir; lo que sucede es que no siempre está disponible o no resulta suficiente para el problema planteado, en razón de lo cual hay que crearla por medios propios, caso muy frecuente cuando de evaluación de tecnologías en salud se trata.<sup>9</sup> Arriesgarse a decidir en salud sin evidencia, es una manifestación de improvisación que puede conducir a efectos negativos para la salud de las personas y para la sostenibilidad de los programas o del propio sistema.

Una gerencia enfocada a la evidencia está obligada a priorizar el acceso amplio y sin restricciones a información científica y técnica continuamente actualizada, la cual está disponible en sitios especializados y en bases de datos globales y específicos en Internet. La actualización es imprescindible, pues en el caso de las ciencias biomédicas, las evidencias y los paradigmas evolucionan con mucha rapidez.

## CONSIDERACIONES FINALES

Las particularidades de los sistemas y servicios de salud permiten identificar inequívocamente a la gerencia en salud como una disciplina independiente de la gerencia en general, determinan en que consisten tales diferencias y aportan elementos de base para trabajos posteriores de desarrollo conceptual y metodológico, incluyendo la docencia.

La importancia de las diferencias, además de permitir caracterizar la gerencia en salud, sirve para alertar qué es lo que debe tenerse en cuenta cuando se considera incorporar a los sistemas y servicios de salud, enfoques, metodologías, procedimientos, habilidades o tecnologías exitosas en otros sectores o ramas.

Las particularidades no son un trabajo final ni definitivo. Estudios posteriores permitirán enriquecer sus contenidos, encontrar otras no reveladas en esta investigación e incluso particularidades que se refieren a subconjuntos de los sistemas y servicios de salud, como pueden ser los diferentes niveles de atención o ciertos grupos de servicios homólogos.

Como se habrá podido apreciar, el contenido de las particularidades está representando, simplemente, el enorme caudal de estudios, investigaciones,

proyectos y experiencias aportados, durante toda la historia de la salud pública, por aquellos que trazaron el camino que ahora recorremos. Sin tales antecedentes, este trabajo no hubiera sido posible.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero O. El Management público: una Torre de Babel. Revista de Ciencias Sociales Convergencia. Septiembre-diciembre. Universidad Autónoma de México. 1998;5(17):13-47.
2. Suárez Lugo N. La salud como resultado del consumo. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 17 Mar 2013]; 36(4):322-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400006&lng=es)
3. Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos, experiencias. Washington, D. C.: OPS; 1990.
4. Dussault G. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. Boletín Epidemiológico OPS. 1995;16(2):1-5.
5. Capote R, Carnota O. Gerencia en salud, un mundo fascinante y complejo [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
6. Walker D, Myrick F. Grounded Theory: An Exploration of Process and Procedure. Qualitative Health Res. 2006;16(4):547-59.
7. Hunter A. Navigating the grounded theory terrain. P1. Nurse Res. 2011;18(4):6-10.
8. Hunter A. Navigating the grounded theory terrain. P2. Nurse Res. 2011;19(1):6-11.
9. Carnota O. Tecnologías gerenciales, una oportunidad para los sistemas de salud. Panamá: Universidad de Panamá; 2005.
10. Castell-Florit P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
11. Ávalos MI. Evaluación de la calidad de la atención médica, en unidades de atención primaria de Tabasco, México [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.
12. Ávalos MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario. 2010;9(1):10-5.
13. Urra PA. Los sitios Web especializados de Infomed en la estrategia para la comunicación e información científico-técnica en salud [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.
14. Garrido S. Desempeño del programa de prevención y control de la enfermedad de Chagas en Tabasco, México. Propuesta de un sistema informático, con enfoque geográfico [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2011.

15. O'Connor J, Mc Dermont, I. Introducción al pensamiento sistémico. Barcelona: Editorial Urano; 1998.
16. Wolder B, Browner CH. The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology. *Social Science Med.* 2005;61: 745-50.
17. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004 [citado 17 Mar 2013]; 30(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)
18. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública.* 2011 [citado 17 Mar 2013]; 37(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es)
19. Martín L de los A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.
20. Harold B. Keys to be Patient Active. *Cancer Support Comm.* 2010 [cited 2012 Ago 15]. Available from: <http://www.cancersupport-phila.org/documents/ARFY10-11.pdf>
21. Frenk J. Biblioteca digital; 2010 [citado 30 Sept 2012]. La respuesta social organizada, capítulo VI. Disponible en: [http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec\\_12.htm](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_12.htm)
22. Brito Q, Campos F, Novick M. La negociación como instrumento de gerencia en los servicios de salud. En: OPS, editor. *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades.* Washington, D. C.: OPS; 1996. p. 93-112.
23. Hjertqvist J. The Empowerment of the European Patient options and implications. *Health Consumer Powerhouse.* 2009;2: 31.
24. Castell-Florit P. *Intersectorialidad en salud, fundamentos y aplicaciones.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010.
25. Mitchel A, Bossert Thomas J. Decentralization, Governance and Health-System Performance: Where you Stands Depends on Where You Sit. *Develop Policy Rev.* 2010;28(6):669-91.
26. Suárez Lugo N. *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
27. *Procesos asistenciales integrados.* Junta de Andalucía; 2010 [citado 6 Abr 2012]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/riesgo\\_vascular/riesgo\\_vascular.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/riesgo_vascular/riesgo_vascular.pdf)
28. Carnota O. *Gerencia sin agobio, un aporte a la eficiencia personal e institucional.* 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

29. de la Torre Montejó E, López Pardo C, Márquez M, Gutiérrez Muñiz JA, Rojas Ochoa F. Salud para todos Sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social; 2004.
30. Márquez M, Sansó F, Alonso P. Medicina general, medicina familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
31. Villar H. La salud, una política de estado. Hacia un sistema nacional de salud. Uruguay: imprenta Grafinel; 2003.
32. Pang T, Sadana R, Hanner S. Knowledge for better health a conceptual Framework and foundation for health research Systems. Bull WHO. 2003;81(11):2-5.
33. Brumal B. Making the Choice, the pros and cons of outsourcing. Health Facilities Management. 2001;14(6):6-16.
34. Ballestar Tarín ML, Ruano Casado L. El trabajo colaborativo a través de la web: posibilidades y limitaciones. Catalunya: Universitat de Girona; 2011 [citado 2 Dic 2012]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10256/3724>
35. Jay FL Kay. Health Care Benchmarking. Med Bull. 2007 [cited 2012 Dic 2];12(2). Available from: [www.fmskh.org/database/articles/06mbdrflkay.pdf](http://www.fmskh.org/database/articles/06mbdrflkay.pdf)
36. Top Ten Technology Hazards. Reino Unido: ECRI; 2010 [cited 2011 Abr 15]. Available from: [http://www.ecri.org.uk/pdf\\_document/Top\\_Ten\\_Technology\\_Hazards\\_2010.pdf](http://www.ecri.org.uk/pdf_document/Top_Ten_Technology_Hazards_2010.pdf)
37. McNamara S. Readings in Health Care Governance. Chubb, editor. s/f [cited 2012 Nov 8]. Available from: [www.chubb.com/businesses/csi/chubb3821.pdf](http://www.chubb.com/businesses/csi/chubb3821.pdf)
38. Rencoret G. Auditoria médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: riesgos y conflictos. Rev Chilena Radiología. 2003;9(3):157-60.
39. Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Lavarde G. Garantía de calidad en salud. 2da ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2006.
40. Decsi A. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. Rev Salud Pública, Colombia. 2004;6(2):107-39.
41. de Vos P, Malaise G, Ceukelaire W. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Atá hasta la era de la globalización. Medicina Social. 2009;4(2):127-34.
42. Herrera Y. Diseño de normas técnicas profesionales como base para la elevación de la calidad del servicio de enfermería [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
43. Redi R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity on Health Care. Canada: CHSRF/FCRSS; 2002.
44. Haggerty J. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327:1219-21.
45. Watson AR. Continuity in transition from paediatric to adult healthcare. J R Coll Physicians Edinburgh. 2012;42(1):3-4.
-

46. Álvarez B. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2da ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009.
47. Earls J. Valuing Public Services. Londres: Amicus; 2007.
48. RSA Projects. What do People Want, Need and Expect from Public Services? Londres: Public Services Trust; 2010.
49. Bárcena A, Prado A, Jaspers D. Población, territorio y desarrollo sostenible. Santiago de Chile: CEPAL; 2012.
50. Krieger N. Commentary: Ways of asking and ways of living: reflections on the 50th anniversary of Morris' ever-useful uses of Epidemiology. Internat J Epidemiol. 2007;36:1173-80.
51. Porter D. Calculating health and social change: an essay on Jerry Morris and late-modernist epidemiology. Internat J Epidemiol. 2007;36:1180-4.
52. Ibrahim Michael A. Book Review: Epidemiology and the Delivery of Health Care Services: Methods and Applications. 2nd ed. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2002;156(6):579-81.
53. Fields SA, Cohen D. Performance enhancement using a balanced score card in a Patient-centered Medical Home. Fam Med. 2011;43(10):735-9.
54. Martínez Calvo S. Análisis de la situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
55. Carnota Lauzán O. El costo en salud y la corresponsabilidad clínica. Un enfoque desde la perspectiva gerencial. Rev Cubana de Salud Pública. 2010 [citado 17 Mar 2013];36(3):222-32. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300006&lng=es)
56. Cosialis i Pueyo D. Gestión clínica y gerencia de hospitales. Madrid: Editorial Harcourt Brace; 2000.
57. Ho Chan W, Tin A. Beyond Knowledge and Skills: Self-Competencies in Working With Death, Dying, and Bereavement. Death Studies. 2012;36(10):899-913.
58. Santric-Milicevic M, Simic S, Marinkovic J. Health Workforce Trends in Changing Socioeconomic Context: Implications for Planning. Health Med. 2012;6(4):1375-89.
59. Smith S, Drake L, Harris J. Clinical Informatics; a workforce priority for 21<sup>st</sup> century healthcare. Australian Health Rev. 2011;35(2):130-5.
60. Mankin A, Bernard M, Barry P. Bridging the Workforce Gap for Our Aging Society: How to Increase and Improve Knowledge and Training. Report of an Expert Panel. JAGS. 2005;53:3437.
61. Gauvin FP, Abelson J. Primer on Public Involvement. Canada: Health Council; 2006.
62. García R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Rev Cubana de Salud Pública. 2012 [citado 17 Mar 2013];37(Supl 5).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500015&lng=es)

63. Kahn AS, Fleischauer A, Casani J. The next public health revolution: public health information fusion and social networks. *Amer Public Health*. 2010;100(7):1237-42.

64. Rojas Ochoa F. Interdisciplina e intersectorialidad [editorial]. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010 [citado 17 Mar 2013];36(3):197. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300001&lng=es)

65. Zorzetto R, Razzouk D, Dubugras MT. The scientific production in health and biological sciences of the top brazilian universities. *Brazilian J Medical Biological Res*. 2006;39:1513-20.

66. Yu-Chu Ch, Jau-Ching W, Ingo H. Academic Impact of a Public Electronic Health Database: Bibliometric Analysis of Studies Using the General Practice Research Database. *Plus One*. 2011 [cited 2012 Nov 5];6(6). e21404. Available from: <http://www.plusone.org>

67. Mattison M. Social Work Practice in the Digital Age: Therapeutic E-Mail as a Direct Practice Methodology. *Social Work*. 2012;57(3):249-58.

68. Skirton H, Lewis C, Kent A. Genetic education and the challenge of genomic medicine: development of core competences to support preparation of health professional in Europe. *Eur J Human Genetics*. 2010;18(9):972-7.

69. Bergonzoli G. La epidemiología y la planificación local: medidas para la evaluación del impacto potencial. *Colombia Médica*. 2005 [22 Ago 2012];36(1):44-9. Disponible en: <http://www.svdp.org/mbe/niveles-grados.pdf>

70. Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. *Al Día*. 2003;2(2):39-42.

71. Novell Albert J, Navarro-Rubio M. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:740-3.

72. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35(9):478-83.

73. Whitley R, Rousseau C, Carpenter-Song E. Evidence-based medicine: opportunities and challenges in a diverse society. *Can J Psychiatry*. 2011;56(9):514-22.

---

\* El término no lo inventó *Taylor*, ya se venía utilizando desde siglos anteriores, asociado generalmente a cuestiones que tenían que ver con el "manejo de cosas". En realidad, desde un punto de vista etimológico, *management* proviene de *menaje* una palabra francesa que a su vez proviene de la voz latina *manere* (cuidado de la casa).

\*\* Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/>, para la etimología de estos vocablos en idioma español y en: [http://www.etymonline.com/index.php?term=administration&allowed\\_in\\_frame=0](http://www.etymonline.com/index.php?term=administration&allowed_in_frame=0), para su etimología en idioma inglés.

\*\*\* Los doctores *Orlando Carnota Lauzán*, *Emilio Fernández Caballero* y *Roberto Capote Mir* de Cuba y el doctor *Hugo Villar* de Uruguay.

Recibido: 15 de enero de 2013.

Aprobado: 15 de febrero de 2013.

*Orlando Carnota Lauzán*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [orlando@infomed.sld.cu](mailto:orlando@infomed.sld.cu)