

**Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones
de Salud**

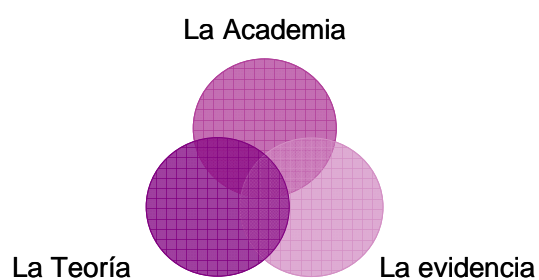
Facultad de Ciencias Económicas UNLP

Tesis de Graduación

***El Gerente Sanitario. Distancias y confluencias de las competencias
recomendadas, desarrolladas y manifiestas.***

Autora: Lic. Mariel Ortiz

Directora: Mg. Liliana Cristina Galán



La Plata, Agosto de 2012

Dedicatoria

A la memoria de mi querido “Padre”, quien enseñó a sus hijas el valor que toma la pasión para el logro de importantes objetivos.

A Marcelo, mi incondicional compañero de vida.

Agradecimientos

A mi familia, a mi Directora de tesis por su gran generosidad, a mis afectos, a los colegas que directa e indirectamente participaron del trabajo de tesis, y a todas aquellas personas que con distinta intensidad supieron apoyarme a lo largo de un fértil proceso de formación.

Índice de Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	2
ORDENAMIENTO DEL DOCUMENTO.....	2
II. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA A ABORDAR.....	4
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	7
IV. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
V. PROCESOS METODOLÓGICOS.....	21
TIPO DE TESIS.....	21
RELATO DEL TRABAJO DE CAMPO.....	21
VI. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	30
VII. CONCLUSIONES EMERGENTES Y DESAFÍOS PENDIENTES.....	52
CONCLUSIONES EMERGENTES.....	52
<i>Hallazgos particulares</i>	52
<i>Revelaciones integrales</i>	56
DESAFÍOS PENDIENTES.....	66
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA.....	68
ANEXO.....	69

I. **Introducción**

El tema central del trabajo de Tesis, descansa en el análisis de las aproximaciones y alejamientos de la caracterización del Gerente Sanitario según tres perspectivas, la teoría, la formación de Posgrado y lo efectivamente evidenciado en gerentes de Organizaciones prestadoras de Servicios de Salud. Dicho abordaje de la cuestión se refleja fielmente en el título del trabajo.

Ordenamiento del documento

Con la intención de anticipar el contenido del presente escrito, se describen brevemente los distintos capítulos en los que fue organizada la exposición del Trabajo de Tesis.

En tal sentido se anuncia que el trabajo se ha ordenado en siete apartados de contenido específico y cuya secuencia responde a un criterio de conexión que permite progresivamente acercarse a la demostración de los objetivos de la Tesis. A continuación se reseña, en pocas líneas, el contenido y sentido de cada sección del documento.

En primer lugar se dispuso un capítulo denominado "*Caracterización del problema a abordar*"; que tiene por objeto aclarar en términos cualitativos la problemática escogida como eje del trabajo, como así también justificar su pertinencia en el marco de la Maestría en cuestión, para finalmente comentar los antecedentes del tema.

A continuación se observa el apartado referido al "*Marco teórico*", en el que se exponen los enfoques conceptuales seleccionados que puntaron los límites del abordaje del tema central de la Tesis. En este punto resulta prudente comentar que, el marco teórico ocupó un espacio y adquirió un valor muy significativo, considerando que uno de los tres ejes de la investigación fue justamente el análisis de los veredictos de la teoría sobre el "gerente sanitario".

El capítulo "*Propósito y objetivos específicos*", plantea la principal finalidad y aspiraciones secundarias de la Tesis, naturalmente ligadas a la problemática central de abordaje seleccionada.

En la sección titulada “*Procesos metodológicos*”, se identifica el tipo de investigación; se describen las técnicas aplicadas e instrumentos de recolección diseñados para el relevamiento; y se relata la experiencia que significó el trabajo de campo efectuado.

El anteúltimo capítulo llamado “*Análisis de la información*”, refiere todas aquellas cuestiones vinculadas con la información recolectada y recopilada, como así también las particularidades relacionadas al procesamiento de datos recogidos y a su proceso de interpretación, citando los instrumentos utilizados ad hoc como las matrices cualitativas de análisis.

El último apartado denominado “*Conclusiones emergentes y desafíos pendientes*” relata los hallazgos resultantes de la observación y examen comparativo de la información obtenida, conforme a los objetivos fijados en la Tesis. Contiene las principales inferencias y derivaciones emanadas del proceso de estudio realizado, logrando concretar no sólo los propósitos de la Tesis, sino también planteando ciertos retos a tener en cuenta en el futuro mediato.

Finalmente y para cerrar el documento, se ubicaron dos grandes apartados. Uno de ellos, la *Bibliografía utilizada*; el otro el *Anexo*. Concretamente el anexo es una sección que con la intención de fundamentar cada afirmación contenida en la Tesis, está destinada a mostrar instrumentos de recolección especialmente diseñados; matrices de análisis; tablas de trabajo y bases de datos construidas; todo ello pertinentemente referenciado en los diversos capítulos del trabajo.

II. Caracterización del Problema a abordar

El interrogante fundamental que motivó este trabajo se centró en detectar las tensiones entre los perfiles reinantes de gerentes de Organizaciones de Salud versus lo recomendado por la literatura y lo gestado en procesos de formación de posgrado en Gestión Sanitaria. En tal sentido, una mirada crítica y comparativa es lo que permitió arribar a una descripción de puntos en común y discrepancias.

Puntualmente, tal asunto se abordó realizando un estudio sobre la evolución de las calificaciones y competencias (conocimientos, destrezas, comportamientos y actitudes) recomendadas por la teoría gerencial, las propuestas del aparato formador y las capacidades realmente relevadas en la singular gestión de Organizaciones de Salud.

El análisis generó reflexiones que develaron una clara posibilidad de intervención sobre uno de los tres ejes del trabajo “la formación de posgrado”, propiciando la formulación de ciertas recomendaciones acerca de una ajustada propuesta de capacitación de posgrado, con el fin de aproximar las habilidades a desarrollar a las necesidades aparentemente indicadas por las debilidades reveladas en la muestra de estudio.

Antecedentes y justificación

La situación macroeconómica del sector de la salud es producto de la meso y micro gestión del mismo; en otras palabras las decisiones que cada día toman los gestores del sistema sanitario respecto a la administración de recursos, definen la sobrevida y el estado de salud de tal segmento. Dicho enlace, sumado a los recurrentes procesos de crisis y reforma del Sector Sanitario Argentino, demuestra la necesidad de contar con directivos sanitarios con competencias específicas.

La Alta Dirección de una Institución es el órgano que dirige, determina la visión y establece normas; afronta problemas estructurales y estratégicos vinculados con la complejidad y diversificación, el crecimiento, el cambio y la innovación. Ello permite definirla como una tarea multidimensional, que en el caso de las Organizaciones de Salud, declaradamente entidades “administrables”, adicionalmente demanda la convivencia del enfoque sanitarista y criterios económicos – administrativos con eje en la calidad del Servicio y la Seguridad del Paciente.

En este marco, vale indicar que existen antecedentes teóricos sustanciosos ya sea desde una perspectiva gerencial como de Recursos Humanos, acerca de las calificaciones que debe reunir todo gerente sin embargo no se reconocen trabajos específicos sobre las

competencias y condiciones personales y/o profesionales del Gerente Sanitario, contextualizadas a la realidad local.

Por su parte la evidencia fáctica indica un sostenido interés por testear las respuestas del sistema formador a las demandas del contexto; siendo internacionalmente un ejercicio habitual en organizaciones vinculadas con la vigilancia del avance del conocimiento como ser, para este caso, incuestionables redes de posgrado en salud pública.

En línea con lo citado, es pertinente destacar que en nuestro país la discusión sobre la formación de posgrado en Salud Pública, tuvo un importante espacio de debate en el año 1991 al realizarse en Buenos Aires un encuentro convocado por OPS/OMS y la Asociación de Educación de Salud Pública de la Argentina (AESPA), "Reunión sobre formación de posgrado en Salud Pública, Administración de Servicios y Programas relacionados" agosto de 1991. Discusión en la que participaron además de los miembros de las instituciones convocantes, ministros y secretarios de salud provinciales, integrantes de asociaciones científicas y gremiales, y representantes de la Secretaría de Salud de la Nación. El informe final de tal encuentro, aporta valiosos antecedentes del enfoque del presente trabajo.

-En la década del setenta, en Argentina se trasladó a las Escuela de Salud Pública y organizaciones docentes similares, la responsabilidad de la formación de administradores hospitalarios con un objetivo principal, la capacitación de profesionales médicos para el manejo eficiente de hospitales¹. El disparador principal fue preocupaciones sobre cuestiones gerenciales; la orientación de sus programas de formación y la administración y organización hospitalaria.

-En el año 1991, 51 instituciones ofrecían posgrado en salud pública entre instituciones académicas (no sólo del área de la salud) y no académicas (del gobierno, gremiales y colegiadas). La gama de propuestas cuyas cargas horarias oscilaban entre las 400 y 1200 horas se plasmaba en 76 capacitaciones, tratándose de cursos referidos a diplomaturas, especializaciones y maestrías en salud pública, cursos de administración de salud y orientaciones específicas en tales disciplinas².

El trabajo de tesis parte de tal escenario, observando la persistencia y diversidad de la oferta de posgrado en Gestión Sanitaria en los siguientes 20 años, o sea en el horizonte temporal 1990 - 2010.

Finalmente es importante dedicar unas líneas a la pertinencia del tema. La carrera de posgrado en cuyo marco se desarrolla el trabajo de tesis, en cuanto al perfil de sus egresados aspira a formar en sentido estrictamente académico titulados con dominio sobre

¹ Abramm Sonis. 1992. Reunión sobre la formación de posgrado en Salud Pública en la Republica Argentina. Publicación N° 33 OPS/OMS. Bs. As. Capítulo La docencia en Salud Pública en la Argentina.

² Enrique Stein. 1992. Reunión sobre la formación de posgrado en Salud Pública en la Republica Argentina. Publicación N°33 OPS/OMS. Bs. As. Capítulo Reseña de los resultados de la encuesta.

un determinado campo del conocimiento como lo es la Administración Sanitaria y la Economía de la Salud. Consecuentemente entre sus objetivos declara: *precisar los fundamentos y el campo de aplicación de la Administración Sanitaria y la Economía de la Salud, y plantear la utilidad de las nuevas herramientas de gestión en la administración de Organizaciones de Servicios de Salud, en términos generales y específicos.* En tal sentido, su plan de estudio posee tres grandes bloques temáticos, siendo uno de ellos el Gerenciamiento.

Oportunamente, el recorrido por los diversos módulos del plan de estudio de la carrera, robusteció preconceptos profesionales sobre la función gerencial como elemento vital del gerenciamiento por un lado, y por otro del impacto de las competencias de quien desempeña un rol gerencial sobre la calidad de la gestión de Organizaciones de Salud.

Identificar a las competencias gerenciales como factor de impacto directo sobre la gestión y a ésta última como variable clave de la sobrevivencia y desarrollo de toda Organización, impulsaron el interés de analizar las competencias propias de los gerentes sanitarios; con la finalidad de construir no sólo el actual perfil de tales administradores sino también delinear pautas para el diseño adecuado de una carrera de posgrado orientada a la Gestión de Organizaciones de Servicios de Salud.

Lo hasta aquí planteado, en consonancia con una clara inquietud personal sobre la problemática trazada, resumen los disparadores que motivaron iniciar un estudio exploratorio sobre las calificaciones y capacidades requeridas de un gerente sanitario. La perspectiva asumida sobre el tema responde, en términos de experiencia profesional, a la participación activa en el sistema formador universitario.

III. Marco Teórico

La evolución del Pensamiento Administrativo evidencia un desplazamiento en el foco de análisis del énfasis “en hacer” al énfasis en “pensar”³. Actualmente el estudio de la “gestión” se centra en la decisión y en la influencia. De administrar cosas se ha pasado a administrar personas e información, dando origen a nuevos enfoques sobre el quehacer gerencial: el gerente del conocimiento, el gerente conversacional y el gerente de organizaciones de alto impacto social, entre otros.

Por otra parte, la arraigada concepción de la organización como sistema abierto permite señalar que la eficacia de toda organización, y por ende de las organizaciones de Servicios de Salud, es función de múltiples factores situacionales (o contingentes) exógenos y endógenos. Es aquí donde aparece en escena el rol de la Alta Gerencia, que opera de nexo entre el ambiente externo e interno de la Organización, lo que la convierte en un factor fundamental y a la calidad de los “gerentes” en una condición vital.

De esta forma, se considera al Gerente como el recurso fundamental de toda organización, un recurso clave y costoso. De allí la multiplicación de las exigencias en cuanto a las capacidades que debe reunir todo administrador y lo que la organización espera de él. La función gerencial se ha convertido en una función integral que puede apoyarse en un modelo basado en: pensar-enlazar-guiar-hacer⁴.

Al mismo tiempo, en términos de diseño organizacional, las organizaciones dedicadas a la realización de tareas muy especializadas como es el caso de las Organizaciones de Salud, donde el trabajo es complejo y depende de habilidades y conocimientos profesionales, adoptan la configuración estructural denominada Burocracia Profesional⁵; en otras palabras y a los fines de este trabajo los Hospitales pueden definirse como burocracias profesionales⁶. En tal sentido es válido afirmar que la gestión de este tipo de Organizaciones requiere de individuos con características y capacidades muy particulares como desempeño de alto nivel y facilidad de integración colateral y descendente dentro de la Organización, entre muchos otros.

Lo hasta aquí mencionado permite introducir la noción de la práctica gerencial como un quehacer integral que básicamente implica decidir⁷. Como así también el concepto de

³ Frischknecht, Federico. 1992. *La Gerencia para el futuro*. Grupo editorial Norma. Barcelona, España. Prólogo

⁴ Mintzberg, Henry. 1995. *Perfeccionando la función del gerente*. Revista Alta Gerencia. N°40/41. Buenos Aires, Argentina

⁵ Mintzberg, Henry. 1991. *Mintzberg y la dirección*. Editorial Díaz De Santos S.A., Madrid, España. Capítulo 10.

⁶ Varo, Jaime. 1994. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.

⁷ Asenjo Miguel A. 2001. *Las claves de la gestión hospitalaria*. Gestión 2000. Barcelona, España.

“función gerencial”, derivado de la idea de considerar que la tarea gerencial es producto de la actividad de un individuo denominado gerente, quien posee un estilo gerencial propio resultante de sus valores, intereses, experiencia, conocimiento, habilidades, etc. En otras palabras, cuando el foco de análisis es el individuo que desarrolla la tarea gerencial, es inevitable considerar los factores que condicionan su desempeño, tales como sus propósitos, perspectivas y posiciones⁸.

Por su parte, el tratamiento del rol gerencial desde la teoría presenta dos grandes enfoques. Uno de ellos basado en las funciones es decir centrado en lo que un gerente hace, en sus tareas; el otro basado en las competencias es decir con eje en aquello que se requiere para ser gerente. Ambas perspectivas se adoptaron para enmarcar el presente estudio, lo cual se profundiza a continuación.

Enfoque basado en funciones.

¿Qué hace un gerente? ¿Y un gerente sanitario?

Desde esta perspectiva, la literatura ha tratado a la tarea gerencial en forma seccionada, abordando tal función desde el planteo aislado del ejercicio de ciertas actividades puntuales. Aquí el tema será analizado con una mirada holista es decir desde una postura integradora que define al quehacer gerencial como una sucesión de actividades encadenadas y complementarias, o sea como ya se ha dicho una función integral.

En el presente trabajo de Tesis, se optó por una visión clásica del enfoque basado en funciones, tomando la descripción de Drucker⁹ según la cual el trabajo del Gerente se resume en seis actividades básicas de las cuales derivan una diversidad de capacidades y habilidades que debe poseer la persona que desempeña el cargo. Abreviadamente se muestran en el siguiente cuadro, las tareas esenciales de un gerente y las exigencias asociadas.

Funciones básicas	Exigencias
Definición de estrategias. Planeamiento. Fijar objetivos. Decidir qué se hará para alcanzarlos. Comprometer recursos para tal fin.	Compromiso Capacidad analítica y de síntesis. Transparencia y claridad. Actitud emprendedora Realismo Inteligencia Capacidad de analizar el ambiente

⁸ Mintzberg, Henry 1995. Obra citada.

⁹ Drucker, Peter. 2002. *La Gerencia. Tareas, responsabilidades y práctica*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina Capitulo 31.

Organización. Clasificar el trabajo, dividirlo en actividades. Agrupar las actividades en cargos. Agrupar los cargos en una estructura. Seleccionar personas para ocupar los cargos.	Capacidad analítica para el uso económico de recursos escasos. Principios de justicia e integridad.
Motivación y Comunicación/ dirección Motivar al personal y comunicar claramente tanto objetivos como indicaciones.	Aptitud esencialmente social. Liderazgo. Fuerte persuasión
Medición / Control Establecer patrones de medida para el desempeño de la Org. y sus miembros. Analizar el desempeño y comunicar tal medición al resto.	Motivación a la excelencia. Poseer metas altas pero alcanzables Mente abierta Autocontrol para evitar incurrir en el abuso de controlar a la gente desde afuera y desde arriba. Estabilidad emocional
Formación Desarrollar a la gente, incluido él mismo. Guiar y colaborar en la educación del personal.	Capaz de fijar niveles elevados de desempeño. Disciplina
Negociación Actuar como nexo entre la Org. y el entorno. Enlazar las partes componentes de la Org.	Paciente, disuasivo, previsor, carismático y altamente sociable. Tolerancia a la presión e incertidumbre. Autoconfianza

En este punto, es válido mencionar que en el trabajo se partió de la premisa que indica que Administrar involucra a las funciones planeamiento, organización, dirección y control, mientras que Gestionar implica administrar y además formar y negociar.

Ahora bien, considerando que el eje del trabajo de Tesis es la figura del gerente sanitario, es imprescindible indicar que la función del gerente toma sentido cuando dicho individuo se encuentra en el centro de la escena sanitaria, es decir teniendo en cuenta aquello que se gestiona en un hospital. Esto distingue a dicho gerente del resto añadiendo particularidades al inventario de funciones básicas y exigencias ya citado. En este punto se escogió la concepción de la gestión hospitalaria de Asenjo Miguel Ángel¹⁰; adoptando de tal postura teórica la definición de hospital y la descripción de lo que en él se gestiona.

De esta forma a lo largo del trabajo la idea de Organización Prestadora de Servicios de Salud o Efactor de Salud se refiere a la concepción del *“Hospital como una empresa del conocimiento imprescindible para la salud, de máxima interacción social en cantidad e intensidad, en cuyo seno se producen escenas constantes de emoción, con gran consumo de recursos y cuya gestión debe realizarse por medio de la persuasión en base a la objetivación de las decisiones a través de las cifras y los hechos”*. Es decir, una organización mano de obra intensiva y con un significativo componente altamente calificado, lo que particularmente convierte a la mano de obra en cerebro de obra¹¹. Organización que no sólo presta servicios de salud de diagnóstico y/o tratamiento, sino que también promueve la

¹⁰ Asenjo Miguel A. Obra ya citada.

¹¹ Beatriz Muñoz – Seca Fernández - Cuesta. 2006. *Aplicando Problem Driven Management en entornos de alta cualificación*. En Gestión en el sector de la salud. Madrid, España.

formación de su recurso humano y propicia la investigación. Ello mínimamente exige al gerente saber moverse dentro de una estructura de poder compartida y consensuada, y sostener una equilibrada administración racional de sus recursos.

En cuanto a qué realmente se gestiona en un hospital, es decir aquello sobre lo cual debe decidir todo el tiempo un gerente sanitario y que lo distingue de otros gerentes, se respetó la ya citada postura teórica de Asenjo que indica que básicamente en un Hospital la gestión se concentra a seis grandes ejes, la salud de las personas; interrelaciones personales; intereses de cuatro poderoso grupos; la necesidad de objetivar intereses; un gran colectivo de personal y un gran volumen de recursos económicos¹². Dicha perspectiva planteada detalladamente, amplía la noción de las cuestiones sobre las que el directivo sanitario trabaja directa y cotidianamente:

I. La salud de las personas, incluyendo el nacimiento y la muerte. Entendiendo por Salud el completo bienestar físico, psíquico y social, tal como lo define la OMS. Ni más ni menos que ello, lo que demarca la trascendencia e impacto social de un servicio de esta naturaleza. Cada jefe de servicio es el gerente de su propia "zona" y su actividad debe ser encuadrada en otra más amplia que es el Hospital, tomando aquí sentido la figura de la alta gerencia y sus competencias.

II. Interrelaciones personales. Conocer las personalidades de cada individuo que integra la Organización, implica en cierta forma prever las acciones individuales y colectivas lo cual es fundamental en una organización del conocimiento como el hospital y que actúa sobre los sentimientos humanos en momentos de máxima ansiedad. A grandes rasgos las personalidades de los miembros de una organización se ubicará en algún sitio de los extremos de personalidades seguras o inseguras, optimistas o pesimistas, cuya superposición confluirá en cuatro perfiles definidos, "*radicales; conservadores; prudentes y reaccionarios*". Aquí aparece entonces otra habilidad que todo gerente sanitario debe poseer ya que de las personalidades que se encuentren en el hospital, dependerá la manera de sentir la enfermedad como así también el modo de utilizar el sistema sanitario y el hospital, lo cual exige percibir las y manejarlas.

III. Intereses de cuatro importantes grupos que conviven en un hospital. Conocer los intereses de dichos colectivos que influyen en el Hospital es la clave de la gestión. Estar al tanto de las expectativas y comportamientos destacados de tales grupos fortalecerán el accionar del gerente sanitario. Cabe entonces mencionarlos.

- Ciudadanos enfermos o aparentemente enfermos. Si bien podrá diferir según su condición (paciente, usuario o cliente), a todos les interesa la calidad extrínseca de la atención que

¹² Asenjo Miguel A. Obra ya citada

recibe (lo que no es esencial), es decir lo que esta más allá de la acción clínica y los resultados del acto médico.

- Profesionales sanitarios. A este grupo le interesa la calidad científica y técnica del servicio prestado, desean todo tipo de medios tecnológicos, docencia e investigación con sesgo en su especialidad; sin interesarles su costo, efectividad o rendimiento y mucho menos la cuestión relativa inherente al considerar al hospital como un todo y no como servicios incomunicados.

- Gerentes de mandos medios. Aquí se habla de jefes de servicios y jefes de sectores, quienes buscan en forma aislada la eficiencia y efectividad de sus áreas.

- Propietarios. Esto deferirá si trata de una institución pública o privada; así en un hospital público su propietario es el Estado que buscará mantener la paz social; mientras que un hospital privado serán sus accionistas o consejo directivo quienes velarán por su "cliente" con poder de elección.

IV. La objetivación de intereses. El gerente debe ser capaz de determinar si los intereses definidos por los cuatro grupos ya mencionados, responden a causas objetivas (neutrales/equitativas) o simplemente a intereses subjetivos e innecesarios. Así el gerente decidirá ecuanímente lo correcto y adecuado para todos los grupos que conviven en el hospital; por lo cual decidir objetivamente implica medir. Es decir que gestionar será conseguir objetivos operativos previamente calculados, en una fecha anticipadamente definida y mediante el trabajo de un individuo designado como responsable de su consecución. En otras palabras, las fechas y cifras son objetivas y no subjetivas.

V. Un gran colectivo de personal. En un hospital trabajan un cantidad importante de personas, a lo cual debe sumarse las que acuden al hospital en busca de sus servicios y sus familiares; todo ello permite confirmar que se trata de un lugar de máxima interacción social.

VI. Una importante magnitud de recursos económicos. Todo efector de salud provoca una dinámica financiera intensa, al poner en marcha importantes flujos de fondos; como también económica, lo que a nivel agregado se observa en la creciente participación en el PBI del gasto en salud. Por ejemplo, el hospital como organización mano de obra intensiva afecta más del 70% de su presupuesto al pago de salarios a su recurso humano, ello se inyecta directamente al circuito económico.

A lo mencionado debe agregarse que actualmente el Sistema Sanitario transita una transformación a nivel mundial, de una asistencia curativa y rehabilitadora se ha virado a otra orientada en la promoción y prevención de la salud. Paralelamente se potencia a la Asistencia Primaria como núcleo del sistema en términos de estrategia, lo que no debe entenderse como la pérdida del papel protagónico del "Hospital" como prestador de servicios de salud por excelencia. Tal escenario implica la convivencia de ciertas contradicciones

típica de todo proceso de transición; realidad que el gerente sanitario debe conocer en detalle.

Según la OMS *el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. Es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación.* A lo cual debe añadirse que se trata de una empresa de servicios cuyo principal recurso es el personal, el cual más de la mitad es profesional, lo que implica que su dirección debe ser descentralizada; y que está sumamente regulada legalmente; las decisiones más importantes para los usuarios y el prestigio del hospital son las que toman los médicos y enfermeras en el acto asistencial, dando lugar a una relación triangular particular en la cual se observa que el médico es quien demanda, el paciente quien consume y un tercero quien paga. De aquí surge naturalmente la relevancia, del concepto de "hospital" que maneje el gerente sanitario.

Asenjo culmina su reflexión sobre la gestión hospitalaria aseverando "que optamos por cerrar todos los hospitales o por gestionarlos bien". Como cerrarlos es un absurdo lo que queda es gestionarlos bien y para ello es fundamental planificar. El autor afirma que la planificación hospitalaria es imprescindible y previa a la gestión y debe ser objetiva cuantificada, cifrada (medida) y fechada. Asegurando que para una correcta gestión hospitalaria, después de una correcta planificación, son necesarias dos premisas y seis pautas prioritarias.

De esta manera las condiciones indispensables son contar con un buen sistema que permita medir automáticamente lo real versus lo planificado, así se podrá recompensar a quien logra conseguir lo propuesto. Y disponer de capacidad de decisión, es decir dar ordenes y ser obedecido; en una Institución del conocimiento como es el hospital se requiere para ello no sólo poder (el que emana legalmente del cargo) sino también autoridad (reconocimiento derivado de la aptitud y prestigio personal). Mientras que las seis pautas prioritarias asociadas son:

- a. *Conocimiento de los hechos*, para lo cual se requiere de formación especializada suficiente y contar con información adecuada y oportuna.
- b. *Determinación de objetivos*.
- c. *Dotación de medios* (arquitectónicos, instrumentales y normativos).
- d. *Establecimiento de estructura funcional* (organigrama); es decir definir quien manda y quien debe obedecer.
- e. *Dotación*, selección y motivación del personal.
- f. *Evaluación*, es decir conocer las desviaciones y corregirlas.

La postura teórica de Asenjo asumida en el trabajo de Tesis, suma a lo ya descrito una interesante afirmación “para gestionar la empresa hospitalaria hay que persuadir y eso se logra por medio de la razón que se apoya en hechos y datos, que se transforman en emociones y valores”.

A las múltiples tareas del gerente sanitario hasta aquí citadas, es necesario sumar un par de ocupaciones centrales que tal directivo debe agregar a su accionar diario; ambas derivadas de concebir a las organización de salud, como organizaciones que exigen la gestión del conocimiento explícito y tácito y la gestión del cambio¹³.

El conocimiento explícito surge del análisis de mediciones de fenómenos clínicos y sanitarios como la medicina basada en la evidencia o la evaluación de tecnologías sanitarias. El conocimiento tácito es aquel que habita en la persona o grupos y no es ponderable, se trata de un conocimiento subjetivo que condiciona el accionar del individuo y lo conforman la experiencia, las creencias y las opiniones. Las organizaciones sanitarias y los profesionales que la integran se basan en el conocimiento y ambas entidades logran prestigio y poder si son capaces de generar y controlar dicho conocimiento. Partiendo de dichas premisas, el gerente sanitario deberá básicamente apoyarse en tecnologías de información y comunicación.

En cuanto a la gestión del cambio, es necesario aclarar que la fatiga del cambio y falta de motivación presente en toda organización a la hora de planear y/o implementar un cambio, no es una excepción en las organizaciones del sector sanitario donde la mayor parte de sus empleados rechazan el cambio y desconfían de las modas. En este contexto, el directivo sanitario debe impulsar los cambios desde adentro de la organización conformando equipos de trabajo que crean en el cambio y lo propaguen. Entonces debe contar con competencias para conformar el equipo apropiado identificando actores claves del hospital, y para coordinar el accionar del grupo sin perder su responsabilidad individual en cuanto a los resultados finales.

Todo lo dicho permite señalar que *el secreto del éxito en la gestión hospitalaria implica la siguiente combinación en quien ocupe los puestos gerenciales más altos e intermedios: Aptitud, Actitud y Autoridad*¹⁴.

¹³ Jaume Ribera, José Gutiérrez Fuentes, Magdalena Rosenmöller. 2006. *Gestión en el Sector de la Salud. Elementos de gestión en la Instituciones*. Volumen 2. Madrid, España.

¹⁴ Asenjo Miguel A. Obra ya citada

¿Cómo hace su tarea un gerente?

Otra de las posturas teóricas escogidas, indica que al hacer foco en los roles tangibles de un directivo se observa que todo gerente elige administrar desde un nivel determinado aunque no exclusivo, es decir que preferentemente administra desde un nivel sin descuidar otros¹⁵. Así un gerente al realizar su labor define un orden de prioridades entre tres niveles posibles, administrar a través de la información, a través de la gente ó a través de la acción. Tal elección define su estilo de gestión. A su vez cada nivel supone roles propios que se despliegan hacia adentro y hacia fuera de la organización.

Cuando la acción del gerente se concentra en la información como una forma indirecta de hacer que las cosas pasen ejerciendo influencia sobre los otros, entonces el directivo administra a través de la información. Aquí se verifican dos roles fundamentales; rol de comunicación lo que implica recabar y difundir información y dedicar gran parte del tiempo a compartir tal información con los ajenos a la organización (rol de vocero) y con los que pertenecen a ella (rol de propagador). Mientras que el segundo rol vinculado a este nivel es el rol de control, el gerente adquiere y comparte información con fines instructivos para motorizar la acción de las personas bajo su órbita, vía el desarrollo de sistemas para control, el diseño de estructuras y/o la imposición de órdenes. El individuo que priorice principalmente este nivel tendrá un estilo Administrador.

Por otra parte, cuando las personas se convierten en el medio para que se concreten los planes, producto de la participación y protagonismo del personal, entonces el directivo administra a través de la gente; este nivel implica un estilo más cercano a la acción que el citado anteriormente. Así el gerente asume dos roles; rol Guía (rol interno) el gerente guía internamente en forma individual motivando y entrenando a cada individuo, grupal formando grupos de trabajo, o bien a nivel institucional alimentando la cultura organizacional. Por su lado el rol externo es el rol de enlace: aquí el gerente es un conector con el afuera de la organización, funciona como una bisagra entre la organización y su entorno. El gerente que enfatice este nivel tendrá un estilo de Líder.

Finalmente la teoría de Mintzberg describe otro nivel desde el cual el gerente decide anclar su quehacer gerencial, a través de la acción. En este caso el individuo gerente se compromete claramente con la ejecución, y en su rol de hacer diseña proyectos y resuelve problemas en forma directa, es decir sin actuar indirectamente a través de la información o la gente. Quien acentúe este nivel tendrá un estilo Hacedor.

Los gerentes en distintos contextos enfatizan roles diferentes; de esta forma los gerentes de profesionales autónomos, como es el caso de los hospitales, prefieren el estilo

¹⁵ Mintzberg, Henry. 1995. Obra citada.

de administrar a través de la gente favoreciendo el enlace más que la guía¹⁶, dado que los profesionales integran la organización por impulso e interés natural.

Enfoque basado en competencias.

Retomando el planteo teórico de las dos miradas acerca del rol gerencial, es momento de introducir los fundamentos conceptuales del enfoque basado en competencias.

¿Qué se requiere para ser gerente?

En este trabajo, se entiende que *“una competencia es una combinación de conocimientos, destrezas, comportamiento y actitudes que coadyuvan a la eficiencia personal”*. Así *“las competencias gerenciales son conjuntos de conocimientos, destrezas, comportamientos y actitudes que necesita una persona para ser eficiente en una amplia gama de labores gerenciales”*¹⁷.

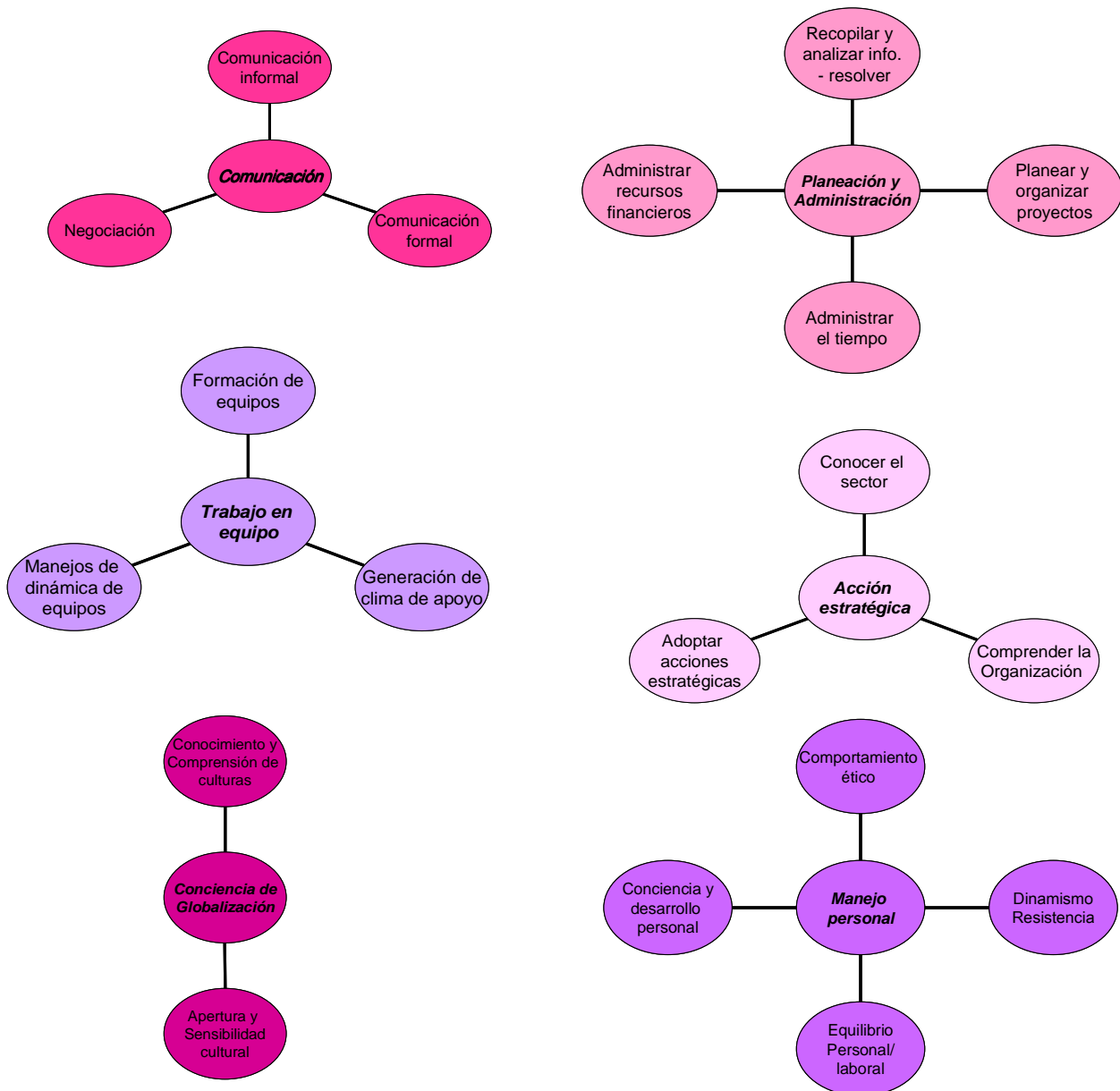
La línea teórica elegida se centra en seis competencias precisas para el caso de funciones que exigen responsabilidad gerencial; competencia en la comunicación, para el planeamiento y la administración, en el trabajo en equipo, en la acción estratégica, en conciencia global y en el manejo personal. A su vez cada una de las competencias citadas comprende una serie de dimensiones, que también fueron consideradas para el enfoque conceptual del trabajo. Los siguientes esquemas sintetizan lo comentado en el párrafo.



Elaboración propia en base a Hellriegel/Jackson/Slocum. Obra citada

¹⁶ Mintzberg, Henry. 1995. Obra citada en referencia 4.

¹⁷ Hellriegel D./Jackson S./Slocum J. 2002. *Administración, un enfoque basado en competencias*. Australia



Esta matriz conceptual funcionó como plataforma general de análisis sobre la cual, desde una perspectiva crítica, se observó el caso específico del gerente de organizaciones prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, para el caso de las Organizaciones de Salud se requieren condiciones extras tales como empatía, conciencia del valor de la calidad del servicio que se presta, habilidades para la gestión del conocimiento y la capacidad de gestionar el cambio¹⁸.

Complementariamente, como refuerzo del enfoque de competencias, se decidió incluir el tema del liderazgo.

La decisión de sumar tal temática residió en que los rasgos han sido el enfoque inicial de las teorías del liderazgo, un enfoque presente en las primeras teorías e insumo de todas

¹⁸ Jaime Ribera, José Gutiérrez Fuentes, Magdalena Rosenmöller. Obra ya citada.

las que las sucedieron. Del tal manera, al haberse adoptado el enfoque de competencias, resultó pertinente incluir el tratamiento de los rasgos como complemento de las competencias gerenciales antes citadas, partiendo de la premisa que la teoría de los rasgos se centraliza en las características del líder en términos de personalidad y habilidades. Desde esta perspectiva se entiende por rasgo cierta disposición estable de conducta que hace que una persona se comporte de determinada manera y no de otra. Es naturalmente necesario destacar que desde los años cincuenta y hasta finales de los noventa fue alterándose la gama de rasgos considerados como indispensables en todo líder, resultando definitivamente relevante los rasgos de mando, motivación, integridad, confianza en si mismo, capacidad cognitiva y conocimiento de las tareas de quienes lidera.

Para el tratamiento de este asunto, se hizo base en una de las tantas teorías vigentes seleccionando la actual teoría de Bernard M. Bass con eje en el liderazgo transformacional y el transaccional¹⁹. La elección se apoyó en que sí se considera que un Hospital es un sitio de fertilidad intelectual, por su alta tasa de profesionalización, entonces el rol del líder involucra una agenda con fuerte compromiso pedagógico, donde no es suficiente dar el ejemplo sino también provocar la evolución de los miembros de la organización al transformarse en líderes de sus propios objetivos y tareas dentro de la Institución²⁰; en otras palabras un estilo de liderazgo transformacional.

Desde este enfoque, la teoría indica que el estilo transformacional define al liderazgo que promueve el cambio y la innovación e incita a trascender objetivos personales para lograr la transformación; mientras que el estilo transaccional se apoya en la negociación e intercambio permanente para lograr los objetivos de la organización. Por su parte cada estilo posee componentes o dimensiones que los definen, detalles que pueden verse en cuadro contiguo.

Liderazgo Transaccional Dimensiones	Liderazgo Transformacional Componentes
1-Recompensa Contingente: Intercambios recíprocos líder-seguidores. Líder identifica necesidades. Recompensa esfuerzos, reconoce logros.	1-Carisma: el líder demuestra altos niveles de ética y moral; obtiene respeto y confianza. Es un referente.
2-Manejo por Excepción: Controla y busca desviaciones de las reglas y normas, toma acciones correctivas. Sólo interviene para encauzar.	2-Inspiración: el líder inspira a los seguidores, fomenta espíritu de grupo y expectativas de futuro para involucrarlos en un proyecto de cambio
	3-Estímulo Intelectual: Promueve la inteligencia, racionalidad y solución cuidadosa de problemas de manera innovadora y creativa.
	4-Consideración Individualizada: Da atención personal, trata a cada empleado de manera individual, capacita, aconseja.

¹⁹ Castro Solano, Alejandro. 2007. *Teoría y evaluación del liderazgo*. Buenos Aires, Argentina

²⁰ Jaime Ribera, José Gutiérrez Fuentes, Magdalena Rosenmöller. Obra citada.

Dicho enfoque es sumamente utilizado en la actualidad y su instrumentación es vía el cuestionario de definición de estilos CELID. Tal instrumento releva la percepción de cada respondente sobre las diversas afirmaciones en él incluidas, las cuales al analizarlas son agrupadas conforme a las dimensiones de cada estilo; es decir se obtiene la inclinación o tendencia del respondente hacia alguno de los ya citados estilos de liderazgo transformacional y transaccional.

De esta forma los mencionados rasgos, además de las competencias citadas, son ineludibles en los gerentes sanitarios. Especialmente en las organizaciones prestadoras de servicios de salud, donde resulta vital el capital humano, por lo cual una de las principales tareas de quien ejerza el liderazgo en ellas es el chequeo continuo que permita identificar talentos y explotar al máximo sus potencialidades.

Por último y enfocando en la gestión, el paradigma *gestión clínica*²¹, completa el encuadre teórico del trabajo. Se trata de un modelo de gestión particular para el caso de efectores sanitarios es decir prestadores del servicios de salud. El surgimiento de tal paradigma, visto como un nuevo desafío para la función gerencial, implica gerenciar instituciones de Salud a través del planeamiento, la administración y el control, con base en la información clínica y la información económica²². Según Temes y Parra la gestión clínica se resume en la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de pacientes; ello refleja la fusión de las miradas, lenguajes y lógicas clínica y económico-administrativa, no sólo como una postura filosófica sino como una conducta concreta y sostenida

Implementar dicho modelo de gestión es naturalmente un proceso paulatino y voluntario, que requiere básicamente de un gran liderazgo de quien encabece el proyecto y voluntad del resto de los miembros de la organización para sumar aportes; transparencia al mostrar resultados; y singularidad ya que se recomienda comenzar por alguna unidad o servicio de la institución para luego transformarlo en un proyecto global del hospital. Los primeros efectos del modelo serán el desplazamiento de la toma de decisiones; mejoramiento de la capacidad de respuesta de la Organización; motivación del personal producto de la participación, y disponibilidad de mas y mejor información.

Un modelo de gestión de tales características refuerza la importancia de las competencias gerenciales, intensificando particularmente la competencia para el trabajo en equipo puesto que la complementariedad con las posiciones de profesionales clínicos conlleva un gran esfuerzo de la alta gerencia administrativa en la conformación de equipos

²¹ Temes J.L. – Parra B. 2000. *Gestión clínica*. Madrid, España.

²² Dra. Giraldo Archila, Alicia de Nuestra Señora de Fátima. 2005. *Gestión Clínica. Un Modelo Integrador para la Administración*. Revista Ecos de Grado y Posgrado. Año 2. Vol. 1 N° 3. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

tales como los comité de calidad ó de ética entre muchos otros; como también la generación de ambientes de confianza y el manejo de la dinámica de dichos grupos desde un lugar de coordinación central. Ello, al mismo tiempo e indirectamente subraya la relevancia de la capacidad de liderazgo.

Las reseñas elaboradas hasta aquí, reflejan la estrecha vinculación entre la función gerencial, su contextualización en la gestión de un hospital, las competencias gerenciales y la gestión clínica. El tratamiento entrelazo de tales miradas generó, desde una perspectiva teórica, el mapa de tareas y competencias de un gerente sanitario; lo cual delimitó el enfoque teórico del trabajo y al mismo tiempo trazó uno de los tres ejes planteados en la tesis para el tratamiento del “gerente sanitario”.

iv. Propósitos y Objetivos específicos

A continuación se cita el propósito principal y los objetivos asociados del trabajo tesis, en relación con el problema planteado y acorde al marco teórico señalado.

Objetivo general

- Desarrollar un estudio crítico y comparativo que permita detectar y analizar distancias y confluencias de la caracterización del Gerente Sanitario según lo que la teoría indica, lo cultivado desde la formación de Posgrado y lo que la evidencia demuestra en gerentes de Organizaciones prestadoras de Servicios de Salud.

Objetivos específicos

- Estudiar la orientación y contenido de planes de estudio de carreras de posgrado con eje en la Gestión de Organizaciones de Salud.
- Revisar las recomendaciones de la teoría sobre las calificaciones y competencias gerenciales.
- Relevar perfiles gerenciales, con centro en capacidades, en el singular caso de gerentes de organizaciones prestadoras de servicios de salud locales.

Se aspiró a que el estudio aporte evidencia que avale el esbozo de una propuesta de corrección en carreras de posgrado en gestión de organizaciones de salud, que básicamente reduzca la tensión detectada entre los tres ejes de análisis del trabajo de tesis.

Principales hipótesis de trabajo

- Existe una débil sincronización entre las reales demandas de capacitación de nivel de posgrado y la oferta de posgrados en gestión hospitalaria.
- Las instituciones formadoras poseen un comportamiento reactivo; no se comportan en forma proactiva anticipando propuestas innovadoras, sólo reaccionan retrasadamente.

v. Procesos Metodológicos

Este apartado contiene el relato de aquellas cuestiones vinculadas al abordaje metodológico elegido para el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Tipo de tesis

El diseño de la tesis se encuadra principalmente en un tipo de *investigación cualitativa*; tratándose específicamente de un *estudio exploratorio* (descriptivo). En tal sentido, metodológicamente se apoyó en el análisis documental, la entrevista, los cuestionarios y la observación.

Relato del trabajo de campo

El abordaje cualitativo del tema en estudio permitió, como producto de la indagación y observación describir los tres grandes vértices de análisis del trabajo, lo cual se convirtió en el principal insumo de la siguiente fase de identificación e interpretación de diferencias y coincidencias entre dichas dimensiones estudiadas.

De esta forma, el trabajo de campo exigió el empleo de técnicas e instrumentos distintivos para cada uno de los ejes de estudio, cuestión que amerita la descripción desagregada incluida a continuación.

Estudio de juicios de la teoría gerencial

En el caso del eje dedicado a la revisión de los juicios de la teoría gerencial, éste metodológicamente descansó en el análisis bibliográfico. Para ello se decidió hacer foco en acreditadas miradas sobre el quehacer gerencial, una de ellas con base en las funciones y la otra en las competencias, y en ambos casos tanto desde la perspectiva general como particular para el caso de organizaciones de servicios de salud.

A medida que se avanzó en esta fase del trabajo se decidió incluir otros aspectos vinculados a las competencias, el de los rasgos y el liderazgo. Por último y para cerrar esta perspectiva de estudio, se optó por superponer a la ya definida matriz teórica las proposiciones del modelo de gestión propio de organizaciones de servicios de salud denominado gestión clínica.

La elección de los citados núcleos teóricos, fue acompañada de una adecuada búsqueda bibliográfica, orientada por la previa definición de corrientes teóricas y autores destacados, tal como se describió en el apartado referido al marco teórico.

Poco se puede agregar en este punto ya que tan provechosa mirada sobre la teoría, en lo que respecta a cuestiones relacionadas al “cómo” no resistió deliberación alguna, es decir que indiscutidamente el camino para hacerlo era sólo uno.

Estudio de la tendencia en la formación de posgrado

La exploración de la tendencia en la formación de posgrado específica en gestión sanitaria, se realizó a través de un minucioso análisis de planes de estudio de carreras con tal orientación, por lo cual esta fase del trabajo metodológicamente reposó en el análisis documental.

El principal objetivo de este eje fue obtener un diagnóstico de las propuestas de formación de posgrado en Administración Sanitaria, para lo cual naturalmente debieron fijarse previamente criterios rectores referidos a la determinación de las Instituciones formadoras a relevar y la definición refinada de las variables a considerar en el análisis de cada caso; como así también definir cómo se procesaría y clasificaría la información recabada. De esta manera se delimitaron las pautas de recorte del estudio que se individualizan a continuación.

▪ Criterios de recorte del estudio.

En tal sentido el criterio para la búsqueda de los planes de estudio de carreras interés para el trabajo respetó los siguientes parámetros.

- a) Límite temporal. La revisión involucró a carreras dictadas en los últimos veinte años, considerando que desde comienzos de los noventa es cuando se evidencia el crecimiento y la diversificación de la oferta universitaria de formación de posgrados en el campo de la Salud pública y temas vinculados²³, como la administración sanitaria.
- b) Límite geográfico. Las carreras de interés fueron aquellas ofrecidas en todo el país.
- c) Tipo de Instituciones oferentes de programas de posgrado. Específicamente se relevaron instituciones universitarias públicas y privadas de reconocido prestigio y de origen esencialmente nacional.
- d) Tipo de carrera. Puntualmente se indagaron maestrías y especializaciones en administración sanitaria o gestión sanitaria y/o salud pública.

²³ Rosa María Borrell. 2004. *La Formación de posgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*. Publicación OPS N° 59. Bs. As. Introducción

▪ Fase de recolección.

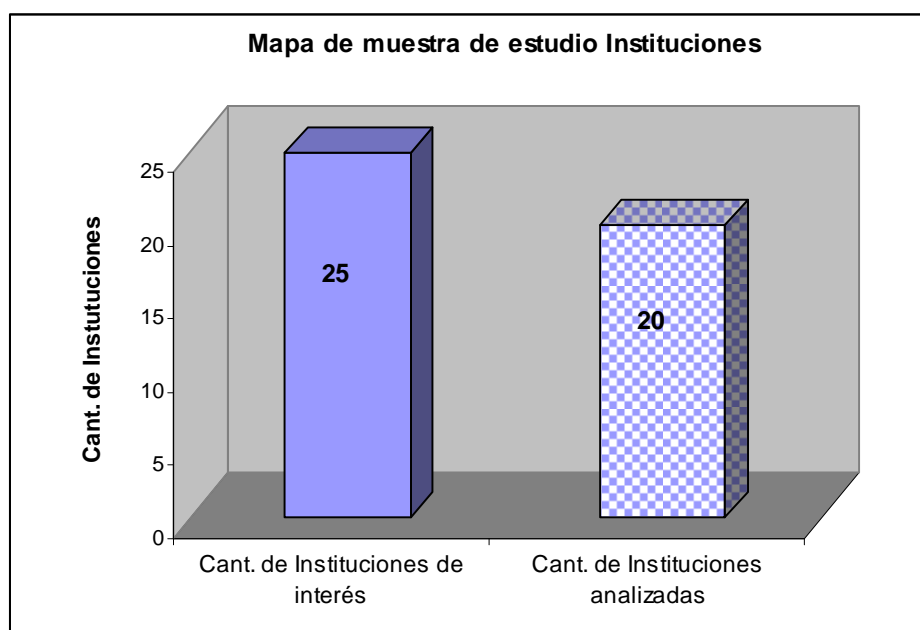
Respetando las pautas citadas, el relevamiento comenzó sobre la base de la publicación anual de la OPS sobre carreras de posgrado en salud, perfeccionada en una segunda instancia mediante un cuidadoso sondeo en páginas Web específicas. Una vez detectadas las carreras de interés se inició el contacto con cada una de ellas por varios canales, telefónico, e-mail a coordinadores, y/o directamente sobre las páginas de las instituciones universitarias para cada caso.

Es menester comentar ciertas dificultades sufridas en el citado proceso, ya que sobre un total de veinticinco instituciones seleccionadas se pudo concretar el contacto con veinte de ellas es decir un 80%; a su vez sobre sesenta y dos carreras detectadas para el estudio se obtuvo finalmente el plan de estudio de cuarenta y tres o sea que se examinó el 69,35% del universo definido.

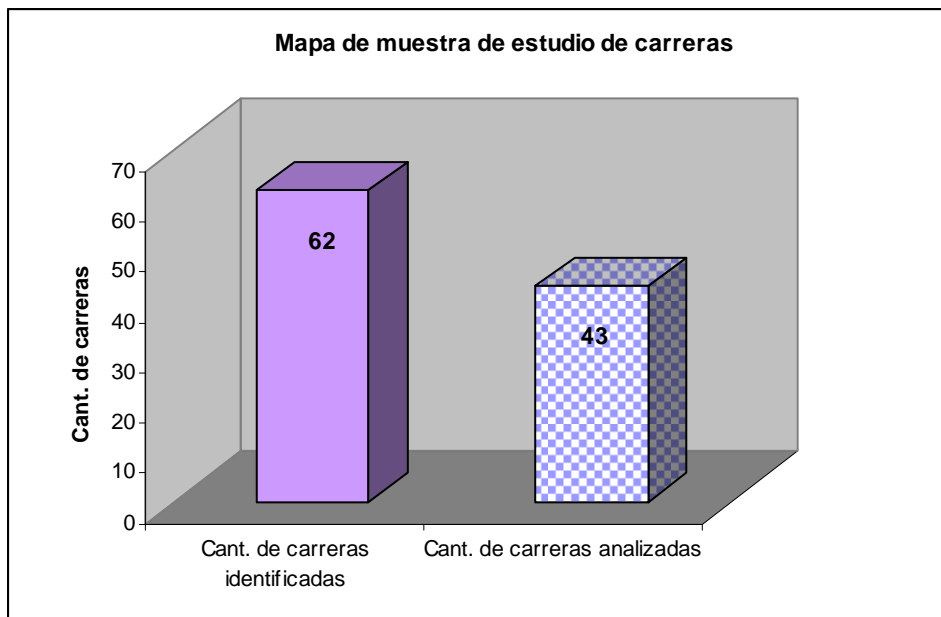
El obstáculo en el relevamiento fue la falta de respuesta de parte de la coordinación de ciertas carreras, aun habiéndose intentado por todos los canales mencionados, situación indirectamente justificada en la interrupción del dictado de algunas de las carreras en cuestión.

De todos modos y considerando la representatividad de la muestra de estudio, es justo indicar que la adhesión lograda en la exploración superó las expectativas en cantidad y calidad, resultando finalmente una experiencia positiva.

Gráficamente se expone a continuación la muestra real de instituciones y carreras sobre la cual finalmente se trabajó.



Elaboración propia



Elaboración propia

Una vez obtenidos los planes de estudio, se definieron las dimensiones a analizar, y se resolvió observar y registrar las variables: orientación, objetivos, contenidos y modalidad; logrando de esta forma un primer mapa de análisis.

Luego se analizaron los programas de los planes de estudio seleccionados, definiéndose nuevamente las variables a respetar para depurar los datos crudos con que se contaba. En consecuencia, cada programa se analizó según las dimensiones área problemática y ejes temáticos comprendidos en cada uno de ellos. Para tal fin se entendió por área problemática el tema central de las unidades de un programa, es decir una cuestión vinculada con disciplinas incluidas en cada plan de estudio. Por su parte, el eje temático refirió la precisión conceptual con que se abordan las unidades de un programa, es decir una cuestión más concreta que el criterio de área.

Una vez tipificados los datos y frente a la apreciable información clasificada de la que se dispuso, se persiguió el claro interés de identificar factores comunes entre las 43 carreras de posgrado estudiadas.

Resulta importante indicar, que las cuestiones referidas al procesamiento de los datos recabados y a los resultados de tal tarea, serán profundizadas en el apartado denominado *análisis de la información*. Mientras que la interpretación de la información analizada se mostrará en el capítulo llamado *conclusiones emergentes*.

Estudio de evidencias de la gestión sanitaria local

La tercera arista del trabajo se focalizó en el análisis de perfiles gerenciales y competencias comprobadas en la gestión sanitaria local, lo cual metodológicamente se apoyó principalmente en la entrevista, los cuestionarios e inevitablemente en la observación in situ.

Se trató de un relevamiento de información cualitativa por medio de fuentes primarias, lo que exigió previamente definir los términos del abordaje. Es así como se comenzó por la definición del criterio de selección de organizaciones a incluir en las consultas y la consecuente dilucidación de la muestra; mientras que paralelamente se diseñó el instrumento guía para las entrevistas y se seleccionaron dos cuestionarios predefinidos para completar el relevamiento.

▪ Universo y muestra

Unas líneas sobre la muestra de estudio. Del universo de Organizaciones de Salud del Partido de La Plata, la muestra comprendió a aquellas denominadas prestadores o efectores polivalentes, del ámbito de atención privado, y consideradas Instituciones de alta complejidad (Categoría IV²⁴) conforme a la categorización vigente en la Pcia de Bs. As.; puntualmente se seleccionaron seis casos de estudio, es decir seis instituciones sobre un universo de nueve.

Espacialmente el trabajo de campo se circunscribió a instituciones de las características ya citadas ubicadas en el Casco urbano del Partido de La Plata.

Así, las instituciones involucradas en esta etapa del trabajo de campo fueron, Hospital Español de la Plata, Hospital Italiano de la Plata, IPENSA, Instituto Mater Dei, Sanatorio Argentino e Instituto Médico Platense.

Simultáneamente se decidió que en el relevamiento de información cualitativa, se entrevistaría a la alta gerencia no médica de cada organización de la muestra; es decir que se consultaría a gerentes generales, administradores generales ó directores administrativos, según la denominación vigente en cada caso, y subgerentes en caso de hallarse tal figura; debiendo anticiparse en tal sentido que en un sólo caso se observó la existencia de una segunda línea de alta gerencia, bajo la denominación de subgerente.

²⁴ Dto. 3280 / 90 de la Pcia. de Bs. As. Reglamento de establecimientos asistenciales y de recreación existentes en la Provincia de Buenos Aires. Categorización por niveles de complejidad

- Proceso de relevamiento

Una vez definida la muestra de estudio se procedió a organizar las entrevistas con los referentes de las instituciones seleccionadas.

En tal sentido, la elaboración de la agenda de entrevistas exigió una dedicación plena, debiendo subrayarse que no se presentaron dificultades fuera de las esperadas en el marco de las agendas recargadas de los propios entrevistados. En cada instancia del proceso, la accesibilidad caracterizó a cada intento de contacto; no se presentaron barreras de ningún tipo más allá de la reprogramación de ciertos encuentros por razones de urgencias que debían atender los entrevistados.

La entrevista fue guiada por un instrumento de indagación especialmente diseñado que orientó los encuentros, el cual puede apreciarse en Anexo I.

El objeto de relevamiento común en principio, fue la identificación en los individuos entrevistados de: nivel de formación; antecedentes y experiencia profesional; canales de acceso al puesto; conocimiento del ambiente externo (población servida, condiciones contextuales del sector, oportunidades y amenazas) e interno de la organización (usuarios internos, fortalezas y debilidades organizacionales); herramientas de gestión mayormente utilizadas; estilo de gestión predominante (con eje en las dimensiones comunicación y participación); y estilo de liderazgo autopercebido (transaccional - transformacional).

En este punto conviene agregar que en todos los casos el encuentro se transformó prácticamente en una entrevista en profundidad. En otras palabras, se logró con la totalidad de los entrevistados una conversación intensa y virtuosa, que en algunos casos trascendió los límites del esquema de consulta oportunamente elaborado.

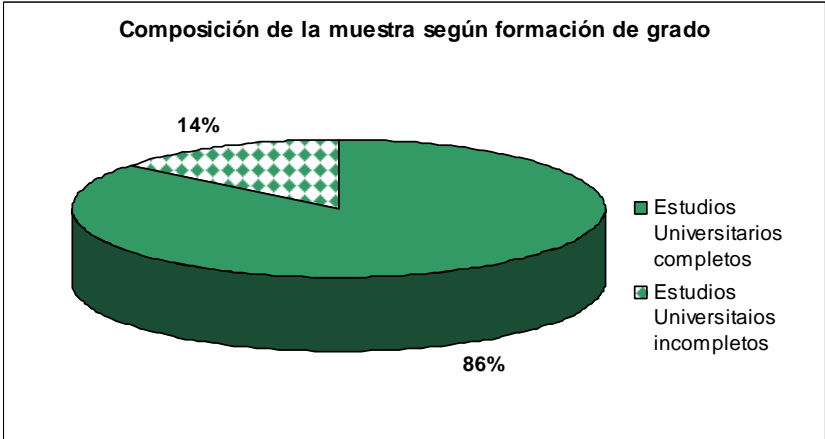
Específicamente, los gerentes entrevistados totalizaron siete personas; siendo seis de primera línea y uno de segunda línea. Es decir que de las seis instituciones abordadas, en una de ellas se entrevistó a los dos miembros de la alta gerencia, su gerente y su subgerente. Otra importante particularidad a remarcar es que otro de los gerentes consultados gerencia tres instituciones del universo, pero sólo una de ellas fue considerada como punto de observación; es decir que exclusivamente una (de las tres) formó parte de la muestra que totalizó seis instituciones relevadas.

Concretamente el grupo de entrevistados fueron en su totalidad hombres y con una edad promedio de 47 años. Seis con estudios universitarios completos y uno con estudio universitarios incompletos; siendo los profesionales en su mayoría proveniente de las

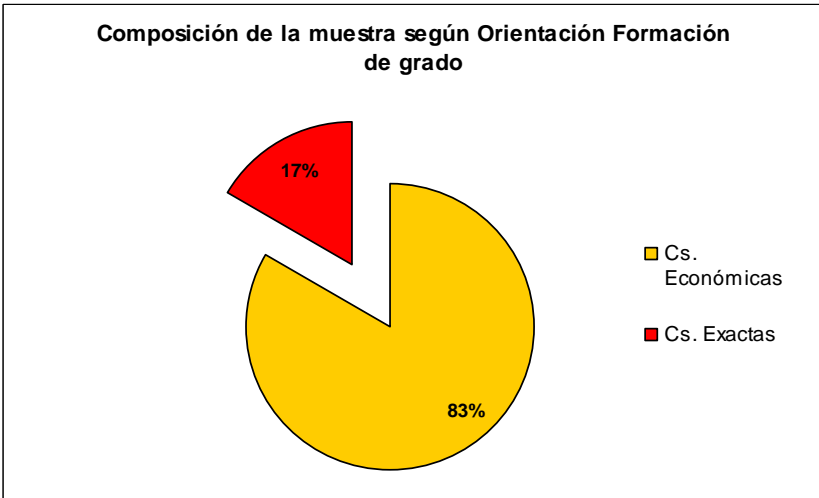
ciencias económicas; y habiendo optado más de la mitad de los profesionales por su especialización en administración sanitaria a través de posgrados. Lo descrito puede apreciarse gráficamente a continuación.



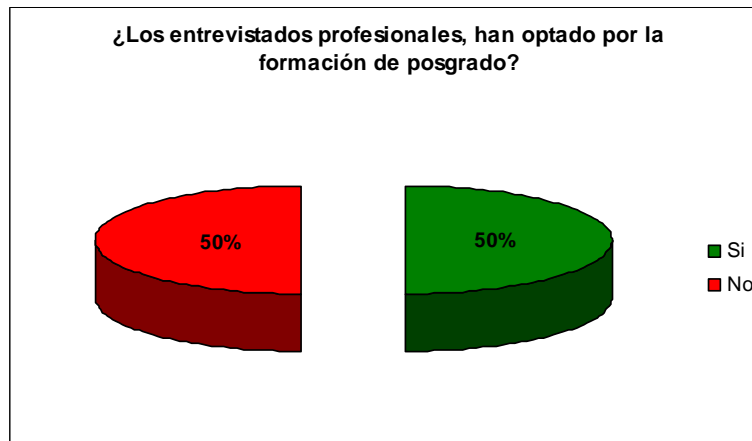
Elaboración propia



Elaboración propia



Elaboración propia



Elaboración propia

En esta misma fase del estudio además de recolectarse los datos medulares fijados como objeto del relevamiento, indirectamente se obtuvo información sobre ciertos lineamientos organizacionales referidos a la existencia y profundidad de diseño de puestos gerenciales; definición de perfiles de ocupantes de tales puestos; y métodos y canales de reclutamiento y selección de gerentes.

Como método de trabajo central, luego de cada entrevista se procedió a elaborar su relatoria; en otras palabras se transcribió en un documento por entrevistado cada uno de sus comentarios y respuestas, como así también elementos observados in situ. Dichos documentos fueron la base sobre la cual luego se construyó una matriz comparativa, de la cual se darán mayores detalles en el capítulo referido a *análisis de la información*.

Como se anticipó, en esta primera ronda de encuentros, también se relevó la tendencia predominante de cada entrevistado respecto a los estilos de liderazgo transformacional y transaccional. Lo que permitió robustecer la información recabada sobre cada uno de ellos. En esta fase, se trabajó con el cuestionario CELID, un cuestionario auto administrable que contiene treinta y cuatro aspectos que se deben contestar utilizando una escala de Likert de 5 posiciones. Se agrega en Anexo II el instrumento utilizado para tales fines, protocolo propuestos por los autores indicados en el marco teórico de la Tesis.

Interesa comentar a modo de anécdota, que todos los entrevistados mostraron una motivación especial en responder este cuestionario, lo experimentaron como una práctica entretenida mediante la cual de forma relajada se puso fin a los encuentros.

Realizadas las siete entrevistas y analizada la información recolectada, se resolvió tomar nuevamente contacto con cada uno de los directivos consultados a fin de solicitar que respondieran otro cuestionario auto administrable de percepción de competencias

gerenciales. Una vez más la experiencia resultó más que satisfactoria dado que seis de los siete entrevistados accedieron a tal solicitud. Para ello se utilizó un cuestionario predefinido, denominado “Autoevaluación para un Inventario de Competencias Gerenciales” propuesto por Hellriegel D., Jackson S. y Slocum J., el cual se expone en Anexo III.

De esta forma, con lo datos obtenidos en cada cuestionario derivado de esta segunda vuelta y siguiendo la metodología propuesta por los autores citados, se obtuvo una matriz de competencias gerenciales colectiva y el consecuente mapa agregado de competencias gerenciales que solapa los mapas individuales en una misma gráfica y permite distinguir la tendencia de la muestra, como también sus particularidades. Para obtener tales mapas la herramienta de trabajo escogida fue los gráficos de dispersión, ellos permitieron lograr el efecto deseado en la información a revelar.

Los comentarios resultantes del razonamiento e interpretación de cada dimensión citada en este párrafo y sus detalles, se exponen en el siguiente capítulo referido al *análisis de la información*.

vi. **Análisis de la Información**

Este apartado contiene múltiples acotaciones, referidas al examen de los datos recogidos en el abordaje cualitativo del trabajo. También detalla el tipo de procesamiento aplicado a los datos recabados, y referencia las matrices de trabajo especialmente diseñadas y demás elementos de recopilación empleados que facilitaron la interpretación de la información.

Al igual que en la sección anterior, los comentarios se exponen ordenados por foco de estudio.

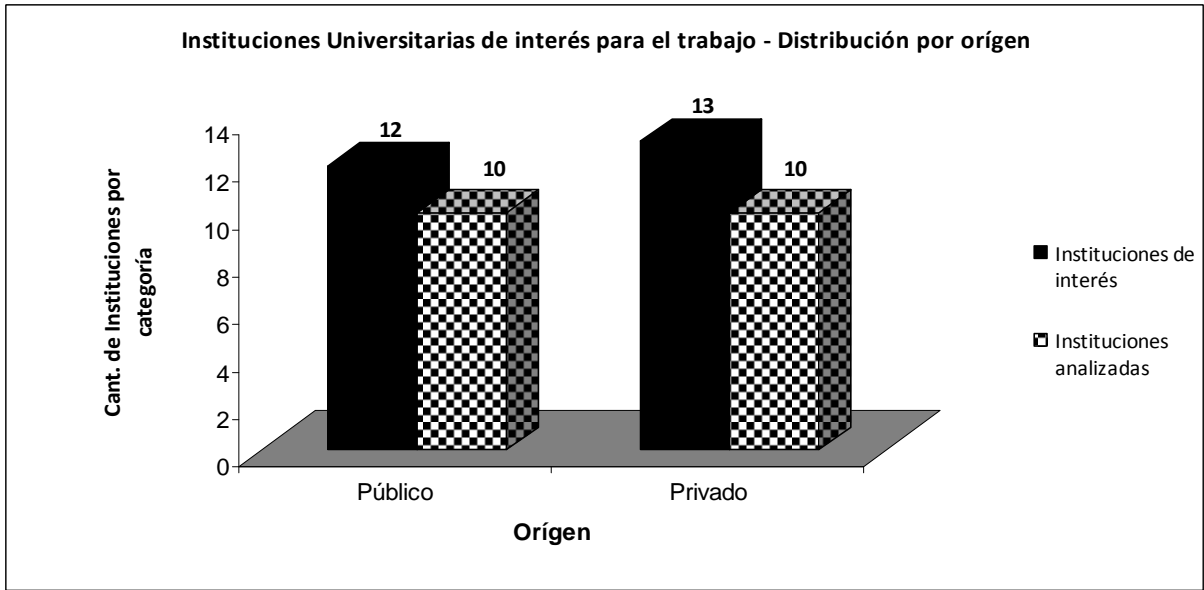
Estudio de la tendencia en la formación de posgrado

El relato expone en primera instancia cuestiones vinculadas con las instituciones y carreras de posgrados que fueron analizadas, y luego el detalle del análisis de los planes de estudio en particular.

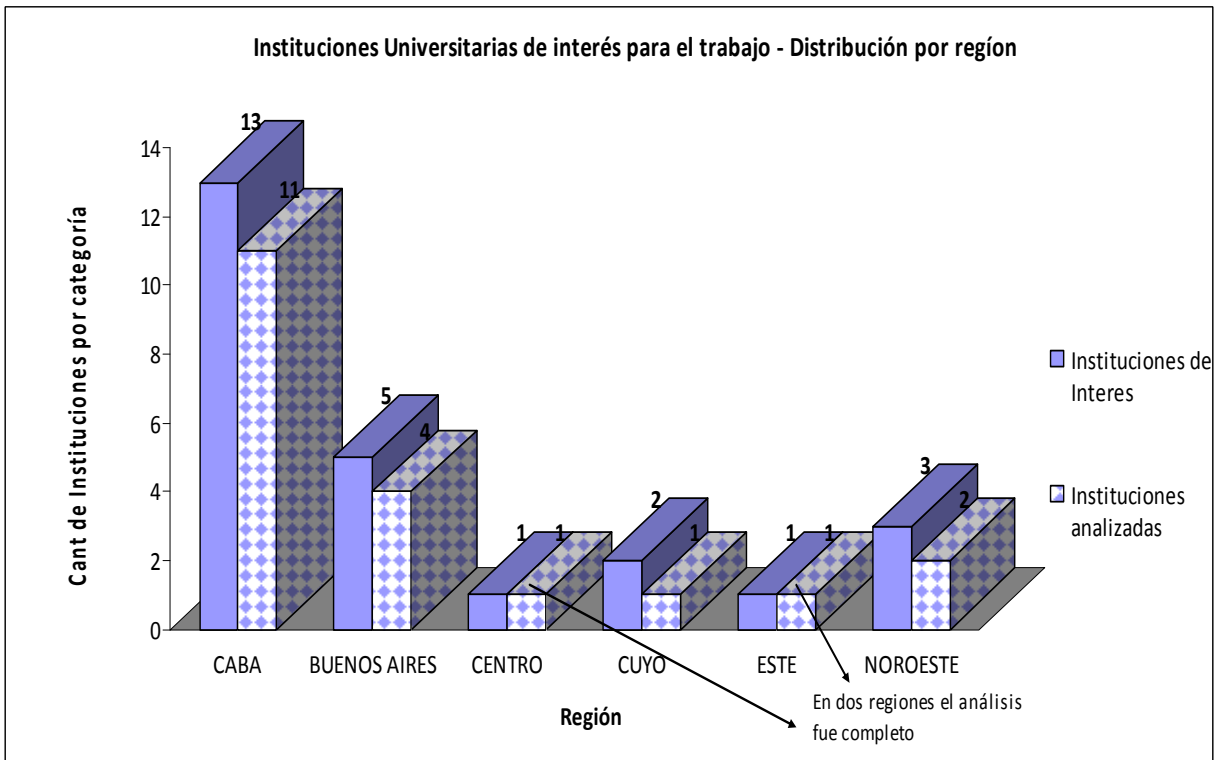
- Derivaciones primarias

Como ya se dijo, veinticinco Instituciones formadoras resultaron de interés para el trabajo y se pudo trabajar efectivamente sobre veinte de ellas, es decir que se estudió el 80% de la muestra deseada.

Inicialmente se examinó el perfil de dichas instituciones universitarias en cuanto a su región de pertenencia y origen. En tal sentido puede decirse que la muestra real contuvo un 50% de instituciones de origen público y el otro 50% de origen privado; mientras que en lo que respecta a la distribución de tales organizaciones por región, el 55% se concentró en CABA, un 20% en Bs. As., un 5% en Cuyo, otro 5% en la región del Centro, un 5 % en la región Este y el último 10% en la región Noroeste. Lo expuesto, con intención comparativa, se muestra gráficamente a continuación.

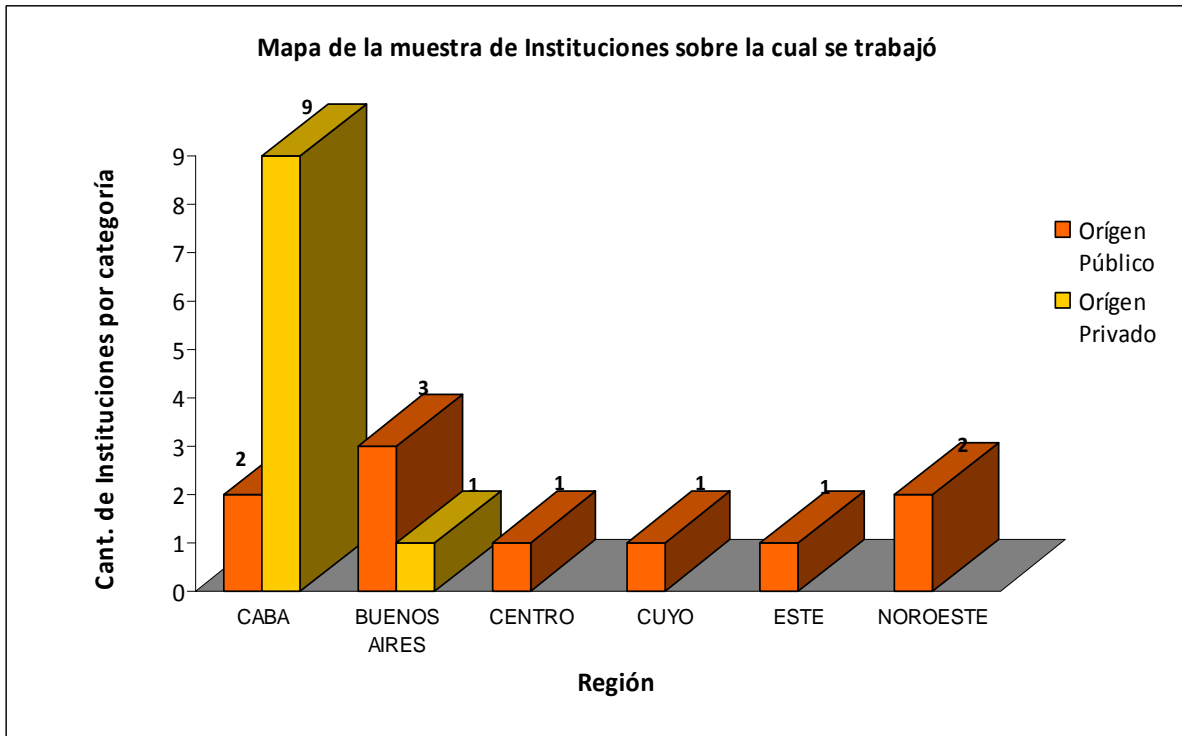


Elaboración propia



Elaboración propia

De esta forma, el solapamiento de tales dimensiones (región de pertenencia y origen), arrojó el mapa de las veinte instituciones sobre las cuales hizo base el estudio.



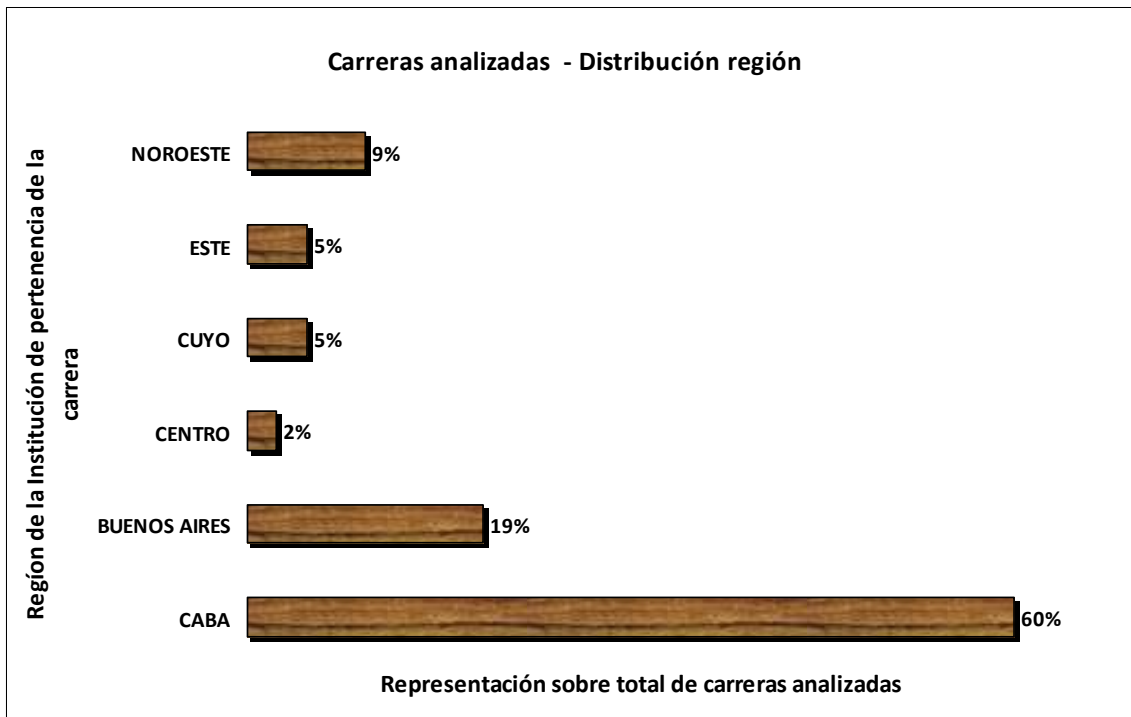
Elaboración propia

Por su parte merece el mismo nivel de detalle, la cuestión referida a las carreras de posgrado sobre las cuales se posó primitivamente el interés y sobre las que ciertamente se pudo trabajar.

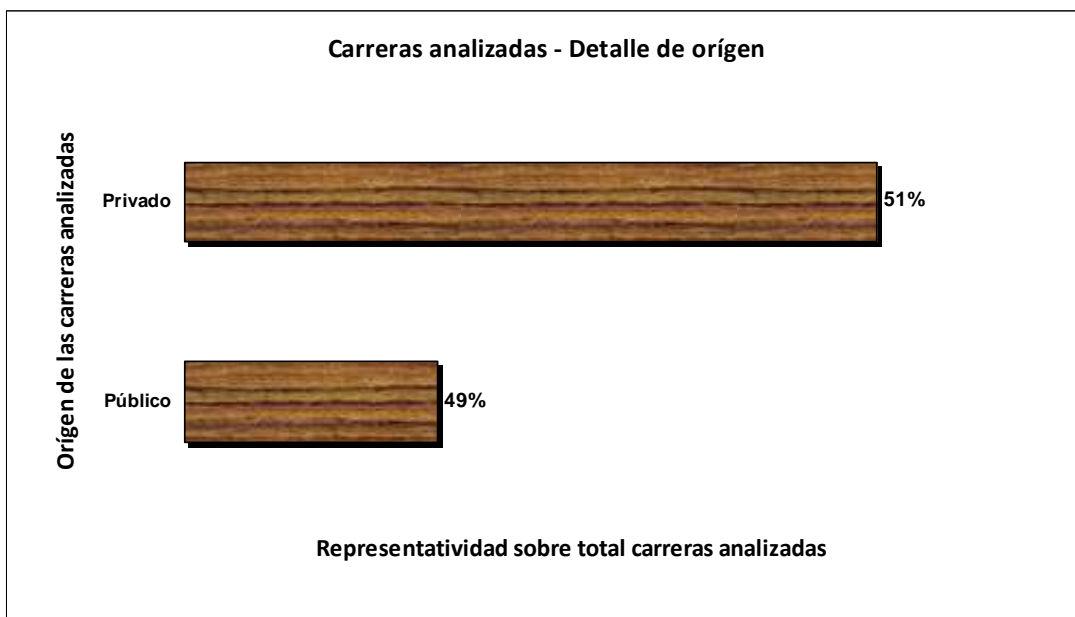
Así, tal como se anticipó en el capítulo anterior, sobre sesenta y dos carreras de posgrado que respondían a los propósitos del estudio se analizaron efectivamente cuarenta y tres de ellas; muestra sobre la cual se realizó una primera clasificación conforme a su región de pertenencia y origen de las instituciones que las alojan.

Concretamente el esquema de las carreras analizadas según origen se resume en 21 carreras pertenecientes a instituciones de origen público y 22 del segmento privado; mientras que en cuanto a la distribución por región se hizo foco en 26 carreras de CABA, 8 de Bs. As., 1 de la región Centro, 2 de Cuyo, 2 del Este y 4 del Noroeste.

Dichas afirmaciones, se muestran debajo gráficamente y en términos porcentuales.

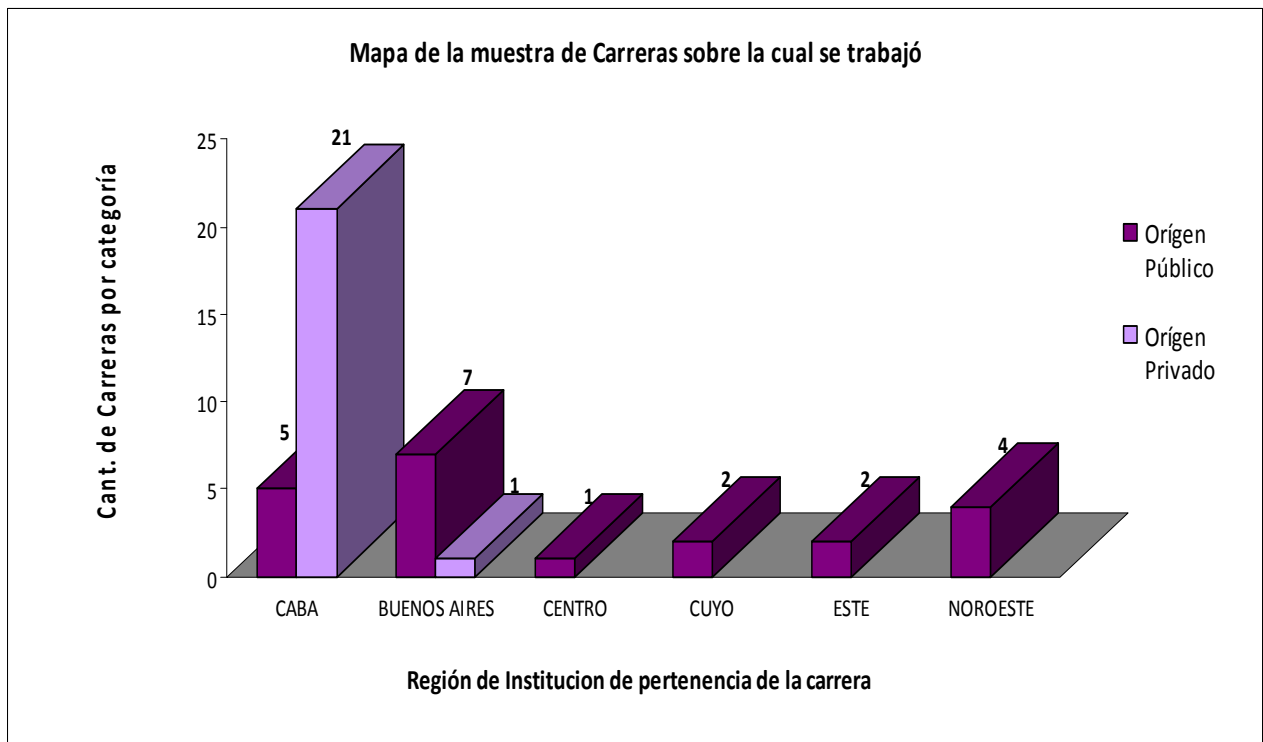


Elaboración propia



Elaboración propia

La resultante de la combinación de las dos características descritas de cada carrera, traza el siguiente mapa de muestra de estudio.



Elaboración propia

Por su parte y para ampliar lo indicado hasta aquí, se encuentran en Anexo IV las tablas que contienen los datos precisos de cada gráfico añadido; en Anexo V el detalle del listado de universidades relevadas y la correspondiente cantidad de carreras estudiadas en cada una de ellas; y finalmente en Anexo VI la matriz de trabajo que integró las Instituciones y carreras de posgrado cuyos planes de estudio fueron positivamente analizados.

- Proceso de análisis de datos

Una vez delimitada la muestra, conforme al acceso a los planes de estudio de carreras de posgrado vinculadas con la administración sanitaria, se fijó el patrón de abordaje de tan abundantes referencias y antecedentes.

Para ello se construyó un esquema de carga, con base en una matriz de orientación de entrada de datos, la cual indicó qué se debía ingresar de cada carrera, los datos imprescindibles y secundarios, y la secuencia de incorporación de las referencias. La plantilla de guía de carga básicamente contempló las siguientes variables de cada carrera:

- a. Campos obligatorios
 - Institución de pertenencia
 - Nombre de la carrera
 - Tipo de carrera de posgrado

- Existencia de orientaciones
 - Objetivos
 - Contenido, discriminado por áreas problemáticas y ejes temáticos
- b. Campos de carga optativa
- Año de comienzo de dictado
 - Vigencia
 - Acreditación de CONEAU
 - Modalidad de dictado

En Anexo VII se expone modelo de matriz de carga, que permite visualizar el nivel de desagregación de información disponible a la hora de interpretar los datos cualitativos referidos al eje de estudio en cuestión.

Es importante detenerse en la descripción de las fases de carga, en el sentido que el ingreso de datos tuvo dos grandes momentos; un primer momento en el cual se incorporaron a la matriz todos los datos obligatorios con excepción del punto referido a “Contenido discriminado por áreas problemáticas y ejes temáticos”, como así también los datos de carácter secundario. Mientras que la segunda fase exigió, previo a la carga, un análisis pormenorizado de cada programa y su consecuente clasificación en áreas problemáticas comprendidas y ejes temáticos tratados, respetando la definición de tales dimensiones descripta en el capítulo precedente. Así es como, una vez depurada la información de cada plan de estudio con el nivel de detalle posible y respetando criterios rectores de agrupamiento, se completó el campo obligatorio en cuestión para cada carrera ya ingresada en la matriz de trabajo.

De esta forma se obtuvo un producto primario del trabajo, una *matriz raíz*, es decir el gran insumo sobre el cual se basó el resto del estudio referido al eje tendencia de la formación de posgrado en Administración Sanitaria. Sobre uno de los campos de tal matriz raíz “Contenido desagregado por áreas problemáticas comprendidas y ejes temáticos destacados”, se inició la tarea comparación de las cuarenta en tres carreras estudiadas.

Se profundizó el análisis de la siguiente manera; se conformaron dos grandes tablas de trabajo, en una de ellas se volcaron la totalidad de áreas problemáticas identificadas y en la otra la totalidad de ejes temáticos reconocidos. Se consiguió entonces agrupando coincidencias, una tabla depurada inicial de áreas problemáticas con 87 categorías y una tabla depurada inicial de ejes temáticos con 139 categorías. Tal abundancia y variedad de datos obligó a reducir el abanico de naturalezas de áreas y ejes detectados en los programas de las diversas carreras, a fin de viabilizar la comparación deseada.

El paso siguiente fue el filtrado y agrupamiento de dichas variables para comprimir, en cada caso, las categorías de análisis. Para ello se trabajó en dos nuevas etapas de agrupamiento, siendo el criterio de asociación en ambos casos la simetría conceptual detectada en una observación mucho más aguda.

De tal proceso de tamizado, se obtuvieron dos tablas de trabajo depuradas “finales”.

Para el caso de las áreas problemáticas, la primera fase de agrupamiento logró comprimir en un 60% las categorías de análisis, al pasar de 87 categorías a 35; mientras que una segunda instancia de asociación se logró una reducción del 62% respecto a la fase inicial. En otras palabras, la tabla inicial de 87 categorías, se convirtió en una tabla final de trabajo de 33 categorías de áreas problemáticas.

Con los ejes temáticos se procedió de forma idéntica en cuanto a la metodología de asociación y reducción de la tabla de estudio. En este caso se partió de una tabla inicial de 139 categorías de estudio, logrando con el primer intento de agrupamiento un reajuste del 46% al pasar a 75 clases; obteniendo con el último intento de reducción contraer la tabla inicial en un 48%. O sea que partiendo de una tabla inicial de 139 categorías, se llegó a una tabla final de estudio de 72 categorías de ejes temáticos a ser estudiados comparativamente.

Todo lo reseñado, puede apreciarse en Anexo VIII que muestra las tablas de trabajo para el caso de las áreas problemáticas y en Anexo IX que contiene las mismas tablas pero para el caso de los ejes temáticos explorados.

En ambas variables de estudio, se conservó la asociación a la carrera de pertenencia. Ello admitió cruzar las diversas categorías de áreas y ejes con las carreras analizadas. Es decir, se vinculó a cada área problemática y eje temático identificado y depurado con la cantidad de carreras que los contenían.

Esto permitió la elaboración de un ranking de la cantidad de carreras que contuvo a las distintas variantes de las dimensiones “áreas problemáticas” y “ejes temáticos”. El siguiente paso fue profundizar el análisis del plano del ranking, avanzando sobre las proporciones a fin de identificar frecuencia de repeticiones, lo que logró demostrar qué temáticas son las mayormente contempladas en los programas de las carreras de posgrado de la muestra.

Concretamente, en el caso de las áreas problemáticas se seccionó el ranking entre aquellas áreas que se repetían en más de la mitad de la muestra de carreras, aquellas que se reiteraban entre el 50% y 30 % de las carreras y las que se visualizaban entre el 29% y el 20% de las carreras estudiadas. Para ampliar, el ranking referenciado se individualiza en tabla contigua.

% sobre total de carreras analizadas	Contenido Area Problemática (3° etapa de agrupamiento)	Cant. de carreras que incluyen área problemática
65,1%	Gestión	28
60,5%	Análisis Epidemiológico	26
53,5%	Metodología de la Investigación	23
39,5%	Administración	17
34,9%	Economía y Salud	15
23,3%	Rol de Estado en Políticas de Salud	10
20,9%	Sociología	9
16,3%	Ética	7
16,3%	Políticas y Programas de Salud	7
14,0%	Mercado Sanitario	6
14,0%	Estadística	6
11,6%	Calidad	5
11,6%	Salud Pública	5
11,6%	Medio ambiente y salud	5
9,3%	Sociología Organizacional	4
9,3%	Evolución de los Sistemas Sanitarios	4
9,3%	Finanzas	4
7,0%	Campo de la Salud	3
7,0%	Comunicación	3
7,0%	Planificación	3
4,7%	Derecho	2
4,7%	Sistemas de información	2
2,3%	Acreditación de establecimientos	1
2,3%	Demografía	1
2,3%	Antropología	1
2,3%	Cambio e Innovación	1
2,3%	Educación y Salud	1
2,3%	Efectividad clínica	1
2,3%	Enfoque de género	1
2,3%	Teoría de la decisión	1
2,3%	Responsabilidad Legal	1
2,3%	Sociedad y Discapacidad	1
2,3%	Sociedad y Vejez	1

Elaboración propia

En forma idéntica se procedió para el estudio de los ejes temáticos de los posgrados analizados pero en este caso bajo la particularidad de la gran cantidad de categorías conceptuales identificadas y trabajadas; tal peculiaridad impactó directamente sobre las posibilidades de agrupamiento de frecuencias de reiteración de ejes temáticos en las

diversas carreras, es decir que la tarea de categorización fue un tanto mas nutrida que en el caso de las áreas problemáticas.

En tal sentido, y tomando como criterio para profundizar el estudio la representatividad de la categorías definidas según lo indicado en el párrafo anterior, los cortes de análisis fijados fueron: ejes temáticos reiterados entre el 40% y 25 % de carreras de la muestra; precisiones conceptuales incluidas en menos del 25% y mas del 20% de las carreras estudiadas; y ejes que aparecen entre el 15% y menos del 20% de las carreras de la muestra. Una vez más, lo dicho se esclarece en la tabla de datos expuesta a continuación.

% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos 3º etapa de agrupamiento	Cant. de carreras que incluyen eje temático
37,2%	Gestión de RRHH	16
32,6%	Gestión Financiera	14
30,2%	Epidemiología y Estadística aplicada a Salud	13
27,9%	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	12
27,9%	Economía de la Salud	12
27,9%	Epidemiología aplicada	12
25,6%	Administración General	11
25,6%	Calidad. Gestion	11
25,6%	Gestión Sanitaria	11
20,9%	Diseño de Políticas y Programas de salud	9
20,9%	Marketing Sanitario	9
16,3%	Diseño Organizacional	7
16,3%	Control de Gestión	7
14,0%	Bioética	6
14,0%	Calidad de Servicios de Salud.	6
14,0%	Demografía	6
14,0%	Estadística Sanitaria	6
14,0%	Gestión Estratégica	6
14,0%	Informática Médica	6
14,0%	Planeamiento	6
14,0%	Liderazgo	6
14,0%	Planeamiento Estratégico	6
11,6%	Calidad de atención	5
11,6%	Gestión Financiera en Salud	5
11,6%	Planeamiento Sanitario	5
11,6%	Sistemas de Información en Salud	5
9,3%	Análisis contextual	4
9,3%	Gestión de la Información	4
9,3%	Metodología de la Investigación en Salud	4

% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos 3° etapa de agrupamiento	Cant. de carreras que incluyen eje temático
7,0%	Comunicación Social y Organizacional	3
7,0%	Comunicación y educación para la Salud	3
7,0%	Contabilidad Gerencial	3
7,0%	Gestión de Instituciones Públicas de Salud	3
7,0%	Gestión. Teoría y herramientas	3
7,0%	Modelos de Prestación	3
7,0%	Presupuestación	3
4,7%	Administración Hospitalaria	2
4,7%	Contabilidad	2
4,7%	Economía	2
4,7%	Sociología de la Salud	2
4,7%	Estrategias de cambio	2
4,7%	Gestión de Servicios de Salud bucal	2
4,7%	Economía. Enfoque Macro	2
4,7%	Mantenimiento y Arquitectura Hospitalaria	2
4,7%	Historia de la Salud Pública	2
4,7%	Farmacogestión	2
4,7%	Historia de los Sistemas de Salud	2
2,3%	Sociología de la vejez	1
2,3%	Administración de Servicios de Salud	1
2,3%	Administración Estratégica	1
2,3%	Teoría de la Decisión	1
2,3%	Calidad de la Tecnología	1
2,3%	Calidad y Costo	1
2,3%	Calidad. Acreditación	1
2,3%	Salud bucal en la Salud Pública	1
2,3%	Contabilidad Financiera	1
2,3%	Derecho Administrativo	1
2,3%	Ética y Derecho	1
2,3%	Gestión de Enfermería	1
2,3%	Dirección empresarial	1
2,3%	Economía y Salud ambiental	1
2,3%	Epidemiología para la planificación	1
2,3%	Epistemología	1
2,3%	Evaluación de Programa y Proyectos	1
2,3%	Gestión de Riesgos ambientales	1
2,3%	Comunicación. Gestión	1
2,3%	Gestión de Seguros de Salud	1
2,3%	Marketing Social	1
2,3%	Marketing	1
2,3%	Evaluación Institucional	1
2,3%	Negociación	1

Elaboración propia

Del análisis de tal información tamizada, se pudo inferir cual ha sido la tendencia dominante de la trama disciplinar a la hora de diseñar planes de estudio de posgrados en Administración Sanitaria; interpretaciones y reflexiones expuestas en el capítulo siguiente denominado *Conclusiones Emergentes*.

Estudio de evidencias de la gestión sanitaria local

Al igual que en párrafo precedente, se comentarán parte de las derivaciones del abordaje cualitativo de este eje; detallando el procesamiento de la información y mencionando tablas de trabajo diseñadas y utilizadas en la etapa de recopilación, con protagónica presencia de las entrevistas semiestructuradas y cuestionarios.

Si bien en capítulos anteriores se citaron detalles sobre los rasgos descriptivos y el perfil profesional del grupo de entrevistados, éste es el momento de profundizar cuestiones asociadas a los primeros resultados agregados.

Para llegar a tales derivaciones iniciales el método de trabajo básicamente consistió en una primera fase donde cada entrevista fue convertida en una “relatoria”, las cuales alimentaron la siguiente fase de construcción de una matriz de datos cualitativos en la cual se volcó, previa tipificación de datos, cada ítem consultado a los siete entrevistado. Estos documentos de trabajo y matriz de condensación fueron cruciales para la comparación de la gran cantidad de testimonios recabados. La sinopsis del esquema de trabajo se expone en Anexo X.

- Derivaciones esenciales

Dada la importancia de otro de los ejes del trabajo, se decide justamente comenzar comentando aquellas cuestiones vinculadas con el interés de los consultados respecto a la formación en Administración Sanitaria.

Así puede afirmarse, que de las entrevistas surge que de los siete gerentes entrevistados, cinco tomaron algún tipo de formación vinculada con la gestión de organizaciones de salud, o sea que el 71% de la muestra profundizó en algún momento sus conocimientos sobre la particular gestión de tales organizaciones. A su vez de esos cinco sólo tres eligieron realizar un estudio de nivel de posgrado; y es justamente en este punto donde se refuerza la afirmación ya mencionada de que el 50% de la muestra realizó

estudios de posgrado en la especialidad en cuestión, y ello se debe a que de los siete individuos entrevistados seis poseen estudios universitarios completos, es decir que seis son lo que cubren condiciones para tomar una formación de posgrado y no siete (muestra completa). Tablas y gráfico siguientes amplían lo indicado.

Formación orientada a la Administración sanitaria, sobre 7 entrevistados	Cant.	%
Si	5	71%
No	2	29%

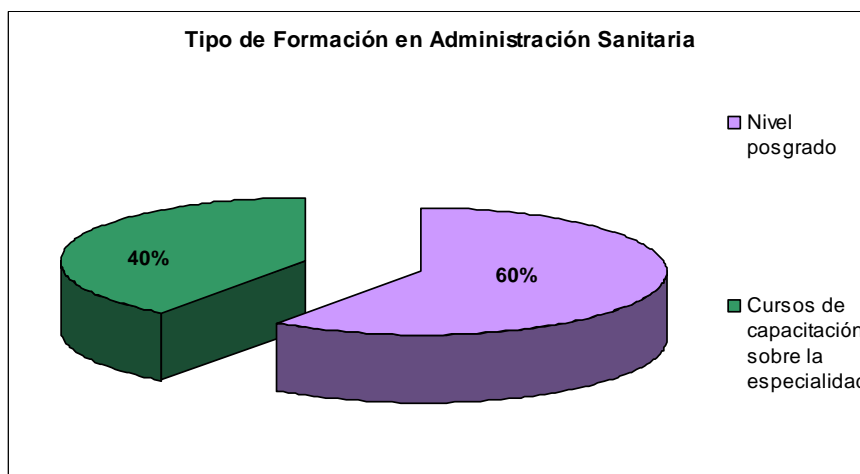
Tipo de formación en Administración sanitaria, sobre 5 entrevistados que decidieron profundizar la especialidad	Cant.	%
Nivel posgrado	3	60%
Cursos de capacitación sobre la especialidad	2	40%

Profesionales que optaron por formación de posgrado en la especialidad, sobre 6 entrevistados en condiciones de hacerlo	Cant.	%
Si	3	50%
No	3	50%

Elaboración propia



Elaboración propia



Asimismo, la consulta a los entrevistados poseyó un área de interrogantes destinados a ampliar cuestiones referidas a peculiaridades estrechamente vinculadas al cargo gerencial ocupado, como ser antigüedad en el puesto, canal de acceso al mismo, experiencia previa en cargos similares, valoración de la experiencia como factor determinante en una selección, y aspiración personal de alcanzar puestos gerenciales en organizaciones de salud.

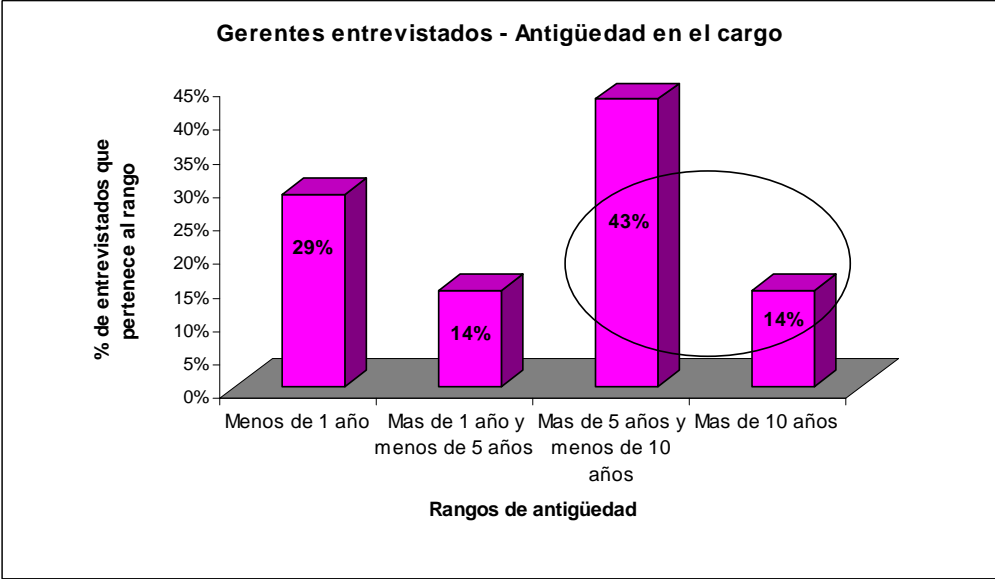
En tal sentido, algo más de la mitad de los entrevistados declaran una antigüedad de entre 5 y más de 10 años en la gestión de la misma Institución de Salud; observándose la misma proporción de gerentes que llegaron al puesto por haber hecho carrera dentro de la Organización. Esto se vincula directamente con otro de los parámetros relevados, la experiencia previa en cargos similares, donde poco más del 70% asevera no haber ocupado puestos similares en otra organización que no sea la actual. Indirectamente ello reafirma que el canal de acceso repetido en cuatro de las seis organizaciones de pertenencia de los entrevistados, es el ascenso; donde indudablemente los resultados y performance de un individuo en la gestión de línea media y la confianza que inspira su accionar han sido las variables sobre las cuales se basa la elección final del gerente general. Esto último se robustece con que los consultados mostraron una tendencia preferente a considerar altamente importante la cuestión de la experiencia previa a la hora elegir al candidato a gerente de una institución de salud ya sea por experiencia dentro de la misma organización en cargos gerenciales de línea media, o bien de alta gerencia en otras instituciones.

Resulta interesante volver sobre el parámetro canal de acceso a cargos gerenciales, pero con una mirada inversa a la comentada. Según lo relevado, de los siete entrevistados tres de ellos pasaron por un proceso de selección abierta ya sea mediante consultora o liderado por el propietario de la Institución; en otras palabras casi la otra mitad de la muestra (43%) arribó a la alta gerencia proviniendo del “afuera” de la organización. Tal análisis se enriquece si se agrega que de esos tres individuos, dos nunca se formaron en la gestión hospitalaria y los tres portaron pesados antecedentes de gestión en otras instituciones de salud. Esto permite inferir que en la elección de un gerente sanitario basada en un proceso de selección abierto y no como derivación natural de la historia del individuo en la propia institución, es donde el atributo “exitosa experiencia previa” en instituciones del segmento en cuestión, es una variable significativa que toma un poco mas de fuerza que la formación de posgrado.

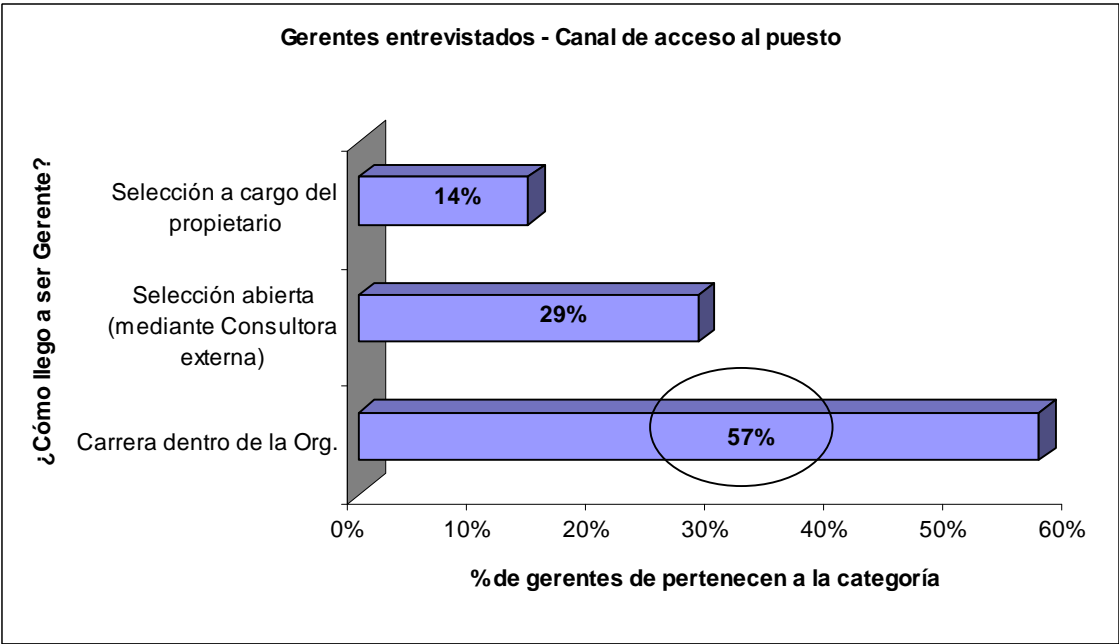
Finalmente en cuanto al anhelo de cada uno de ellos de llegar a la alta gerencia sanitaria es importante distinguir dos grandes grupos de respuesta. Por un lado se encuentran aquellos consultados que alegaron no haber tenido definida tal aspiración

representando casi el 30%; y por otra parte los que sí aspiraron en algún momento de sus carreras llegar a dicha franja de la gestión hospitalaria, observándose en ellos dos casos, aquellos que claramente persiguieron tal objetivo y aquellos que progresivamente fueron construyendo tal deseo, representando sobre la muestra algo mas del 40% y casi el 30% respectivamente.

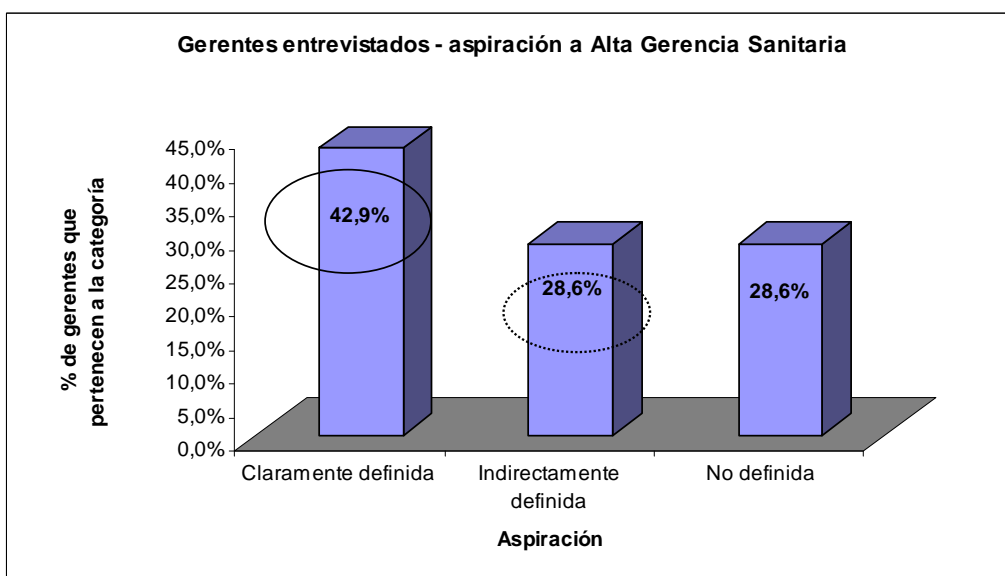
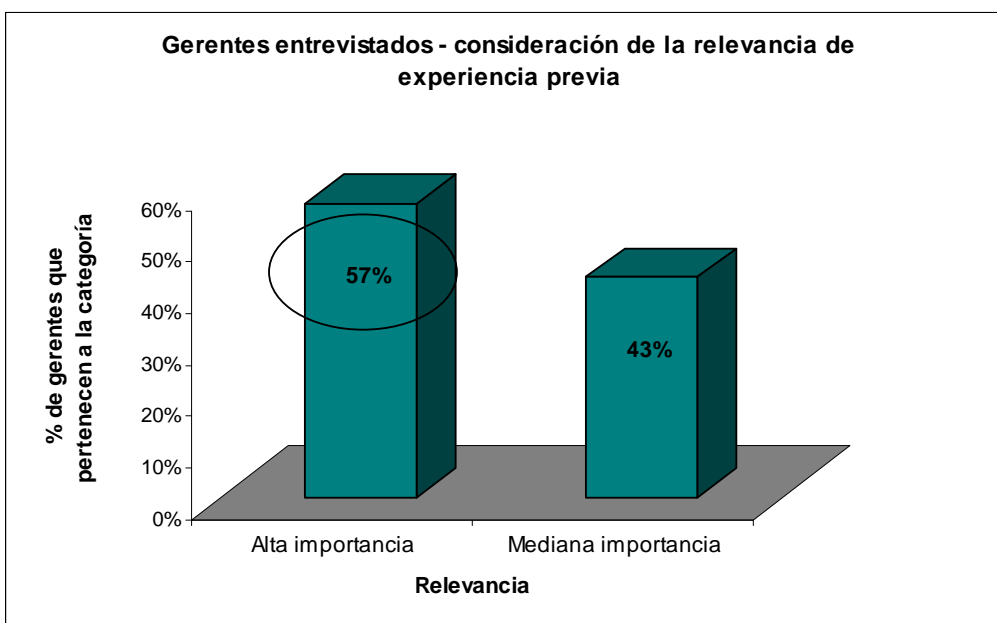
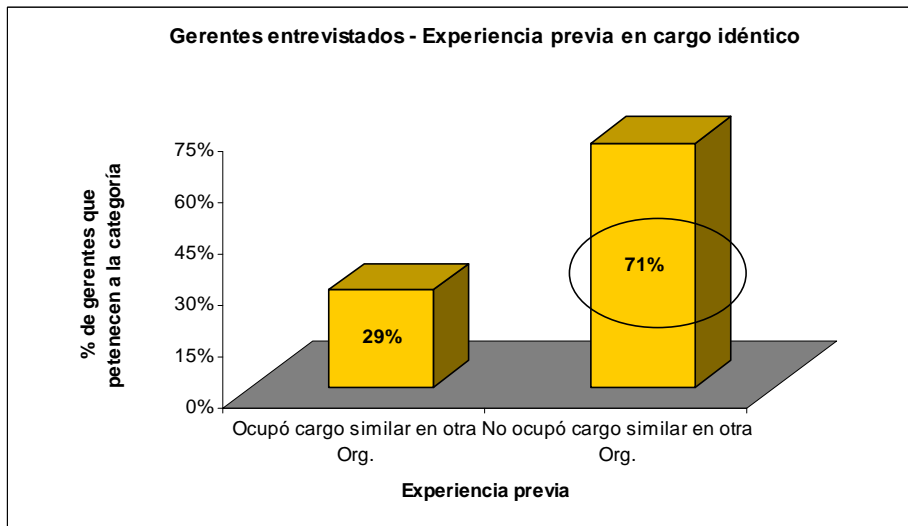
En Anexo XI se detallan tablas que contienen tal corte de datos, y sobre las cuales se construyeron los gráficos contiguos.



Elaboración propia



Elaboración propia



Elaboración propia

Por otra parte, en las entrevistas se consultó sobre el entramado del quehacer cotidiano de cada gerente y su conexión con el conocimiento de la organización y su entorno; lo que permitió retratar la tendencia de la muestra en este tópico. A continuación se agrega un extracto de los resultados.

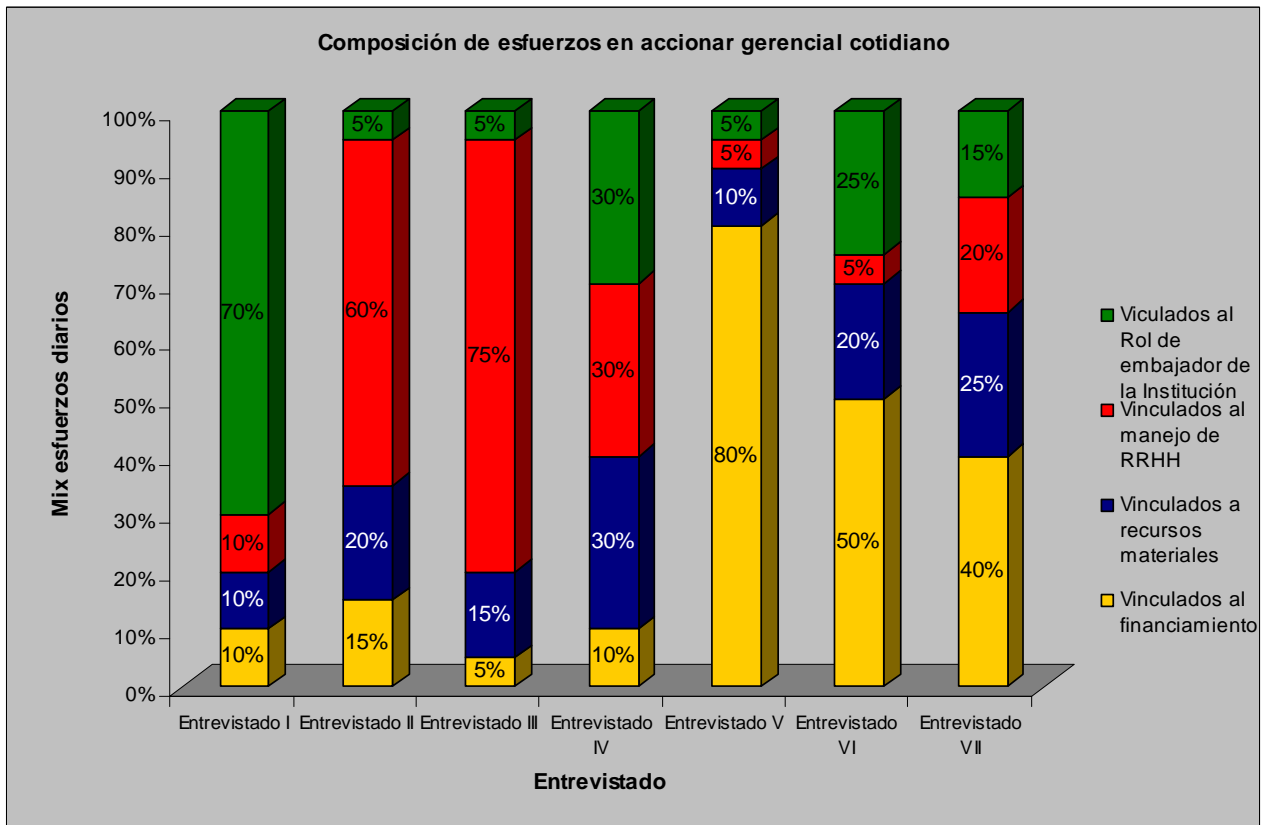
Conocimiento del ambiente externo de la Org.	El 100% de los entrevistados maneja información valiosa del afuera, siendo las preocupaciones mayormente marcadas el financiamiento y la inexistencia de políticas de salud (reglas de juego) claramente definidas a nivel nacional y/o regional.
Conocimiento de la situación de los "competidores" locales	Todos se autodefinen, e idénticamente definen al resto de los prestadores locales, como perjudicados por no poder poseer el rol de "empleadores del personal prof. Médico" fuertemente agremiado; y destacan como positivo el hecho de estar agrupados bajo una misma cámara empresaria. Sólo 2 (29%) de los entrevistados destacó el beneficio local de disponer de abundante mano de obra calificada proporcionada por la UNLP.
Conocimiento del posicionamiento de la Org. respecto al resto	5 (71%) de los 7 entrevistados conocen detalladamente la participación en el mercado de sus instituciones, mientras que los 2 (29%) restantes no manejan la cifras pero sí saben donde buscarlas.
Conocimiento de objetivos principales y derivados de la organización	La totalidad de los entrevistados sabe perfectamente cuales son los objetivos principales y secundarios de la organización, por lo que puede inferirse que conoce hacia donde debería dirigir sus esfuerzos de gestión.
Identificación de variables exógenas positivas y negativas	La totalidad de los entrevistados reconoce y describe variables exógenas que refractan sobre la organización en forma positiva o negativa; o sea que el 100% de los entrevistados posee una concepción de la organización como sistema abierto y además maneja las variables que definen la dinámica de la organización. Vale distinguir que fue mucho mas pronunciada la identificación de variables de impacto negativo (todos las identificaron), mientras que 5 (71%) de 7 también identificaron variables de impacto positivo.
Identificación de debilidades y fortalezas de la Org.	Todos los entrevistados identifican ágilmente fortalezas y debilidades de su organización; entre las fortalezas se destaca en varios casos la importancia de la mística de la organización, valores éticos y morales compartidos, y la calidad "prestigio" del recurso profesional asistencial. En cuanto a las debilidades la preocupación común entre los entrevistados es la baja tasa de profesionalización del personal no asistencial, las dificultades para aceptar cambios y el proceso decisorio compartido con un órgano superior de particulares características "Consejos Directivos".
Detección de amenazas	Si bien todos los entrevistados creen en la importancia de las variables externas, 5 de ellos identifican amenazas claras y los otros 2 no le dan el rango de amenaza sino de cambio en el afuera manejable por su organización. Los 5 citados destacan, la judicialización de la medicina y la peligrosa dependencia de un fuerte financiador provincial (IOMA)
Detección de oportunidades	Si bien todos identifican la existencia de oportunidades sólo 4 entrevistados (57%) asocian tal oportunidad al trazado de algún proyecto de desarrollo o crecimiento. Los otros 3 (43%) describen los proyectos que tienen entre manos pero no lograron vincularlos directamente a una oportunidad cierta por ellos identificada. Sólo uno ve una oportunidad vinculada con el financiamiento y desarrollaría un esquema de alianzas con financiadores.

Planificación de cambios	En la mayoría de los casos la planificación e implementación de cambios cuenta con una fuerte participación, impulsora y ejecutora de la gerencia; pero de oscilante intensidad de participación a medida que avanza el proceso de implementación de tales cambios.
Proceso de toma de decisiones "rol de la gerencia"	Todos aseguran que la gerencia participa y comparte las decisiones estratégicas con los órganos de mayor jerarquía (Consejo o directorios) y/o dirección médica. Se destaca el papel de independencia y manejo discrecional para el caso de las decisiones de tipo tácticas y operativas.
Rol de la gerencia en procesos de negociación	Del total de entrevistados, 4 (57%) afirman participar en todos los casos en que se exige negociar; y 3 (43%) de ellos responden hacerlo en casos específicos. Lo claro es que ninguno asevera no participar activamente en negociaciones, sino todo lo contrario.

Paralelamente en estas entrevistas también se indagaron otras dimensiones de la tarea gerencial de cada sujeto, tratándose cardinalmente de la orientación de sus esfuerzos diarios en términos de tipo de decisiones prevalentes y su autopercepción de estilo gerencial.

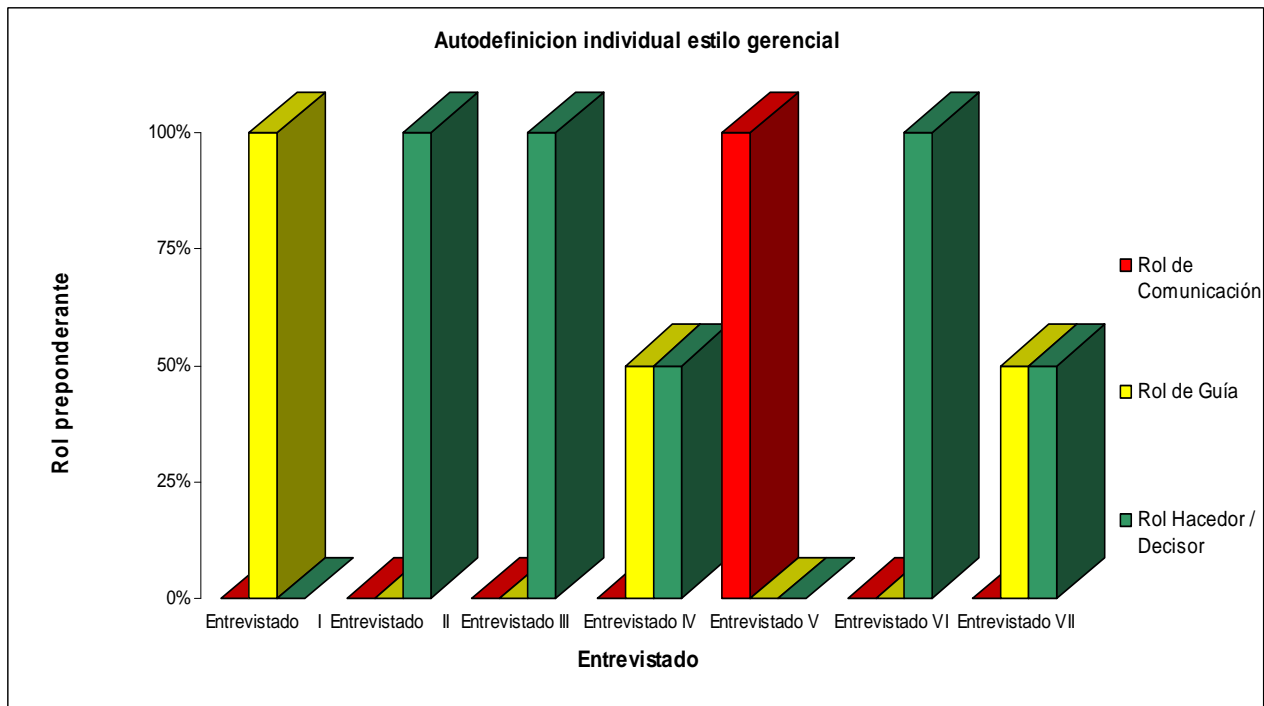
Si bien sendas cuestiones serán profundizadas en el capítulo *Conclusiones Emergentes*, se rescata que la totalidad de los gerentes respondió en forma contundente a tales consultas, sin dudar un instante de lo que estaban afirmando pero remarcando con la misma convicción que nunca se trata de una cuestión de elección o preferencia; es decir que ya sea para enfocar sus esfuerzos o para definir su rol preponderante en la gestión, lo que los gerentes hacen es ajustarse a la situación y “hacer lo que exige el escenario cotidiano naturalmente apremiante”, y no lo que desearían.

En cuanto a la mezcla de los esfuerzos diarios del gerente, se observaron variadas tendencias individuales que igualmente pudieron ser agrupadas. Tres individuos afirmaron que el peso de sus decisiones y participación están concentrados en temas vinculados al manejo del recurso humano; otros tres entrevistados dijeron que la concentración está enfocada primordialmente en cuestiones asociadas al financiamiento; y sólo uno de ellos confirmó que el esfuerzo se aglutina básicamente al rol de embajador es decir en actividades que favorecen la interacción de la organización con su entorno mediato e inmediato. El gráfico contiguo muestra lo mencionado y fielmente sustentado en la tabla de datos del Anexo XII.



Elaboración propia

En referencia a la autodefinición del estilo gerencial, conforme a tres roles centrales prefijados, las respuestas fueron un tanto menos dispersas; es decir que se denota una mayor tendencia a la coincidencia entre los entrevistados. En este capítulo sólo se anticipa la gráfica que indica un análisis de corte mas individual, dejando para el próximo capítulo los comentarios agregados es decir de tendencia grupal que facilitó la elaboración de conclusiones.



Elaboración propia

En otro orden, tal como se anunció en el capítulo procesos metodológicos, en las entrevistas se relevó el estilo de liderazgo predominante autopercebido por cada entrevistado. Para ello la herramienta de apoyo fue el cuestionario CELID referenciado en Anexo II, sobre el cual cada entrevistado respondió conforme a una escala predeterminada de respuesta los más de treinta ítems consultados. Con este instrumento se determinó la tendencia preferencial de cada uno de ellos, entre el estilo transformacional y transaccional.

Los resultados fueron contundentes en cuanto a las tendencias individuales y su análisis agregado. La predisposición colectiva destacó un alto dominio de aquellas habilidades asociadas al estilo de liderazgo transformacional, la inclinación es indiscutida en el sentido que tal como las tablas contiguas lo demuestran el estilo transformacional sobresale claramente respecto a los otros estilos testeados, el transaccional y laissez faire. Dicho de otra manera, la muestra de directivos consultados notoriamente cree poseer pobres habilidades para el liderazgo transaccional (basado en la constante negociación e intercambio de intereses), como para la ausencia de liderazgo (es decir el laissez faire, acciones demoradas y ausencia de responsabilidad); mientras que evidencian una gran pericia para desplegar un estilo de liderazgo basado en la transformación, con centro en el aprendizaje y el cambio.

Particularmente, el análisis confirmó que, dentro del perfil de liderazgo transformacional, la dimensión más destacada fue el carisma; es decir que los gerentes consultados reconocieron elevados niveles de ética y moral que generan en el grupo

sentimientos de respeto y confianza, el “gerente” es algo así como un “referente positivo”. Debe mencionarse también, por la alta representatividad observada, el buen manejo de estos gerentes en cuanto a la estimulación intelectual (incitación a la racionalidad, inteligencia y creatividad) y la consideración individualizada de los liderados (trato personalizado y diferenciado para ejercer la capacitación/transformación sobre cada miembro de un grupo).

Para la correcta interpretación de esta fase del relevamiento, seguidamente se presenta en primer lugar la tabla de los resultados agregados en un esquema que concentra las tendencias individuales; y a continuación el esquema teórico sobre el cual se solaparon los resultados reales obtenidos, logrando así la medición en percentiles que fundamentó las afirmaciones arriba expuestas.

Aspecto	Puntuación promedio Bruta	Puntuación transformada (Percentil)
Carisma	4,79	95
Estimulación Intelectual	4,24	50
Inspiración	4,14	50
Consideración Individualizada	4,24	50
Liderazgo Transformacional	4,35	75
Recompensa Contingente	3,20	25
Dirección por Excepción	2,76	10
Liderazgo Transaccional	2,96	10
Liderazgo Laissez Faire	1,69	10

Elaboración propia

PERFIL CELID: Referencia teórica Vs. Resultados Reales

P E R C E N T I L	99	5,00	5,00	5,00	5,00	4,80	4,83	4,20	4,94	4,38	
	95	4,75	5,00	4,86	5,00	4,60	4,50	3,83	4,70	4,25	
	90	4,75	4,67	4,71	5,00	4,40	4,30	3,33	4,48	4,07	
	75	4,25	4,33	4,43	4,67	3,80	3,83	2,83	4,20	3,72	
	50	4,00	3,67	4,00	4,00	3,40	3,33	2,33	3,96	3,33	
	25	3,75	3,33	3,43	3,67	2,80	3,00	1,83	3,65	3,00	
	10	3,25	3,00	3,14	3,33	2,40	2,50	1,67	3,28	2,66	
	5	3,00	2,67	2,94	3,00	2,00	2,33	1,33	3,20	2,34	
	P. Bruto	4,79	4,14	4,24	4,24	3,20	2,76	1,69	4,35	2,96	
	Carisma	Inspiración	Estimulación intelectual	Consideración individualizada	Recompensa contingente	Dirección por excepción	LIDERAZGO LAISSEZ FAIRE	LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL TOTAL	LIDERAZGO TRANSACCIONAL TOTAL		
	LIDERAZGO TRANSFORMACIONAL				LIDERAZGO TRANSACCIONAL						

Fuente: Castro Solano, obra citada y relevamiento en campo.

El cruce de estos resultados con los otros ejes del trabajo, serán expuestos en el capítulo siguiente.

Para finalizar con este apartado, se expondrán las derivaciones provenientes del segundo y último momento de contacto con los entrevistados. Con la intención de relevar sus competencias gerenciales, en base a la corriente teórica ya descrita, se tomó nuevamente contacto con cada uno de los gerentes de la muestra a fin de solicitarles una segunda colaboración.

En esta fase el contacto fue personal, a distancia. Tal acercamiento tuvo dos momentos; un primer momento de contacto telefónico a través del cual se expresó a cada uno de los directivos el interés perseguido en esta etapa del trabajo de campo y la metodología bajo la cual se materializaría la colaboración requerida. Un segundo momento de efectivo envió a cada consultado de una versión digital del instrumento de recolección denominado “Autoevaluación para un Inventario de Competencias Gerenciales” propuesto por Hellriegel D., Jackson S. y Slocum J. De esta forma, los consultados reenviaron los cuestionarios completos y bajo las características solicitadas.

Básicamente el cuestionario contuvo 95 características teóricamente representativas de típicos comportamientos de gerentes eficientes, sobre las cuales cada consultado debió indicar el nivel logrado en cada una de ellas mediante la calificación que mejor lo definía. Las alternativas de respuesta variaban desde la opción “aún no he desarrollado tal características” hasta “considero que sobresalgo en esta características”.

En esta etapa la colaboración fue casi plena, dado que seis de los siete gerentes de la muestra accedieron a la nueva consulta. Por su parte, los tiempos fueron los esperados, es decir que no se registraron demoras sustanciales en el reenvío de los cuestionarios por parte de los gerentes comprometidos.

Obtenidos los seis cuestionarios se procedió a evaluarlos individualmente, respetando el patrón de interpretación de la herramienta utilizada que sostiene, que las diversas afirmaciones contenidas en los cuestionarios al agruparse conforme a ciertas fórmulas corresponden a alguna de las seis competencias gerenciales relevadas: comunicación, planeación y administración, trabajo en equipo, acción estratégica, globalización y manejo personal. Es así como surgieron seis ricas tablas de insumos, de cuyo análisis derivó el nivel de puntuación de cada entrevistado respecto a cada una de las competencias, calificación asociada a un peso relativo preciso según la siguiente escala.

Significado puntuación	Puntuación obtenida
Muy bajo nivel	20-39
Bajo nivel	40-59
Como el promedio	60-74
Por encima del promedio	75-89
Sobresaliente	90-100

En Anexo XIII se muestra tabla de análisis comparativo, especialmente desarrollada.

Progresivamente del estudio individual se avanzó al colectivo, logrando la elaboración del mapa agregado de competencias gerenciales. La visualización de dicho mapa no sólo declaró la ubicación de cada entrevistado respecto a las aptitudes gerenciales estudiadas, sino que también facilitó una valiosa observación relativa al mostrar la proximidad y/o lejanía entre los directivos respondientes referida a las mismas habilidades gerenciales.

Los resultados precisos y su interpretación, serán expuestos y comentados en el siguiente apartado.

vii. Conclusiones emergentes y desafíos pendientes

Este capítulo narra las conclusiones resultantes de la interpretación del análisis de la información recabada; respetando la perspectiva definida por los objetivos planteados para el presente trabajo, y los límites de las particularidades de las organizaciones de salud citadas hasta el momento.

Consecuentemente también se presentan retos futuros, es decir diferentes y novedosos puntos de estudio que afloraron al transitar el propio proceso de elaboración de esta Tesis y que exceden los objetivos de la misma.

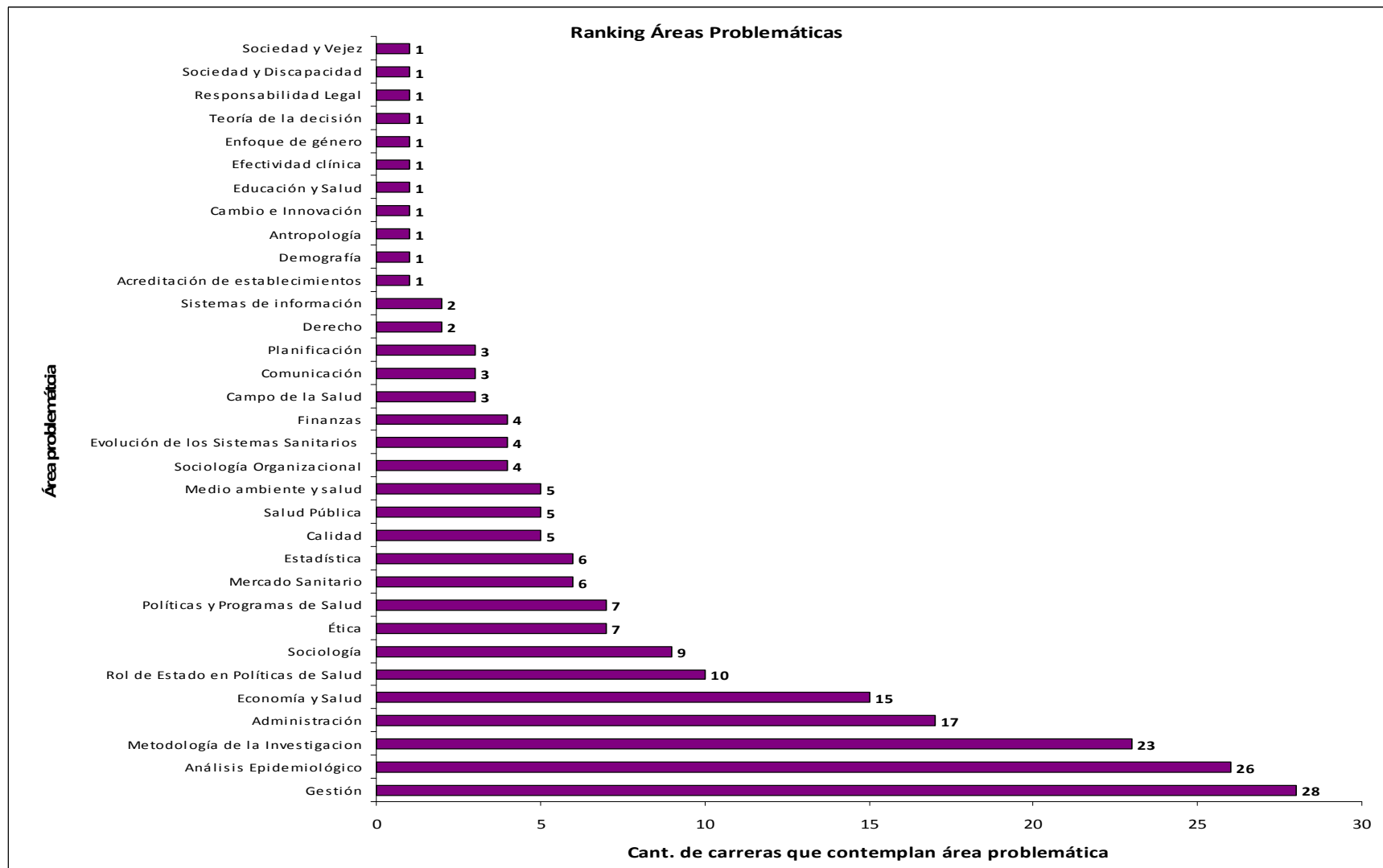
Conclusiones emergentes

Los hallazgos y reflexiones se presentan de forma tal que se pueda apreciar naturalmente la fusión entre las conclusiones de carácter parcial, y aquellas de índole integral o sistémica que cruzan los hallazgos particulares.

▪ *Hallazgos particulares*

Con foco en la línea de investigación referida a la formación de posgrado en administración sanitaria, se observó la presencia de una clara preferencia en cuanto a las áreas problemáticas y los ejes temáticos incluidos en los programas de estudio de las carreras analizadas. Tal aseveración es producto de la interpretación de los rankings contruidos en el proceso de análisis de la información relevada y procesada.

La metodología de la elaboración de ranking fue una forma ágil de identificar las áreas problemáticas mayormente incluidas en la formación de posgrado de la especialidad en cuestión; *resultando como temas centrales o disciplinas recurrentes: Gestión, Análisis epidemiológico, Metodología de la investigación; seguidos por Administración y Economía de la Salud; y finalmente por el tratamiento del Rol del estado en Políticas de Salud y Sociología.* Lo indicado se puede observar gráficamente a continuación.



Elaboración propia

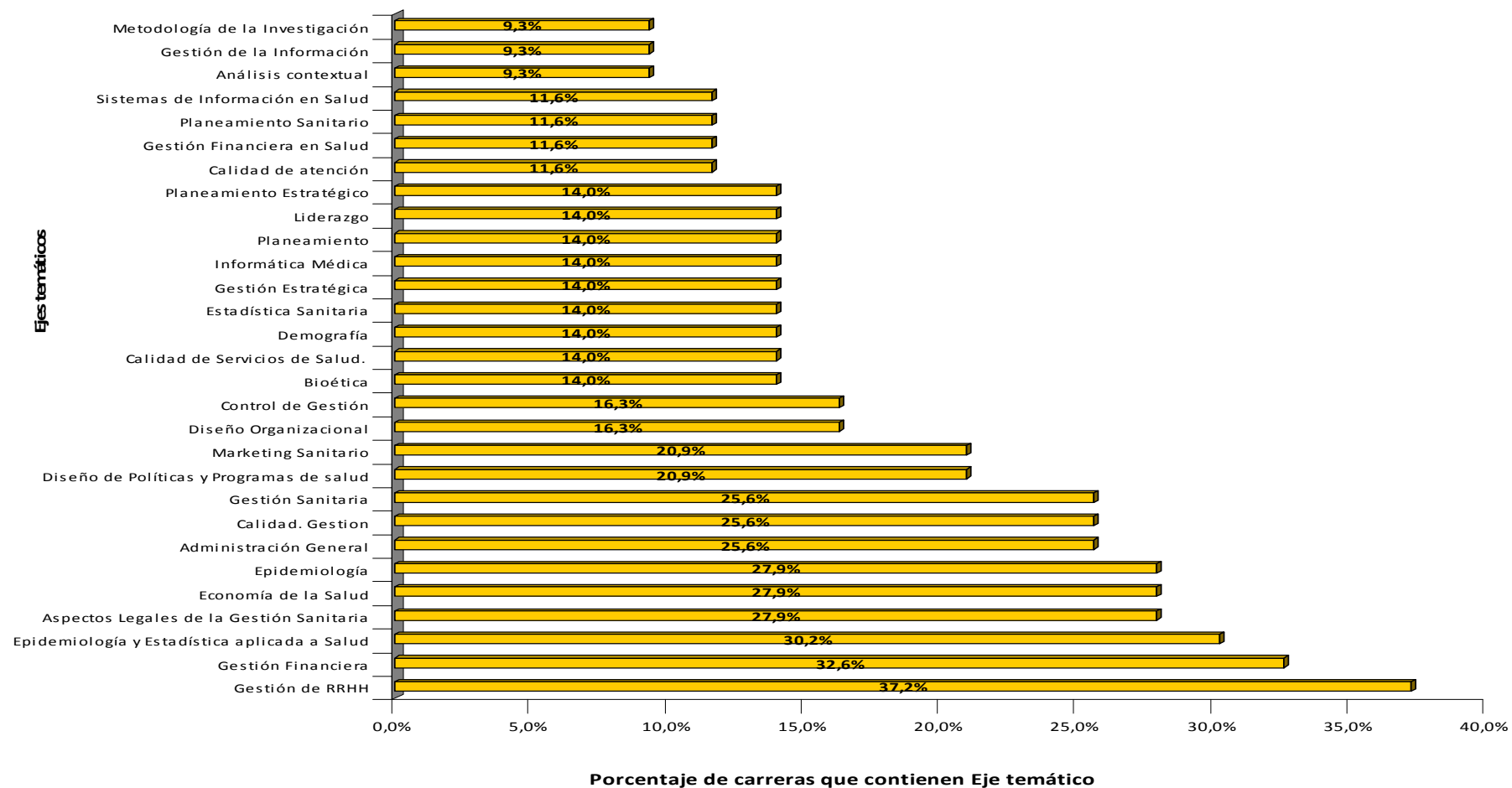
Del dibujo se desprenden pruebas de la orientación central de los posgrados de interés para el trabajo de Tesis, donde según la evidencia por ejemplo se diferencia la Gestión de la Administración; y se pone mayor énfasis en el Análisis epidemiológico por sobre la Economía de la Salud, cuando ambas son disciplinas inseparables y de idéntico peso para el apoyo de la gestión de organizaciones de salud, considerando el aporte conceptual e informativo que agregan.

Por su parte, otra cuestión a resaltar es la cantidad de carreras que incluyen el tratamiento de Metodología de la investigación, lo cual en términos de pertinencia es totalmente prudente, aunque la evidencia fáctica demuestra que no genera el impacto “esperado” en el proceso de formación de posgrado si se observa el bajo índice de graduados de estas carreras; tal vez ello sea una de las tantas cuestiones que sólo responden a una formalidad curricular.

Análogamente en cuanto a los ejes temáticos, las tablas de ordenamiento (ranking) resultantes de la observación de repetición de factores comunes entre carreras, pertinentemente expuestas en el capítulo análisis de la información, evidencian la importancia que adoptan en los programas de posgrado en primer lugar la gestión de RRHH, seguida de la gestión financiera y la epidemiología y estadística aplicada a la salud; sucedidas por el abordaje de los aspectos legales de la gestión sanitaria, y la economía de la salud en sus enfoques macro y micro; para luego destacarse el tratamiento de las nociones de administración general, la gestión de la calidad y la gestión sanitaria como entidad conceptual.

La gráfica a continuación expuesta, permite distinguir lo indicado.

Ranking Ejes Temáticos I (Rango 40% - 8%)



Elaboración propia

Del esquema surge que las dimensiones de la gestión destacadas en los procesos de formación son, los RRHH, las finanzas y la calidad como así también la gestión del riesgo legal. Resultado todo ello razonable si se parte de la premisa de que las organizaciones de salud son básicamente mano de obra intensiva, donde el financiamiento enfrenta particularidades y complejidades propias del mercado de la salud y en las cuales la calidad de atención a los pacientes y su seguridad, la de su familia y la del personal de la institución son ejes rectores del quehacer sanitario actual, y cuyo descuido puede generar importantes riesgos legales.

Si se agudiza la observación es posible distinguir que enfoques conceptuales tan importantes como liderazgo, comunicación, estrategias de cambio y negociación no son abordados en forma representativa en la muestra de carreras de posgrado estudiadas. De hecho los últimos tres núcleos conceptuales ni aparecen en la gráfica dada su débil representatividad sobre el total de carreras estudiadas (menor al 8%).

Ello permite la formulación de un interrogante sobre la formación de posgrado en administración sanitaria. Si en las áreas problemáticas se destacó el tratamiento de la gestión por sobre la administración, y como se indicó en el marco teórico lo que las diferencia es la inclusión de la formación y la negociación ¿Por qué no se explota proporcionalmente el tratamiento de ejes temáticos como el liderazgo, el manejo del cambio, la comunicación y la negociación?

▪ ***Revelaciones integrales***

El entrecruzamiento de los hallazgos parciales permite arribar a las conclusiones finales, las cuales se presentan de aquí en adelante.

A. *Formación de posgrado – Competencia gerenciales reveladas - Competencias gerenciales indicadas*

En el marco de esta Tesis, la pertinencia real de las áreas problemáticas y principalmente de los ejes temáticos destacados en la formación de posgrado estudiada, se visualiza al vincular tal tendencia con el mapa de competencias manifiesto de los gerentes entrevistados.

Para tal fin se partirá de la siguiente **conjetura**. Retomando el marco teórico puede verse que en él se incluyó la siguiente definición de competencia gerencial, “las






competencias gerenciales son conjuntos de conocimientos, destrezas, comportamientos y actitudes que necesita una persona para ser eficiente en una amplia gama de labores gerenciales". En tal sentido se **dedujo** que la definición posee dos componentes que pueden ser alterados mediante la formación de posgrado y que son *conocimiento y destrezas*. A su vez si se profundiza la cuestión considerando las competencias precisas que exige la función gerencial desde la misma teoría, **se infiere** que las competencias para la comunicación, para el planeamiento y administración, para el trabajo en equipo y para la acción estratégica serían las que pueden asociarse al grupo de componentes "*conocimientos y destrezas*" y por ende son factibles de modificarse con la formación; mientras que las competencias para el manejo personal y la conciencia para la globalización se corresponderían con el grupo de componentes referidos a "*comportamientos y actitudes*" es decir no susceptibles de alteración directa mediante la formación.

De ello se desprende que desde la formación, en este caso de posgrado, se puede reforzar un importante número de competencias gerenciales aunque no todas. Concretamente es posible fortalecer las competencias para la comunicación formal e informal, para la negociación (competencia comunicación); para el diseño y manejo de equipos de trabajo (competencia para el trabajo en equipo); para el conocimiento del mercado y el trazado de acciones estratégicas, (competencia para la acción estratégica); habilidades para la toma racional de decisiones, para la planeación y organización de proyectos y para la administración presupuestaria y financiera (competencia para el planeamiento y administración).

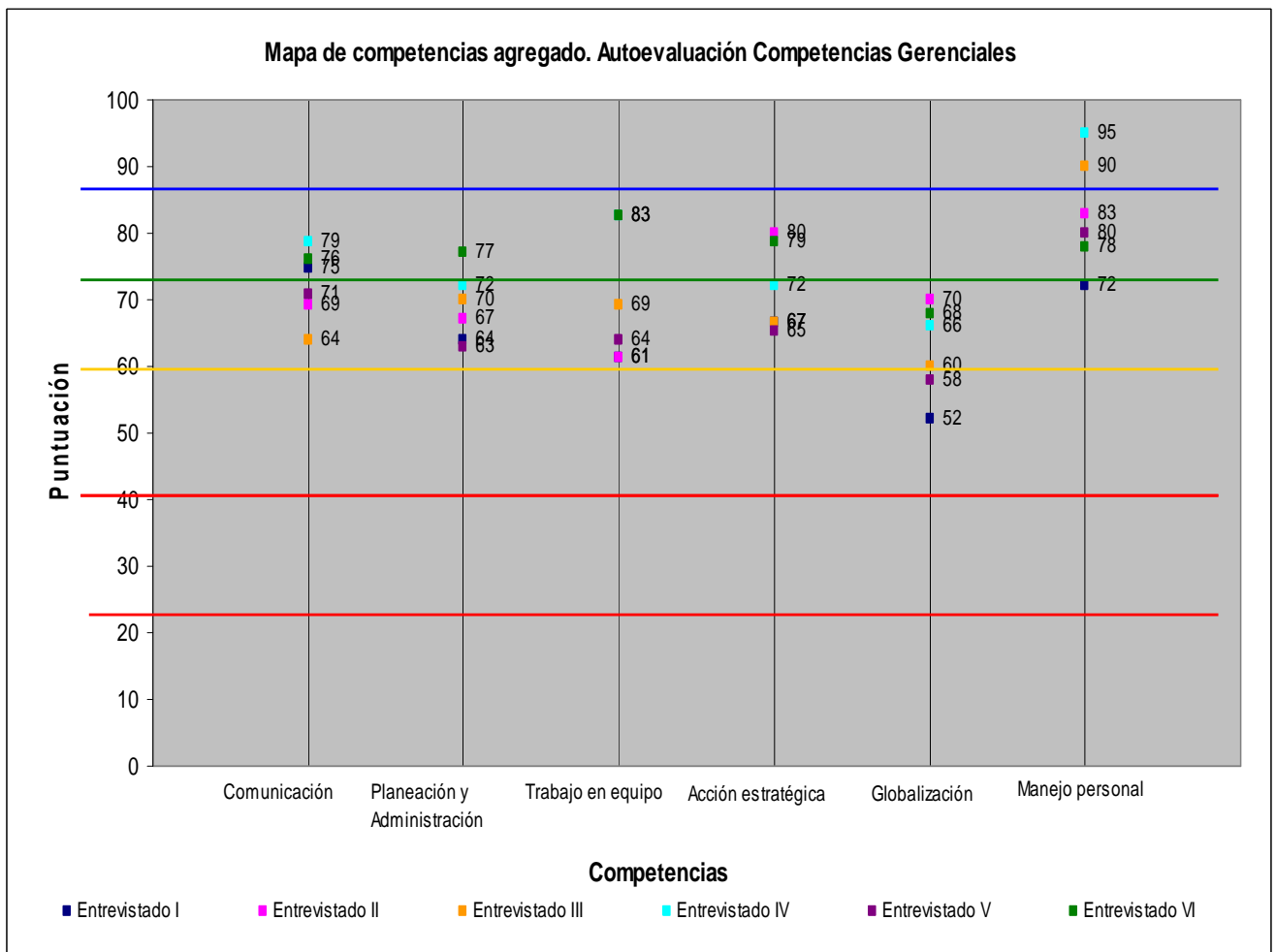
Ahora bien ¿las dimensiones indicadas, son consideradas, con el peso necesario, en los programas de estudios de las carreras analizadas? ¿Y qué dice al respecto el mapa de competencias gerenciales agregado?

El análisis de la tendencia colectiva de la autoevaluación de competencias gerenciales realizada por cada entrevistado, generó el mapa debajo añadido donde se puede observar la dispersión del nivel de competencias logrado a criterio de cada gerente. Para ello se respetó la siguiente escala de puntuación.

Significado puntuación

20-39 Muy bajo nivel	
40-59 Bajo nivel	
60-74 Como el promedio	
75-89 Por encima del promedio	
90-100 Sobresaliente	

Así, y como lo demuestra el mapa, las únicas competencias que obtuvieron puntuaciones con valoración extrema fueron aquellas vinculadas con la globalización y el manejo personal, mostrando respectivamente estimaciones de bajo nivel y sobresaliente, en cuatro de los seis respondentes. En otras palabras la mayoría de las puntuaciones (referidas al conjunto de competencias) de la totalidad de gerentes de la muestra, se concentraron en el rango de niveles como y por encima del promedio, lo cual autoriza a confiar en que trabajando sobre dichas competencias desde la formación se podría aspirar a mejorarlas, alcanzando rangos de puntuación por encima del promedio y sobresaliente en aquellas competencias susceptibles de alteración.



Elaboración propia.

²⁵ Nota

²⁵ Nota: en algunos casos coincidió totalmente la autocalificación de ciertos entrevistados, por lo cual al graficarse el mapa agregado éstas se solaparon y en dichos casos a simple vista el número total de marcas no llega a ser seis; cuestión que obviamente se tuvo en cuenta salvar para la elaboración de conclusiones.

El primer derivado de este mapa de competencias agregado es un esquema que ordena las prioridades de satisfacción, desde la formación, de concretas necesidades de refuerzo de aquellas competencias susceptibles de alteración

En otras palabras, si se considera como “competencia con necesidad de refuerzo” o sea que se puede trabajar para superarlas, a aquellas competencias que fueron autoevaluadas con baja puntuación por los gerentes respondientes, es decir que obtuvieron puntuaciones ubicadas en los rangos menores, en este caso “como el promedio”, y que a su vez pertenecen a los grupos de “conocimientos y destrezas”; una vez ubicadas en el mapa colectivo y observando las cantidad de gerentes que forman parte de cada grupo, es posible delinear un orden de prioridades de capacitación para perfeccionar tales marcas, como la tabla siguiente lo demuestra.

Rango de puntuación "como el promedio" --- Orden de resolución inmediata

Competencia susceptible de alteración con capacitación	Cant. de gerentes que optaron por autoevaluarse "como el promedio"	Representación sobre la muestra
Planeación y Administración	5	83%
Trabajo en Equipo	4	67%
Acción estratégica	4	67%
Comunicación	3	50%

Elaboración propia

Esta representación indica que las competencias con puntuación correspondiente al rango “como el promedio” marcan necesidades de rápida satisfacción, es decir organizan un orden de cuestiones a resolver en forma inmediata o en el menor plazo posible; dicho de otra manera la mezcla y tendencia que surge de este grupo define aquello que debería atenderse y/o potenciarse prioritariamente desde la oferta de posgrado.

Ahora bien para que lo anterior tome sentido en el marco de este trabajo, debe solaparse el esquema de prioridades, con la orientación y composición de la oferta de formación de posgrado estudiada, a fin de observar las tensiones. Ello se aprecia en la próxima tabla.

Orden resultante de necesidades de refuerzo prioritario Vs Respuesta oferta actual de posgrado

Orden y mezcla de necesidades de refuerzo detectadas		Respuesta de oferta de posgrado actual		
Competencia a fortalecer	Representación de tal necesidad sobre gerentes respondentes	Eje temático vinculado	Cant. de carreras que incluyen tal eje temático	Representación sobre total de carreras analizadas
Planeación y Administración	83%	Planeamiento	6	14,0%
		Estrategias de cambio	2	4,7%
		Administración general	11	25,6%
		Gestión financiera	14	32,6%
Trabajo en Equipo	67%	Gestión de RRHH	16	37,2%
		Liderazgo	6	14,0%
Acción estratégica	67%	Análisis contextual	4	9,3%
		Gestión estratégica	6	14,0%
		Planeamiento estratégico	6	14,0%
Comunicación	50%	Comunicación	6	14,0%
		Negociación	1	2,3%

Elaboración propia

Claramente se advierte que, mucho más de la mitad de los gerentes de la muestra de estudio autoperciben poseer debilidades en ciertas competencias gerenciales de posible perfeccionamiento / robustecimiento mediante la formación; mientras que el estudio de la oferta de posgrado indica que sólo se llegan a satisfacer tales dimensiones en el mejor de los casos en poco más del 35% de las carreras analizadas, al incluir en sus programas el tratamiento de ciertos ejes temáticos.

En otras palabras, la respuesta de la formación de posgrado muestra una débil confluencia y una indiscutida distancia entre las competencias a reforzar y lo que hoy se enfatiza desde la academia; por lo cual **la matriz expuesta es un sólido argumento para repensar y redefinir la ingeniería de la propuesta de capacitación de posgrado.**

Para fortalecer lo antedicho se agregan algunos argumentos:

- La evidencia demostró, entre otras cosas, que hoy los directivos diferencian aquellas tareas gerenciales vitales de los procesos de cambio. Los gerentes destinan mucho tiempo a remediar urgencias y por ende quitan tiempo de dedicación a procesos de cambio, y tal vez sea porque tienen baja competencia para el trabajo en equipo (67% se considera como el promedio, o sea que nunca sobresalen), es decir que no son capaces de armar y liderar un equipo

para el cambio que funcione con autonomía aunque sin perder su responsabilidad individual que como gerentes debe conservar sobre el proyecto; lograr que funcione tal equipo y que pueda producirse el cambio independientemente de las siempre presentes fatiga del cambio y desmotivación. Esto se enriquece si se añade otra evidencia resultante de las entrevistas y vinculada a la identificación de oportunidades y su consecuente incorporación en un proyecto de cambio. La mitad de los entrevistados pudieron asociar la detección de una oportunidad con el trazado de algún proyecto de desarrollo o crecimiento. Inferencia primaria: competencia para el trabajo en equipo y manejo del cambio ávida de robustecimiento desde la formación de posgrado.

- En toda organización de servicios de salud, su personal es altamente y diferenciadamente calificado y suele estar orgulloso de su conocimiento, lo cual indirectamente crea diferentes grupos dentro de la institución (los cirujanos, los directivos, los técnicos, los científicos; etc.). Naturalmente la comunicación e intercambio de ideas es más viable y sostenida entre miembros del “mismo grupo” generando vacíos de comunicación entre grupos. Ello sucede entre los profesionales de la salud y los profesionales de la alta gerencia (no médica) quienes tienen lenguajes y lógicas diferentes. Esto permite decir, que se trasluce la necesidad de específicas habilidades gerenciales para enfrentar tal escenario; la primera es la capacidad de distinguir tal singularidad y no tratar de gestionar a todos los individuos de forma homogénea es decir poseer un estilo de liderazgo lo mas cercano posible a la tendencia transformacional, con base en el aprendizaje y el trato individualizado cuestión muy valorada por los grupos calificados; y básicamente ostentar fuertes competencias para la comunicación informal, formal y para la negociación.

- La negociación es una práctica diaria de todo gerente, supuesto comprobado en lo totalidad de gerentes entrevistados, quienes reconocieron participar activa y asiduamente de todo y/o cierto tipo de negociación. Paralelamente aquellos aseveraron que el foco de sus negociaciones se ubica en cuestiones vinculadas al recurso humano profesional y no profesional de la Institución. Lamentan no poder interceder “plenamente” en procesos de negociación con financiadores, lo cual para todo gerente sanitario local se practica a menor escala dada la fuerza dominante del principal financiador provincial que impone las reglas; es decir la negociación con financiadores es un ejercicio mas frecuente con prepagas u obras sociales no estatales (léase fuera del IOMA). Se puede inferir entonces que el desarrollo de habilidades para el diseño de estrategias de negociación creativas, para el manejo de situaciones de

conflicto, para generar consensos y motorizar acuerdos beneficiosos, etc. debe ineludiblemente ser contenido en un eje temático central de todo programa de formación de posgrado en administración sanitaria, cuestión hoy presente sólo en el 2,3% de los planes de estudio relevados.

- La indagación de los perfiles gerenciales locales respecto al liderazgo indicó, que los directivos de las organizaciones de salud perciben preferentemente contar con un estilo de liderazgo transformacional, seguidos de dos estilos con igual peso sobre la muestra y fueron el transaccional y la ausencia de liderazgo (Laissez Faire). Esto vigoriza la necesidad del tratamiento del liderazgo desde la formación pero planteado desde la concepción del liderazgo como un proceso de características básicamente situacional, es decir dotar a los individuos de habilidades que permitan comprender la situación de liderazgo exigida, según la madurez del grupo a liderar y de las particularidades funcionales de la Organización; esto proporcionará cierta flexibilidad de análisis y de acción para definir el estilo de liderazgo apropiado que cada situación demande.

En tal sentido, una oferta de posgrado en gestión sanitaria apropiada debería garantizar en su plan de estudio el abordaje de precisiones conceptuales (ejes temáticos) como ser: el particular esquema de financiamiento del segmento prestador del sector de la salud; el planeamiento estratégico en la gestión sanitaria; la gestión del cambio como una tarea propia y natural de todo gerente; el manejo de recursos humanos con capacidades/facultades heterogéneas y la conformación de equipos de trabajo de alto rendimiento; habilidades de comunicación para manejar equipos altamente calificados; liderazgo situacional; teoría de la decisión, y negociación.

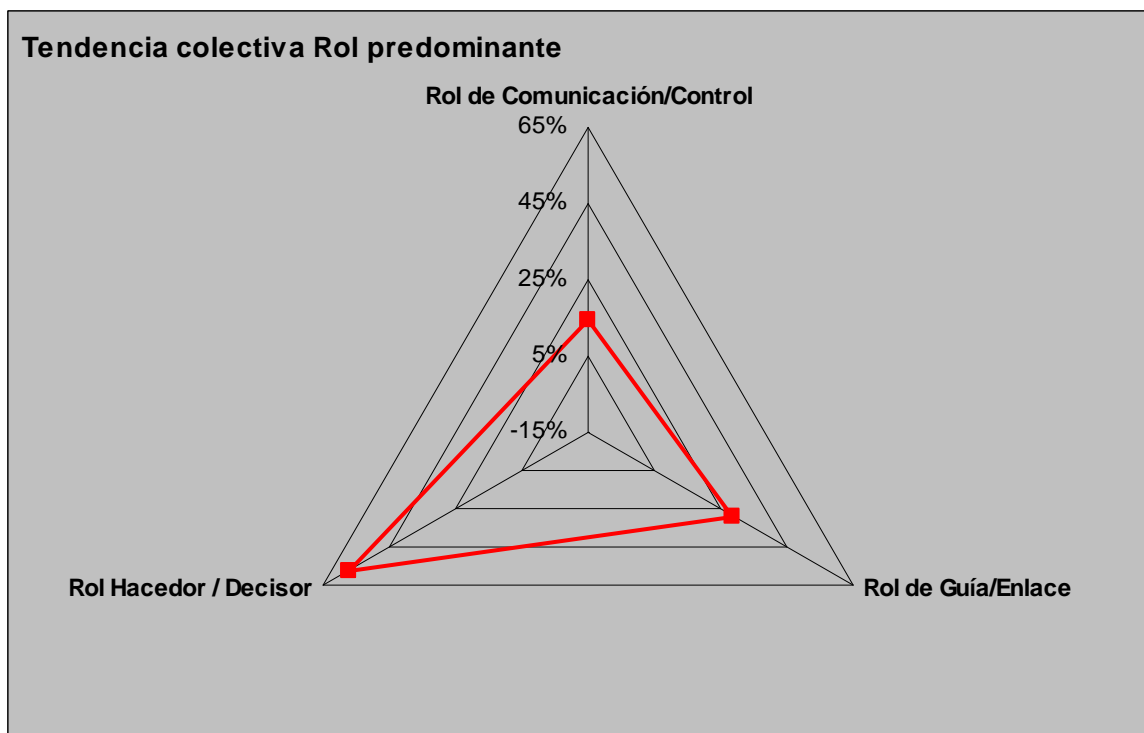
B. Evidencias gerenciales locales – Enunciados de la teoría gerencial

Respetando los ejes centrales del trabajo de tesis otra posible confrontación, para el encuentro de tensiones (acercamientos y alejamientos), es entre la pronunciación de la teoría y la evidencia de experiencias locales.

En el capítulo destinado al marco teórico adoptado, se expuso la postura Mintzberg H. en lo que respecta a *cómo hace su tarea un gerente*, afirmándose a propósito que los gerentes de hospitales prefieren el estilo de administrar a través de

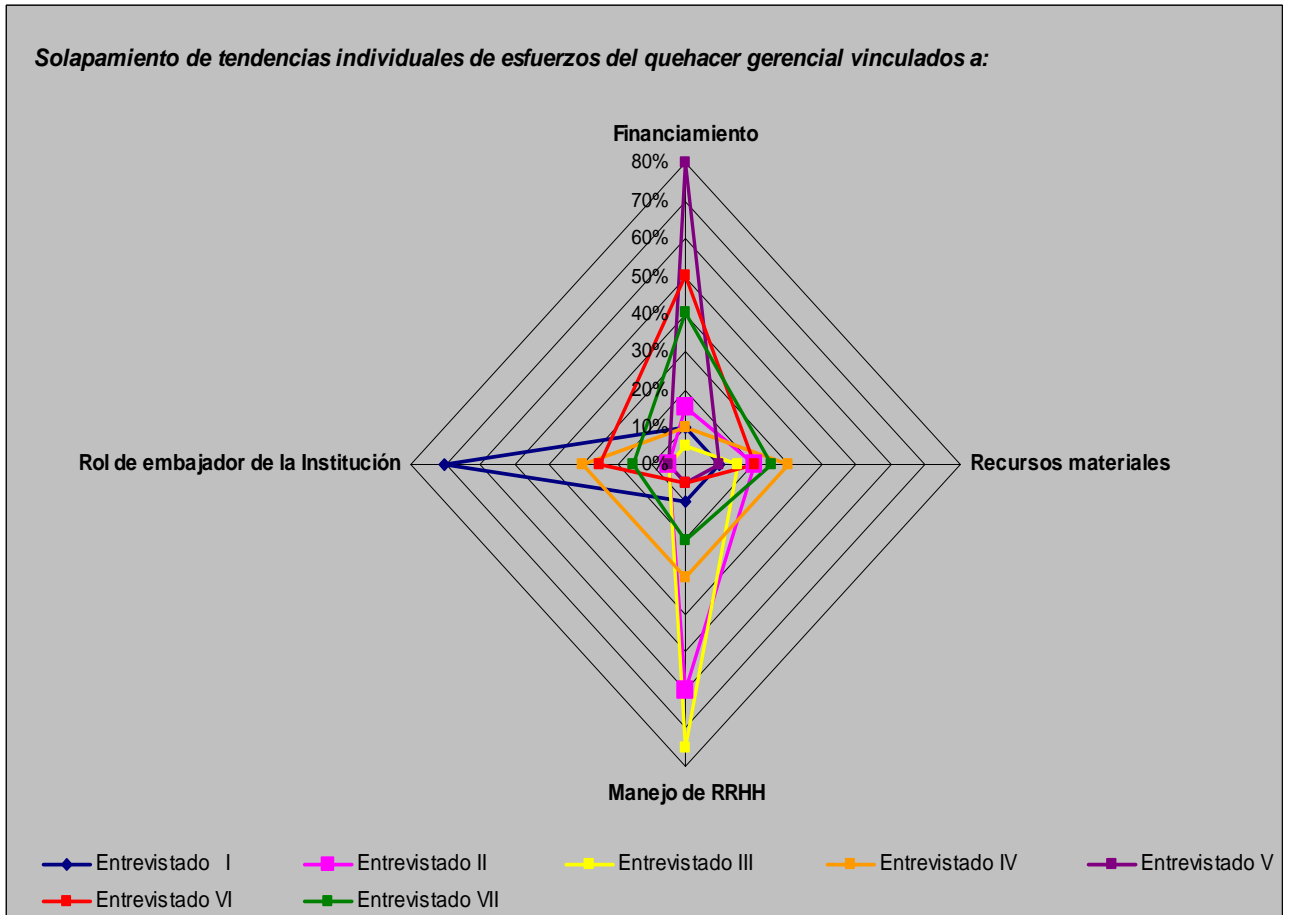
la gente haciendo pie en el rol de enlace más que en la guía. Emerge aquí una diferencia con lo que reveló la evidencia empírica, donde como se puede apreciar en la tabla y gráfica contigua, mas de la mitad de los directivos entrevistados (4 sobre 7) indicaron poseer un estilo netamente hacedor es decir que administran a través de la acción, apareciendo la opción de gerenciar mediante la gente en un segundo y alejado lugar (2 gerente sobre 7) y discretamente en ultimo lugar (1 gerente sobre 7) la alternativa de administrar mediante la información. Es decir que a diferencia de lo que la teoría indica, los gerentes sanitarios de la muestra manifestaron preferencia por administrar directamente con la acción y no indirectamente a través de la gente o de la información.

Autodefinición de estilo gerencial / Rol preponderante	Gerentes eligieron de la opción	Participación de la opción
Rol de Comunicación/Control	1	14%
Rol de Guía/Enlace	2	29%
Rol Hacedor / Decisor	4	57%

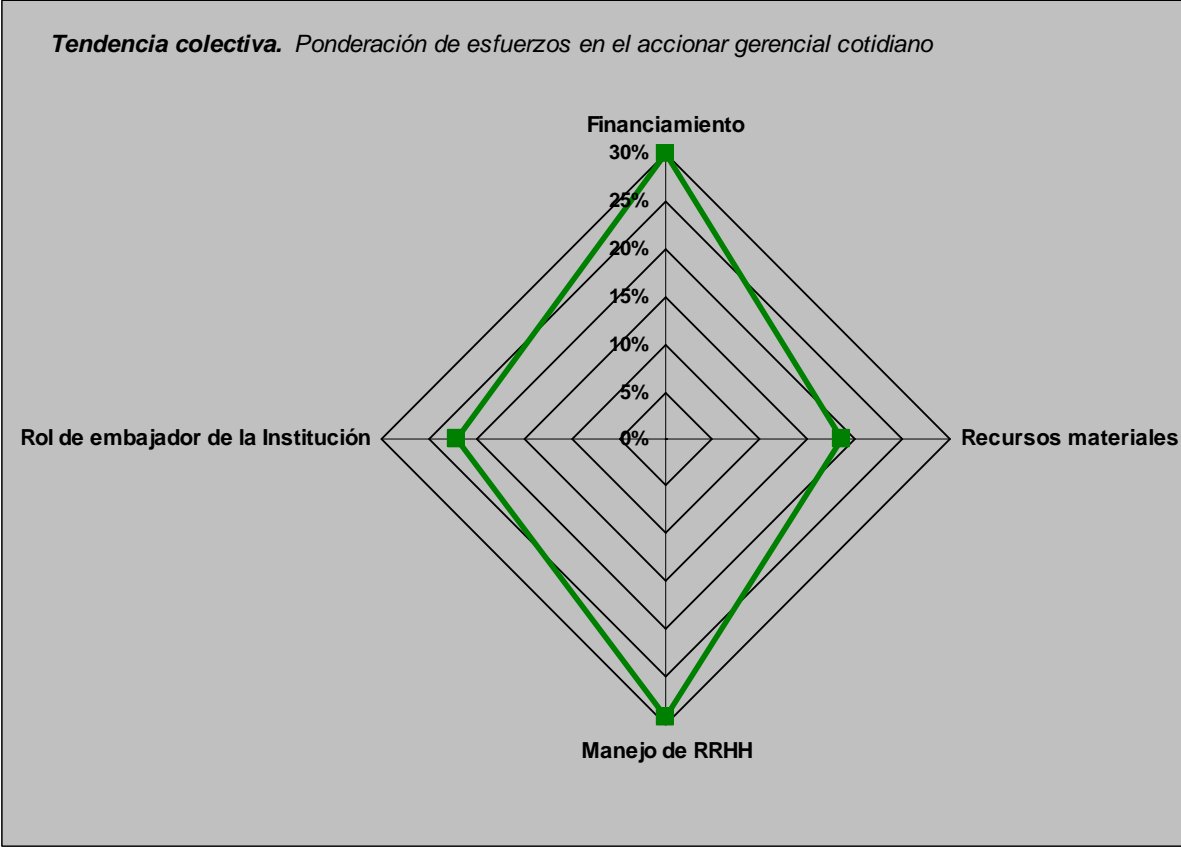


Elaboración propia

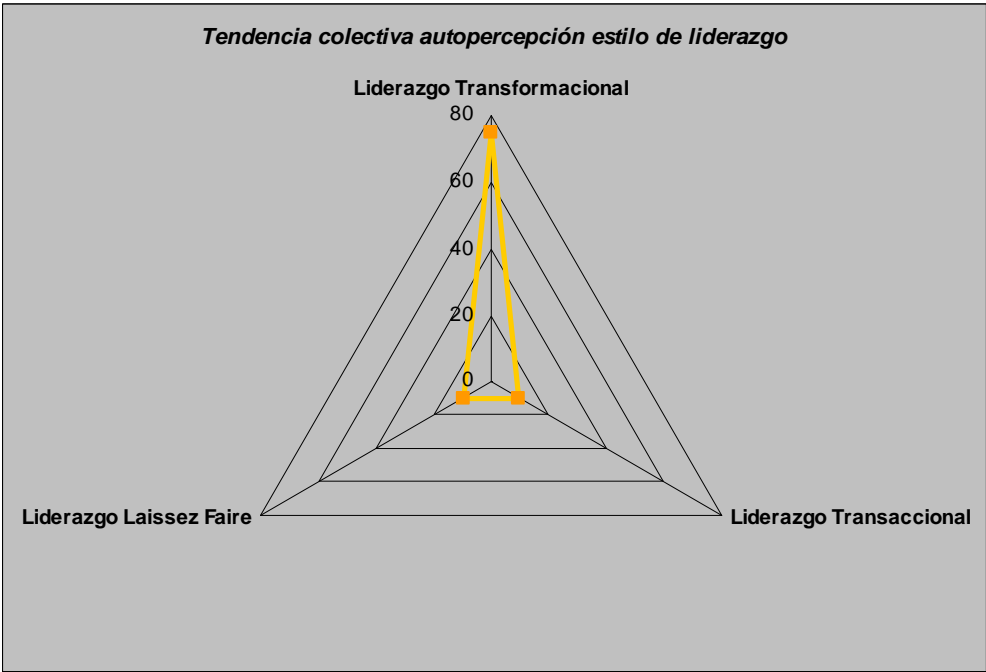
Como una secuela ampliatoria es posible destacar qué es lo que predominantemente hacen los gerentes sanitarios, dentro de este protagónico rol hacedor. Tal punto quedó totalmente aclarado en el estudio de la dirección de los esfuerzos diarios de un gerente, lo que fue indagado en el marco de las entrevistas. Resultando las opciones mas elegidas, las cuestiones de financiamiento y administración de personal y sus relaciones. Tal como lo exhiben los siguientes esquemas individuales y agregados.



Elaboración propia



Por otra parte, el relevamiento sobre estilos de liderazgos que a criterio de los gerentes de la muestra prevalecen en sus acciones como cabeza de la Institución, podría tomarse como un complemento del *cómo* ejercen aquel destacado rol hacedor.



Elaboración propia

Entonces y a modo de conclusión puede decirse que la **gestión sanitaria basada en la evidencia**, comprueba una alta gerencia que “hace”, y se sostiene por el trabajo diario bien realizado. Este gerente se convierte en un facilitador, con estilo de liderazgo transformacional, que sabe reconocer las potencialidades y saberes de los demás por lo cual intenta con su “hacer” construir y garantizar condiciones óptimas para que los cerebros y manos trabajen satisfechos y con alto rendimiento.

Tales directivos demuestran exclusivas ecuaciones de “actitud + aptitud + autoridad”, en cuanto al peso relativo de cada componente en su constitución integral; ello abre paso a una última reflexión.

El talento, como aptitud innata, será invariablemente una condición vital de todo gerente sanitario competitivo. Talento que siempre podrá ser potenciado con la “formación”.

Desafíos pendientes

El proceso de investigación sembró distintos intereses e inquietudes que responden, por un lado al diseño de una posible intervención derivada del trabajo de Tesis, como también a la eventualidad de profundizar en futuras indagaciones cuestiones tangentes al tema central de esta investigación.

Someramente se listan a continuación tales retos.

- a. La indagación realizada en el marco de la Tesis y sus conclusiones, constituyen un importante antecedente, que se puede transformar en un sólido fundamento para el futuro diseño de una nueva carrera de posgrado. Carrera que, bajo la flamante figura de Maestría Profesionalista, esencialmente acerque las distancias detectadas en el presente estudio entre las competencias gerenciales relevadas como ávidas de desarrollo y el vacío observado en la formación de posgrado.

- b. En la revisión bibliográfica accidentalmente se descubrió una interesante referencia como fue la existencia de estudios, como los de Jim Collins²⁶, que tratan el tema del éxito de los internos respecto a los externos, afirmando que “los de adentro ganan por goleada”; en otras palabras lo que aseveran es que las empresas buenas que pasan a ser grandes tienen un CEO proveniente de la propia empresa, es decir que el conocimiento local (concreto, particular, preciso) es una gran ventaja. Ello justificaría una novedosa investigación que se base en la comparación de las competencias de los gerentes sanitarios locales de carrera dentro de la institución versus las de aquellos que ocupen el cargo provenientes del afuera de la organización, por haber surgido de una búsqueda abierta.

- c. El trabajo de campo permitió evidenciar claramente la ausencia de mujeres en la alta gerencia sanitaria local; la muestra de directivos entrevistados fue en su totalidad masculina. Esto alienta la posibilidad sondear, mediante una investigación exploratoria, aquellas cuestiones que nítida o confusamente entrelazan al género con el acceso a puestos directivos en organizaciones de salud.

- d. La experiencia de la tarea de indagación en terreno, específicamente aquella referida a la incipiente averiguación sobre estilos de liderazgo, abre paso a la profundización del estudio del tema desde una investigación cuyo principal objetivo sea el análisis de estilos de liderazgo de gerentes sanitarios; esta vez completando la perspectiva de la auto percepción con la visión de la psicología y la sociología organizacional.

²⁶ Jim Collins. Considerado el heredero natural de Peter Drucker. Ha sido definido por la revista *Forbes* como uno de los pensadores de negocios más influyentes de la actualidad. Ha dedicado más de una década a la investigación y la enseñanza en la disciplina que mantiene a las empresas en la cima. Co-autor de cuatro libros - entre ellos el best seller de New York Times *Good to great*, su obra más reciente es *Great by choice*, publicada en 2011.

Bibliografía Utilizada

- Asenjo Miguel A. 2001. *Las claves de la gestión hospitalaria*. Ediciones Gestión 2000. Barcelona, España.
- Castro Solano, Alejandro. 2007. *Teoría y evaluación del liderazgo*. Buenos Aires, Argentina.
- Drucker, Peter F. 2002. *La Gerencia. Tareas, responsabilidades y práctica*. Editorial El Ateneo. 8ª edición Buenos Aires, Argentina.
- Frischknecht, Federico. 1992. *La Gerencia para el futuro*. Grupo editorial Norma. Barcelona, España.
- Giraldo Archila, Alicia de Nuestra Señora de Fátima. 2005. *Gestión Clínica. Un Modelo Integrador para la Administración*. Revista Ecos de Grado y Posgrado. Año 2. Vol. 1 N° 3. La Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Hellriegel D., Jackson S., Slocum J. 2002. *Administración, un enfoque basado en competencias*. Australia.
- Mintzberg, Henry. 1995. *Perfeccionando la función del gerente*. Revista Alta Gerencia. N°40/41. Buenos Aires, Argentina.
- Mintzberg, Henry. 1991. *Mintzberg y la dirección*. Editorial Díaz De Santos S.A., Madrid, España.
- Ribera Segura, Jaume; Gutiérrez Fuentes, José y Rosenmöller, Magdalene. 2006. *Gestión en el sector de la salud. Elementos de Gestión en las Instituciones*. Madrid, España.
- Temes J.L. – Parra B. 2000. *Gestión clínica*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España.
- Varo, Jaime. 1994. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España.
- Publicación N°33 OPS/OMS. 1992. *Reunión sobre la formación de posgrado en Salud Pública en la Republica Argentina*. Bs. As. Argentina.
- Publicación N°59 OPS/OMS. 2004. *La formación de Po sgrado en Salud Pública. Nuevos desafíos, nuevos caminos*. Bs. As. Argentina.

Anexo

Anexo I

Modelo de instrumento “Guía orientadora para entrevistas”. Elaboración propia

Nombre de la Institución

Nombre y Apellido del encuestado

Edad _____

Sexo: Hombre _____ Mujer _____ (marcar con una cruz)

Fecha: ____ / ____ / ____

Profesión _____

Cargo que ocupa _____

¿Desde cuando? _____

¿Como llegó usted al lugar que ocupa? _____

Ocupó el mismo puesto en otra Organización?

Si ____ No ____ (marcar con una cruz)

Durante cuánto tiempo? _____

¿Qué importancia tuvo tal antecedente al momento de seleccionarlo para ocupar el cargo que actualmente ocupa?

Alta

Mediana

Baja

Ninguna

Qué fundamenta tal afirmación _____

¿Posee usted alguna especialización en Administración o Gestión?

No Si

En caso afirmativo detallar

Título _____

Institución otorgante _____

Año de realización _____

Modalidad: Presencial A distancia

Duración: _____ Cantidad de horas: _____

Entre sus intereses personales, existió siempre la aspiración de ocupar un puesto gerencial en Instituciones de este tipo y características?

¿Cómo describiría usted la situación actual del Sector Salud en términos generales?
¿y de los Prestadores Privados de la ciudad de La Plata?

¿Cuál es el mercado (población) objetivo al que apunta la Organización con sus servicios?

¿Qué porcentaje de participación posee actualmente en el mismo?

¿Cuáles son los objetivos principales y/o secundarios de la Organización?

¿y los suyos dentro de ella?

¿Cuál cree usted que son las principales variables exógenas (externas) que influyen en el funcionamiento de su Institución ya sea en forma positiva o negativa?

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que usted percibe en la Organización a la que pertenece? (señale hasta tres de cada una)

¿A qué motivos atribuye esas debilidades señaladas?

Y las fortalezas?

¿Distingue alguna/as amenaza importante que atente contra la supervivencia o crecimiento de la Institución?

¿Tiene planeado lanzar algún proyecto que apunte al crecimiento organizacional?

¿Detectó alguna/as oportunidad en el mercado que usted pueda aprovechar persiguiendo el objetivo antes mencionado?

¿Podría usted enumerar los diversos grupos de actores que distingue dentro de la Organización?

¿De cual de ellos cree usted que depende, en forma predominante, el logro de los Objetivos principales y secundarios de la misma?

De las unidades funcionales del área médica (ya sean estas correspondientes a actividades principales o secundarias) ¿cual tiene mayor porcentaje de participación en los costos totales de la Institución?

¿y cual de ellas es la que genera mayores beneficios?

Siguiendo con las unidades funcionales ¿Cuál/les es la más eficiente?

¿Y la más efectiva?

¿De que manera identifica la Organización las necesidades de cambio?

¿En caso de detectarse tal oportunidad/necesidad, cómo y quien procede a diseñar, planificar e implementar dicho cambio?

Con relación a la calidad del servicio que presta esta Institución, como calificaría el nivel de la misma? (calidad excelente-alta-mediana)

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

¿Qué variables cree usted que son las determinantes de dicha calidad?

A la hora de tomar decisiones ¿cómo podría usted describir tal proceso distinguiendo entre decisiones estratégicas, tácticas y operativas? (en entrevistador aclarará dichos conceptos al entrevistado)

A la hora de negociar con proveedores, financiadores, sindicatos, usted participa activamente?

Si No

¿Con que frecuencia?

En todos los casos

En casos específicos ¿cuáles?

En pocos casos

En ningún caso

Fundamentos de la respuesta:

¿Cómo describiría usted el mecanismo de comunicación utilizado para relacionarse con los gerentes de las distintas áreas y jefes de las unidades funcionales?

Si usted tuviera que describir su accionar cotidiano, ¿cómo ponderaría en el total de sus esfuerzos las siguientes actividades? (siendo el total 100, otorgue un % a cada una de las cuestiones señaladas)

Cuestiones vinculadas con el financiamiento de la Org. _____

Cuestiones vinculadas con recursos materiales _____

(Adquisición de Insumos, equipamiento; decisiones sobre infraestructura)

Cuestiones vinculadas con el manejo de recursos humanos _____

Cuestiones vinculadas con el rol de “embajador de la Institución” _____

(Reuniones externas, participación en eventos, participación en discusiones de cámaras empresarias del sector, etc.)

Si tuviera que autodefinirse como gerente, ¿cuál de los siguientes roles cree usted que es el predominante? (se solicitará expresamente que el encuestado seleccione sólo uno)

_____ Rol de Comunicación (difusor, portavoz) y Rol de Control (monitor)

_____ Rol de guía (interno a nivel individual o grupal) y Rol de enlace (externo)

_____ Rol hacedor/decisor (impulsor de cambios gestor de problemas/negociador/asignador de recursos)

Anexo II

Cuestionario de Estilos de Liderazgo Protocolo (CELID) (Castro Solano, Nader y Casullo, 2004)

Adaptación (se alteraron algunas palabras para adecuarlo a la consulta deseada)

Institución de pertenencia _____

Cargo que ocupa _____

Edad _____

Sexo: Hombre _____ Mujer _____ (marcar con una cruz)

Fecha: ____ / ____ / ____

Instrucciones: a continuación se presentan una serie de afirmaciones acerca del liderazgo. Por favor, indique en una escala de 1 a 5 (con una cruz) con que frecuencia se presentan en usted las conductas o actitudes abajo listadas, en el trato con su personal.

	Nunca	Rara Ve	A veces	A menudo	Siempre
	1	2	3	4	5
Con respecto a mi personal					
1. Mi presencia tiene poco efecto en su rendimiento					
2. No trato de cambiar lo que hacen mientras las cosas salgan bien					
3. Se sienten orgullosos de trabajar conmigo					
4. Pongo especial énfasis en la resolución cuidadosa de los problemas antes de actuar					
5. Evito involucrarme en su trabajo					
6. No les digo donde mi opinión o preferencias en determinadas situaciones					
7. Demuestro que creo firmemente en el dicho "si funciona, no lo arregles"					
8. Les doy lo que quieren a cambio de recibir su apoyo					
9. Evito intervenir, excepto cuando no se consiguen los objetivos					
10. Me aseguro de que exista un fuerte acuerdo entre lo que se espera que hagan y lo que recíprocamente pueden obtener de mi					
11. Siempre que lo crean necesario pueden dialogar o intercambiar opiniones conmigo, respecto a qué pueden obtener a cambio de su participación					
12. Les hago saber que pueden lograr lo que quieren si trabajan conforme a lo pactado conmigo					
13. Me preocupo de formar a quienes lo necesitan					
14. Centro mi atención en los casos en que no se consiguen alcanzar las metas esperadas					
15. Hago que se basen en el razonamiento y en la evidencia para resolver los problemas					
16. Trato de que obtengan lo que desean a cambio de su cooperación					
17. Estoy dispuesto a instruirlos o enseñarles siempre que lo necesiten					
18. No trato de hacer cambios mientras las cosas marchen bien					
19. Les doy charlas para motivarlos					
20. Evito tomar decisiones					

Con respecto a mi personal	1	2	3	4	5
21. Cuento con su respeto					
22. Potencio su motivación de éxito					
23. Trato de que vean los problemas como una oportunidad para aprender					
24. Trato de desarrollar nuevas formas para motivarlos					
25. Los hago pensar sobre viejos problemas de manera nueva					
26. Los dejo que sigan haciendo su trabajo como siempre lo han hecho, si no me parece necesario introducir algún cambio					
27. Soy difícil de encontrar cuando surge un problema					
28. Impulso la utilización de la inteligencia para superar los obstáculos					
29. Les pido que fundamenten sus opiniones con argumentos sólidos					
30. Les muestro nuevas formas de enfocar los problemas que antes les resultaban desconcertantes					
31. Evito decirles como se tienen que hacer las cosas					
32. Es probable que este ausente cuando se me necesita					
33. Tienen plena confianza en mi					
34. Confían en mi capacidad para superar cualquier obstáculo					

Anexo III

AUTOEVALUACION DE HJS* PARA UN INVENTARIO DE COMPETENCIAS GERENCIALES Cuestionario

Fuente: Hellriegel / Jackson / Slocum

Instrucciones

Cada uno de los siguientes enunciados describe el nivel logrado en una dimensión de una competencia administrativa. Según usted, ¿qué tan bien lo define cada una de las 95 características, que son representativas de gerentes eficientes y experimentados?

En el espacio en blanco que aparece a la izquierda de cada característica, coloque el número que corresponda al nivel de calificación que mejor se aplique a usted. Para conocer sus competencias actuales, es importante que presente una valoración personal precisa.

Escala de Calificaciones por su Autoevaluación

1. Tengo muy poca experiencia. Aún no he desarrollado esta característica.
2. Creo que no tengo muy firme esta característica. He tenido algo de experiencia, pero no me he desempeñado bien.
3. Considero que soy como el promedio en esta característica.
4. Pienso que al respecto estoy por encima del promedio.
5. Considero que sobresalgo en esta característica.

Características

- _____ 1. Busca y escucha a quienes tienen opiniones contrarias.
- _____ 2. Al hablar con los demás, hace que la gente se sienta a gusto en situaciones diversas.
- _____ 3. Modifica su enfoque de comunicación cuando trata con personas con diferentes antecedentes.
- _____ 4. Forja relaciones interpersonales sólidas con muy diversas personas.
- _____ 5. Muestra sensibilidad genuina por los sentimientos de los demás.
- _____ 6. Informa a las personas sobre sucesos que les son importantes.
- _____ 7. Realiza presentaciones persuasivas y que ejercen un fuerte impacto en los grupos.
- _____ 8. Cuando efectúa presentaciones formales, maneja bien las preguntas del auditorio.
- _____ 9. Redacta con claridad y concisión.
- _____ 10. Utiliza con eficacia los medios electrónicos para comunicarse.
- _____ 11. Se siente bien al utilizar el poder asociado con las funciones de liderazgo.
- _____ 12. Tiene habilidad para influir en sus superiores.
- _____ 13. Posee habilidad para influir en los colegas.
- _____ 14. Cuando enfrenta problemas, halla soluciones que los demás consideran acertadas.

- _____ 15. En situaciones de conflicto, ayuda a las partes a que hallen soluciones favorables para todos.
- _____ 16. Da seguimiento a la información vinculada con los proyectos y las actividades en curso.
- _____ 17. Obtiene y utiliza información pertinente a fin de identificar síntomas y problemas subyacentes.
- _____ 18. Toma decisiones con oportunidad.
- _____ 19. Cuando asume riesgos, es capaz de anticipar consecuencias negativas y positivas.
- _____ 20. Sabe cuando se necesitan conocimientos expertos y los busca para resolver los problemas.
- _____ 21. Desarrolla planes y programas para lograr objetivos específicos con eficacia.
- _____ 22. Clasifica las tareas por prioridad para mantenerse concentrado en las más importantes.
- _____ 23. Sabe organizar a las personas en torno a tareas concretas y las ayuda así a trabajar en conjunto en función de un objetivo común.
- _____ 24. Delega la responsabilidad de las tareas en los demás sin mayor problema.
- _____ 25. Adelanta posibles dificultades e idea formas de enfrentarlas.
- _____ 26. Maneja al mismo tiempo varios asuntos y proyectos, pero no trata de abarcar demasiado.
- _____ 27. Da seguimiento y se apeg a un programa o negocia cambios si es necesario.
- _____ 28. Trabaja con eficiencia bajo presión de tiempo.
- _____ 29. Sabe cuándo permitir interrupciones y cuándo eliminarlas.
- _____ 30. Sabe cuándo negociar plazos establecidos a fin de dar resultados satisfactorios.
- _____ 31. Entiende los presupuestos, los flujos de efectivo, los informes financieros y los anuales.
- _____ 32. A menudo considera los presupuestos y los informes financieros para tomar decisiones.
- _____ 33. Lleva registros financieros exactos y completos.
- _____ 34. Crea normas presupuestarias para los demás.
- _____ 35. Se ajusta a las normas presupuestarias que le asignan.
- _____ 36. Formula objetivos claros que inspiran el compromiso de los integrantes del equipo.
- _____ 37. Elige con tino a los miembros de su equipo, considerando la diversidad de puntos de vista y las destrezas técnicas.
- _____ 38. Ofrece una visión clara sobre lo que el equipo debe lograr a sus integrantes.
- _____ 39. Asigna tareas y responsabilidades a los integrantes del equipo de acuerdo con sus competencias e intereses.
- _____ 40. Crea un proceso para supervisar el desempeño del equipo.
- _____ 41. Genera un ambiente en el equipo en que sus integrantes sienten que sus propuestas marcan una diferencia.

- _____ 42. Reconoce, valora y recompensa las contribuciones de los integrantes del equipo.
- _____ 43. Ayuda al equipo a obtener los recursos y el apoyo que necesita para la consecución de sus objetivos.
- _____ 44. Actúa como preparador, asesor y mentor de los miembros del equipo.
- _____ 45. Es paciente con los integrantes del equipo cuando tienen que aprender funciones nuevas y desarrollar sus competencias.
- _____ 46. Es conciente de los sentimientos de los participantes.
- _____ 47. Conoce las fortalezas y las limitaciones de los integrantes del equipo.
- _____ 48. Aborda abiertamente los conflictos y las diferencias de los miembros del equipo y las utiliza para mejorar la calidad de las decisiones.
- _____ 49. Propicia un comportamiento de cooperación entre los integrantes del equipo.
- _____ 50. Mueve al equipo en dirección de los objetivos.
- _____ 51. Conoce la historia de la industria a que pertenece la organización.
- _____ 52. Se mantiene informado de las acciones de los competidores y los socios estratégicos de la industria de la que forma parte la organización.
- _____ 53. Sabe analizar las tendencias generales de la industria y conoce las repercusiones a futuro.
- _____ 54. Reconoce rápidamente cuando se dan cambios significativos en la industria.
- _____ 55. Sabe cómo compiten las organizaciones en la industria.
- _____ 56. Entiende los intereses de los participantes de la organización.
- _____ 57. Comprende las fortalezas y las limitaciones de las diversas estrategias empresariales.
- _____ 58. Conoce las diferentes fortalezas de la organización.
- _____ 59. Conoce la estructura organizacional y la forma en que se realiza el trabajo.
- _____ 60. Sabe encajar en la cultura particular de la organización.
- _____ 61. Asigna prioridades congruentes con la misión y los objetivos estratégicos de la organización.
- _____ 62. Reconoce y resiste las presiones que obligan a comportarse de una manera que no concuerdan con la misión y las metas estratégicas de la organización.
- _____ 63. Considera las repercusiones a largo plazo de las decisiones en la organización.
- _____ 64. Establece objetivos tácticos y operativos para instrumentar las estrategias.
- _____ 65. Mantiene la unidad concentrada en sus objetivos.
- _____ 66. Se mantiene al tanto de los sucesos políticos en el mundo.
- _____ 67. Permanece al tanto de los sucesos económicos en el mundo.
- _____ 68. Reconoce el impacto de los sucesos mundiales en la organización.
- _____ 69. Viaja para conocer otras culturas de primera mano.
- _____ 70. Entiende y habla más de un idioma.

- _____ 71. Es sensible a las claves culturales y puede adaptarse con rapidez a situaciones nuevas.
- _____ 72. Reconoce que hay grandes diferencias en cualquier cultura y evita los estereotipos.
- _____ 73. Ajusta adecuadamente su comportamiento cuando interactúa con personas de diferentes antecedentes y orígenes nacionales, étnicos y culturales.
- _____ 74. Entiende la influencia de los antecedentes culturales que uno tiene en las actitudes y conductas propias.
- _____ 75. Sabe establecer lazos de empatía con quienes provienen de culturas diferentes.
- _____ 76. Tiene normas personales claras que le sirven como fundamento para mantener un sentido de integridad y conducta ética.
- _____ 77. Mantiene normas éticas personales ante cualquier tentación.
- _____ 78. Es sincero y proyecta seguridad en su persona; no dice a la gente lo que quiere oír.
- _____ 79. Reconoce sus errores y admite haberlos cometido.
- _____ 80. Acepta la responsabilidad de sus acciones.
- _____ 81. Busca la responsabilidad más allá de lo que exige su labor.
- _____ 82. Tiene disposición a innovar y correr riesgos personales.
- _____ 83. Es ambicioso y está motivado a lograr los objetivos.
- _____ 84. Trabaja con ahínco para que las cosas se lleven a cabo.
- _____ 85. Muestra perseverancia ante los obstáculos.
- _____ 86. Mantiene un equilibrio razonable entre las actividades laborales y personales.
- _____ 87. Se cuida mental y emocionalmente.
- _____ 88. Recurre a escapes constructivos para sacar la frustración y reducir la tensión.
- _____ 89. Se ejercita y alimenta en forma adecuada.
- _____ 90. Sabe disfrutar de su tiempo libre.
- _____ 91. Tiene objetivos personales y profesionales claros.
- _____ 92. Conoce sus valores, sentimientos y puntos fuertes y flacos.
- _____ 93. Acepta la responsabilidad de seguir desarrollándose.
- _____ 94. Desarrolla planes y busca oportunidades para el crecimiento personal a largo plazo.
- _____ 95. Analiza y aprende de las experiencias de trabajo y personales.

Anexo IV

Instituciones Universitarias y Carreras de posgrados. Detalle muestra real Distribución por región

Región	Cant. de Instituciones de interés	Cant. de Instituciones analizadas	% Instituciones analizadas	Cat. de carreras analizadas	% sobre total carreras analizadas
CABA	13	11	85%	26	60%
BUENOS AIRES	5	4	80%	8	19%
CENTRO	1	1	100%	1	2%
CUYO	2	1	50%	2	5%
ESTE	1	1	100%	2	5%
NOROESTE	3	2	67%	4	9%
Totales	25	20	80%	43	100%

Distribución por origen

Origen	Cant. de Instituciones de interés	Cant. de Instituciones analizadas	% Instituciones analizadas	Cat de carreras analizadas	% sobre total carreras analizadas
Público	12	10	83%	21	49%
Privado	13	10	77%	22	51%
Totales	25	20	80%	43	100%

Mapa de la muestra de Instituciones sobre la cual se trabajó

Región de la Institución	Origen de las Instituciones analizadas		Totales Instituciones
	Público	Privado	
CABA	2	9	11
BUENOS AIRES	3	1	4
CENTRO	1	0	1
CUYO	1	0	1
ESTE	1	0	1
NOROESTE	2	0	2
Totales	10	10	20

Mapa de la muestra de Carreras sobre la cual se trabajó

Región de la Institución de pertenencia de la Carrera	Origen de la Carreras analizadas		Totales Carreras
	Público	Privado	
CABA	5	21	26
BUENOS AIRES	7	1	8
CENTRO	1		1
CUYO	2		2
ESTE	2		2
NOROESTE	4		4
Totales	21	22	43

Anexo V

Instituciones de formación de interés para el trabajo	Región	Origen	Cant. de carreras identificadas	Cant. de carreras analizadas (que se obtuvo plan de estudio)	% de carreras analizadas sobre identificadas
Universidad de Buenos Aires (UBA)	CABA	Pública	4	4	100%
Facultad Latinoamericana de Cs. Sociales (FLACSO)	CABA	Pública	1	1	100%
Universidad CAECE	CABA	Privada	3	2	67%
Universidad del Salvador (USAL)	CABA	Privada	1	0	0%
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	CABA	Privada	6	1	17%
Universidad Austral	CABA	Privada	1	1	100%
Universidad Favaloro	CABA	Privada	2	2	100%
Instituto Universitario de Cs. de la Salud - Fundación Barceló (FB)	CABA	Privada	2	2	100%
Instituto Universitario CEMIC	CABA	Privada	1	1	100%
Universidad Católica Argentina (UCA)	CABA	Privada	4	1	25%
Universidad Maimónides	CABA	Privada	2	0	0%
Universidad ISALUD	CABA	Privada	10	10	100%
Universita Di Bologna - Sede Buenos Aires	CABA	Privada	1	1	100%
Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ)	BUENOS AIRES	Pública	2	0	0%
Universidad Nacional de Mar del Plata	BUENOS AIRES	Pública	2	2	100%
Universidad Nacional de Lanús (UNLA)	BUENOS AIRES	Pública	2	2	100%
Universidad Nacional de La Plata (UNLP)	BUENOS AIRES	Pública	3	3	100%
Universidad de Morón (UM)	BUENOS AIRES	Privada	1	1	100%
Universidad Nacional de Córdoba (UNC)	CENTRO	Pública	2	1	50%
Universidad Nacional de Cuyo (UNCU)	CUYO	Pública	2	2	100%
Universidad del Aconcagua (UDA)	CUYO	Privada	1	0	0%
Universidad Nacional de Rosario (UNR)	ESTE	Pública	3	2	67%
Universidad Nacional de Salta (UNAS)	NOROESTE	Pública	2	2	100%
Universidad Nacional de Tucumán (UNT)	NOROESTE	Pública	3	2	67%
Universidad Nacional de Catamarca (UNCA)	NOROESTE	Pública	1	0	0%

Anexo VI

Matriz de Instituciones y carreras de posgrado asociadas. Las sombreadas son aquellas 19 carreras de las cuales no se pudo obtener su plan de estudio para analizar

Institución	Sector	Carrera	Objetivos
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)	Privado	Maestría en Ciencias Sociales y Salud	Formar y capacitar para la explicación, comprensión e intervención respecto de la problemática de la salud/enfermedad, en base a los elementos que proporcionan las ciencias sociales.
Instituto Universitario CEMIC	Privado	Curso Introductorio a la Gestión de Servicios de Salud	Introducir al profesional en los modelos de gestión de la atención, modelos prestacionales y calidad en atención médica.
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud -Fundación Barceló - Facultad de Medicina	Privado	Diplomatura en Calidad de Servicios de Salud	
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud -Fundación Barceló - Facultad de Medicina	Privado	Especialización en Administración de Servicios de Salud centrada en la Calidad	
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Maestría en Economía y Gestión de la Salud	Lograr que los participantes interpreten los principios, conceptos y técnicas económicas, de administración y de salud pública capaces de desarrollar aplicaciones y apreciar resultados con el fin de que ello sea útil en la futura provisión de servicios de salud
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología	Desarrollar un ámbito de formación de alto nivel académico y rigor científico para el tratamiento interdisciplinario de los problemas en el campo del envejecimiento y la gestión de servicios para la tercera edad.
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental	Formar profesionales con competencia para identificar las necesidades de la población, gestionar políticas y programas de salud mental. Diseñar, conducir y gerenciar organizaciones y redes de salud mental
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social	Desarrollar capacidades para la conducción y gerencia estratégica de sistemas de salud y de seguridad social, con amplio conocimiento de tendencias e instrumentos de reforma, permitiendo formular y gestionar políticas y planes.
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Especialización en Auditoría de Atención de la Salud	Interpretar las demandas y necesidades de los actores sectoriales, su dinámica e interrelaciones. Formular, gestionar y evaluar planes y programas propios del campo profesional de la Auditoría de Atención de la salud.
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Especialización en Administración Hospitalaria	Favorecer la construcción de un pensamiento global, complejo, multidimensional y contextualizado de la administración de las instituciones hospitalarias. Promover la utilización crítica y ética de las tecnologías y las herramientas de gestión

Institución	Sector	Carrera	Objetivos
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad	Construir un marco de valores basado en los derechos de las personas. Desarrollar el pensamiento crítico en el marco de una ética social para la actividad gerencial. Favorecer la construcción de una visión integradora de las organizaciones de la discapacidad
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Especialización en Economía y Gestión de la Salud	Formar en un marco de excelencia académica recursos humanos de perfil gerencial, con solida base de conceptos económicos y con capacidad para el desarrollo y la aplicación de herramientas para la gestión estratégica del sector de la salud.
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social	Capacitar para el asesoramiento en el diseño y aplicación de políticas de salud que privilegien la democratización de la gestión social.
Instituto Universitario ISALUD	Privado	Maestría en Gestión de Salud Ambiental	Capacitar profesionales universitarios para planificar, desarrollar y controlar las acciones necesarias para la adecuada getion de los factores ambientales de riegos para la salud de las personas.
UBA (Consejo Superior)	Público	Maestría en Salud Pública	Generar espacios de reflexion y debate sobre construccion y articulacion de org del estado y la sociedad civil respecto de la salud y la formacion de RRHH en tales escenarios
UBA . Fac. de Odontología	Público	Maestría en Salud Pública, con orientación en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud Bucal	Enfocar el componente Salud Bucal como un espacio de intervención interdisciplinario, inter y extrasectorial. Analizar y relacionar la situación de salud bucal y los factores que la generan con la respuesta encarada desde los diversos espacios de decisión
UBA. Fac de Medicina. Escuela de Salud Pública	Público	Maestría en Administracion de Sistemas y Servicios de Salud	Generar en los estudiantes destrezas para: describir y analizar las características del proceso salud-enfermedad y atencion; participar en los procesos de genracion de politica y estrategias sectoriales; administrar servicios y sistemas de salud
UBA. Fac. de Psicología	Público	Especialización en Política y Gestión de la Salud Mental	Formar especialistas en política y gestión de la salud mental capaces de gestionar instituciones tanto del ambito público como de obra social y organizaciones no gubernamentales
Universidad Austral - Facultad de Cs Biomédicas	Privado	Especialización en Gestión y Dirección de Instituciones de Salud	Analizando el sistema de salud argentino y comparandolo con otros sistemas de salud del mundo, el fin del programa es estudiar a las instituciones de salud como verdaderas empresas sanitarias con características que las hacen diferente al resto.
Universidad CAECE	Privado	Maestría en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud	

Institución	Sector	Carrera	Objetivos
Universidad CAECE	Privado	Curso Universitario en Administración y Gestión de Enfermería (2)	Desarrollar modelos de administración y gestión de los departamentos y servicios de enfermería orientados a la calidad total. Participar en la definición de políticas sanitarias institucionales de enfermería y colaborar en políticas de índole nacional y provincial
Universidad CAECE	Privado	Curso de Posgrado en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud	Desarrollar modelos de Administración y Gestión Hospitalaria, Obras Sociales y Sistemas de Salud orientados a la Calidad Total. Comprometer el desarrollo de los Recursos Humanos, la capacitación continua y el ejercicio del Liderazgo
Universidad Católica Arg. Fac. de Cs. Médicas	Privado	Maestría en Administración de Salud	
Universidad Católica Arg. Fac. de Cs. Médicas. Escuela de Salud Pública	Privado	Curso Superior Universitario de Gerenciamiento Estratégico de Empresas de la Salud	
Universidad Católica Arg. Fac. de Cs. Médicas. Escuela de Salud Pública	Privado	Curso Superior Universitario de Alta Gestión en Calidad de Servicios de Salud	Dotar a los profesionales de conocimientos teóricos, herramientas innovadoras de Gestión estratégica. Desarrollar líderes proactivos y equipos de trabajo de alto rendimiento. Identificar innovadores métodos para gestionar el talento humano
Universidad Católica Arg. Fac. de Cs. Médicas. Escuela de Salud Pública	Privado	Curso Superior Universitario Administración de Servicios Hospitalarios	
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Privado	Maestría en Administración de Servicios de Salud	Brindar conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas gerenciales requeridas para el sector salud
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Privado	Especialización en Políticas y Administración en Salud Mental	
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Privado	Diplomatura Universitaria en Salud Pública (4)	
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Privado	Diplomatura Universitaria en Economía de la Salud (4)	
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Privado	Diplomatura Universitaria Gestión en Salud (4)	
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)	Privado	Diplomatura Universitaria Gestión en APS y Centros de Salud (4)	
Universidad de Morón	Privado	Maestría en Gestión de Sistemas de Salud	Desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas por los profesionales que ocupen los cargos directivos en las organizaciones sanitarias de nuestro país. Esto implica: conocer las bases políticas, sociales, jurídicas y económicas implicada
Universidad del Aconcagua. Fac. de Cs. Sociales y Administrativas. (Mendoza)	Privado	Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud	
Universidad del Salvador		Magíster en Salud Pública	

Institución	Sector	Carrera	Objetivos
Universidad Favaloro	Privado	Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud	
Universidad Favaloro - Fac. de Posgrado	Privado	Maestría en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud	Formar profesionales con capacidad de gestionar sistemas y servicios de salud, con conocimiento pleno de las funciones de planificación, organización, dirección, dotación de personal y control, a efectos de obtener resultados eficientes y de calidad.
Universidad Maimónides	Privado	Maestría en Administración de Salud	
Universidad Maimónides. Facultad de Humanidades, Cs. Sociales y Empesariales	Privado	Maestría en Gerenciamiento Integral de Servicios de Enfermería	
Universidad Nacional de Catamarca. Fac. de Cs. de la Salud	Público	Maestría en Salud Pública	
Universidad Nacional de Córdoba. Fac. de Cs. Médicas.	Público	Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud	
Universidad Nacional de Córdoba. Fac. de Cs. Médicas. Escuela de Salud Pública	Público	Maestría en Salud Pública	Impulsar el diagnóstico integral de la salud a nivel de poblacional desde la oferta y la demanda. Aplicar la investigación clínica y epidemiológica para analizar y adecuar los procesos de gestión de servicios sanitarios. Divulgar metodos y técnicas de analisis
Universidad Nacional de Cuyo (UNCU) - Fac de Cs Médicas	Público	Especializacion en Salud Pública	
Universidad Nacional de Cuyo (UNCU) - Fac de Odontología	Público	Maestría en Gestión Estratégica en Sistemas y Servicios de Salud Bucal	
Universidad Nacional de Lanús	Público	Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.	Proveer una perspectiva sobre organización y gerencia de programas, servicios y/o sistemas de salud en relación con los modelos de atención, jerarquizándose el enfoque social y la contextualización de los problemas "en" y "de" salud.
Universidad Nacional de Lanús	Público	Especialización en Gestión de Salud	Brindar herramientas para un profundo conocimiento acerca de la situación de los servicios y sistema de salud, para evaluar la eficiencia y la eficacia de las intervenciones sanitarias y para el desarrollo concreto de la gestión.
Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ)	Público	Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social	
Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ)	Público	Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social	

Institución	Sector	Carrera	Objetivos
Universidad Nacional de Mar del Plata. Fac. de Cs. Económicas y Sociales.	Público	Maestría en Economía de a Salud y Administración de Organizaciones de Salud	Profundizar el análisis del Sector Salud, haciendo foco en las particularidades de tal Mercado. Precisar los fundamentos y el campo de aplicación de la Administración Sanitaria y la Economía de la Salud. Evidenciar la vinculación de los procesos económico-sociales-sanitarios
Universidad Nacional de Mar del Plata. Fac. de Cs. Económicas y Sociales.	Público	Especialización en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud	Estimular a profesionales de la Medicina y de carreras afines a adquirir conceptos técnicos sobre la economía de la salud y sobre la gestión de sus organizaciones. Producir profesionales de sólida formación en economía de la salud y en gestión de organizaciones de salud
Universidad Nacional de Rosario. Fac. de Medicina	Público	Maestría en Administración de Servicios de Enfermería	
Universidad Nacional de Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte	Público	Maestría en Salud Pública	Formar graduados con capacidad de investigación y aplicación de los resultados para la resolución de problemas en: políticas de salud, condiciones de salud de la población, recursos de salud, organización y gerencia de servicios y sistemas de salud
Universidad Nacional de Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte	Público	Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud	Formar gerentes con capacidad de administrar los sistemas, redes y servicios de salud, teniendo como marco de referencia las necesidades y demandas del usuario, aquellas planteadas por la cultura organizacional y el contexto en el cual están insertas
Universidad Nacional de Salta. Fac. de Cs. de la Salud		Especialización en Salud Pública	
Universidad Nacional de Salta. Fac. de Cs. de la Salud	Público	Maestría en Salud Pública	Formar profesionales capaces de diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud pública con énfasis en la estrategia de atención primaria; participar en la formación y desarrollo de RRHH en salud pública especialmente en atención primaria de la salud
Universidad Nacional de Tucumán (UNT) Fac. de Medicina	Público	Magíster en Salud Pública	Perfeccionar el desempeño del sector salud en términos de equidad, eficacia, eficiencia y participación social a través de la capacitación del recurso humano. Preparar profesionales de Ciencias de la salud aptos para actuar con éxito en un sector cambiante
Universidad Nacional de Tucumán (UNT) Fac. de Medicina	Público	Especialización en Dirección de Sistemas de Salud	
Universidad Nacional de Tucumán (UNT) Fac. de Medicina	Público	Maestría en Gestión y Dirección de Sistemas de Salud	Desarrollar Recursos Humanos para el Gerenciamiento de Servicios y la Dirección de los Sistemas de Salud (Subsectores Público, Privado y Obras Sociales). Desarrollar las actitudes y aptitudes en el enfoque multidisciplinario
Universita Di Bologna (UNIBO). Sede Buenos Aires	Privado	Maestría en Políticas y Gestión de Salud	Permitir a los participantes completar y actualizar las capacidades de solución de problemas dirigenciales, administrativos y gestionales; por otra parte, busca innovar los servicios sanitarios y sociales para la salud.

Institución	Sector	Carrera	Objetivos
UNLP Fac. de Cs. Ec.	Público	Maestría en Economía de a Salud y Administración de Organizaciones de Salud	Profundizar el análisis del Sector Salud, haciendo foco en las particularidades de tal Mercado. Precisar los fundamentos y el campo de aplicación de la Administración Sanitaria y la Economía de la Salud. Evidenciar la vinculación de los procesos económico-sociales-sanitarios
UNLP Fac. de Cs. Ec.	Público	Especialización en Gestión de Organizaciones de Salud	Fomentar e instalar el debate y análisis reflexivo sobre las características y estado actual del sector de la salud a fin de vislumbrar la utilidad de las herramientas del management para la conducción racional de las Organizaciones sanitarias.
UNLP Fac. de Cs. Médicas	Público	Maestría en Salud Publica Orientaciones: Sistemas de Salud - Sistemas Municipales de Salud - Establecimientos y Servicios de Atención Medica	Adquisición por parte de los Mastrandos de conocimientos, habilidades y actitudes para conducir, programar y administrar sistemas de salud con el enfoque de la gerencia estratégica, aplicando una estrategia integral de salud publica

Anexo VII

Modelo: esquema de carga de carreras de posgrado analizadas

Carrera	Obj.	Contenidos		Fuente de información	Institución	Modalidad		Sector		En vigencia	Tipo		Año en que comienza a dictarse	Acreditación Posee		Orientaciones Posee	
		Area Problemática	Ejes temáticos			Pres.	Dist.	Publico	Privado		Esp.	Mg.		Si	No	Si	No

Anexo VIII

Tablas de Trabajo Inicial y Final Áreas problemáticas

Segunda instancia de agrupamiento

Tercera instancia de agrupamiento

Contenido Area Problemática 1° etapa de agrupamiento	Contenido Area Problemática 2° etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 1° agrupamiento	Cant. de carreras 2° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Area Problemática 3° etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 2° agrupamiento	Cant. de carreras 3° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
Acreditación de establecimientos de salud	Acreditación de establecimientos	1	1	2,3%	Acreditación de establecimientos	1	1	2,3%
Administración de Aseguradoras de servicios de salud	Administración	1	17	39,5%	Administración	17	17	39,5%
Administración de Organizaciones para la Discapacidad	Administración	1			Administración			
Administración de Servicios de Salud	Administración	1			Administración			
Administración de Sistemas Sanitarios	Administración	4			Administración			
Administración Hospitalaria	Administración	2			Administración			
Administración Sanitaria	Administración	3			Administración			
Administración y Gestión	Administración	2			Administración			
Análisis Demográfico	Demografía	1	1	2,3%	Demografía	1	1	2,3%
Análisis Epidemiológico	Análisis Epidemiológico	12	26	60,5%	Análisis Epidemiológico	26	26	60,5%
Antropología filosófica	Antropología	1	1	2,3%	Antropología	1	1	2,3%
Aspecto Sociológico de la Salud	Sociología	1	9	20,9%	Sociología	9	9	20,9%
Bioética	Ética	5	7	16,3%	Ética	7	7	16,3%
Calidad de la atención	Calidad	1	5	11,6%	Calidad	5	5	11,6%
Calidad en la gestión clínica del paciente	Calidad	1			Calidad			
Calidad. Rol de la dirección estratégica de la calidad en la gestión sanitaria	Calidad	1			Calidad			
Cambio e Innovación	Cambio e Innovación	1	1	2,3%	Cambio e Innovación	1	1	2,3%
Campo de la Salud Mental	Campo de la Salud	1	3	7,0%	Campo de la Salud	3	3	7,0%
Campo de la Salud Pública	Campo de la Salud	2			Campo de la Salud			
Caracterización del Mercado de Salud	Mercado Sanitario	6	6	14,0%	Mercado Sanitario	6	6	14,0%
Comportamiento Organizacional	Sociología Organizacional	1	4	9,3%	Sociología Organizacional	4	4	9,3%
Comunicación en Salud	Comunicación	2	3	7,0%	Comunicación	3	3	7,0%
Control social sobre la asistencia y Gestión en Salud	Sociología	1			Sociología			
Cooperación nacional e internacional	Comunicación	1			Comunicación			
Derecho Público	Derecho	1	2	4,7%	Derecho	2	2	4,7%
Derecho y Salud ambiental	Derecho	1			Derecho			
Dirección de Calidad	Calidad	1			Calidad			
Dirección y Gestión de Org. sanitarias	Gestión	1	28	65,1%	Gestión	28	28	65,1%
Dirección, Coordinación y Planificación de Áreas Asistenciales y Administrativas	Gestión	1			Gestión			
Disciplinas Instrumentales. Su importancia		1						
Economía y Salud	Economía y Salud	15	15	34,9%	Economía y Salud	15	15	34,9%

Contenido Area Problemática 1ª etapa de agrupamiento	Contenido Area Problemática 2ª etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 1º agrupamiento	Cant. de carreras 2º agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Area Problemática 3ª etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 2º agrupamiento	Cant. de carreras 3º agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
Educación y Salud	Educación y Salud	1	1	2,3%	Educación y Salud	1	1	2,3%
Efectividad clínica	Efectividad clínica	1	1	2,3%	Efectividad clínica	1	1	2,3%
El diagnóstico de Salud	Salud Pública	1	5	11,6%	Salud Pública	5	5	11,6%
El enfoque de género	Enfoque de género	1	1	2,3%	Enfoque de género	1	1	2,3%
Empresa, Sociedad y Economía	Sociología Organizacional	1			Sociología Organizacional			
Estadística e Investigación	Estadística	6	6	14,0%	Estadística	6	6	14,0%
Estudio de las Organizaciones sociales	Sociología Organizacional	2			Sociología Organizacional			
Ética	Ética	2			Ética			
Evolución de la concepción de la Calidad en Salud	Calidad	1			Calidad			
Evolución de los Sistemas Sanitarios	Evolución de los Sistemas Sanitarios	1	4	9,3%	Evolución de los Sistemas Sanitarios	4	4	9,3%
Financiamiento de Servicios de Salud	Financiamiento	1	1	2,3%	Finanzas	1	4	9,3%
Gerenciamiento	Gestión	2			Gestión			
Gestión de la Calidad	Gestión	1			Gestión			
Gestión de la Información científica en Org. de Salud	Gestión	1			Gestión			
Gestión de la inteligencia emocional	Gestión	1			Gestión			
Gestión de Org. de Salud	Gestión	2			Gestión			
Gestión de organizaciones, programas y proyectos de salud ambiental	Gestión	1			Gestión			
Gestión de Servicios	Gestión	4			Gestión			
Gestión del bienestar del equipo de Salud	Gestión	1			Gestión			
Gestión enfocada en la calidad	Gestión	1			Gestión			
Gestión Operativa de la atención	Gestión	1			Gestión			
Gestión Presupuestaria y Control de Gestión	Presupuestación	3	3	7,0%	Finanzas	3		
Gestión Sanitaria	Gestión	11			Gestión			
Herramientas para la toma de decisiones	Teoría de la decisión	1	1	2,3%	Teoría de la decisión	1	1	2,3%
Importancia de la Información para la Gestión	Sistemas de información	2	2	4,7%	Sistemas de información	2	2	4,7%
Introducción a la Administración	Administración	1			Administración			
Investigación. Metodología	Metodología de la Investigación	23	23	53,5%	Metodología de la Investigación	23	23	53,5%
La Salud Pública. Funciones esenciales	Salud Pública	1			Salud Pública			
La transición epidemiológica	Análisis Epidemiológico	1			Análisis Epidemiológico			
Las Políticas de Salud Mental	Políticas de Salud	1	2	4,7%	Políticas de Salud	2		
Las Políticas de Salud y el desarrollo de sistemas de Salud	Políticas de Salud	1			Políticas de Salud			

Contenido Area Problemática 1ª etapa de agrupamiento	Contenido Area Problemática 2ª etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 1º agrupamiento	Cant. de carreras 2º agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Area Problemática 3ª etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 2º agrupamiento	Cant. de carreras 3º agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
Medio ambiente y salud	Medio ambiente y salud	3	5	11,6%	Medio ambiente y salud	5	5	11,6%
Modelos de Sistemas de Salud	Evolución de los Sistemas Sanitarios	1			Evolución de los Sistemas Sanitarios			
Planificación	Planificación	1	3	7,0%	Planificación	3	3	7,0%
Planificación y Políticas	Planificación	1			Planificación			
Política de Empresa	Planificación	1			Planificación			
Políticas Sociales y de Salud	Políticas y Programas de Salud	4	5	11,6%	Políticas y Programas de Salud	5	7	16,3%
Programas, servicios y recursos de salud	Políticas y Programas de Salud	1			Políticas y Programas de Salud			
Responsabilidad legal	Responsabilidad Legal	1	1	2,3%	Responsabilidad Legal	1	1	2,3%
Respuesta social a las necesidades de Salud	Sociología	2			Sociología			
Rol del Estado en la salud bucal y su gestion	Rol de Estado en Políticas de Salud	1			Rol de Estado en Políticas de Salud			
Rol del Estado en las Políticas de Salud	Rol de Estado en Políticas de Salud	3			Rol de Estado en Políticas de Salud			
Rol del Estado en las Políticas Públicas	Rol de Estado en Políticas de Salud	5	10	23,3%	Rol de Estado en Políticas de Salud	10	10	23,3%
Rol del Estado en las Políticas Públicas de discapacidad	Rol de Estado en Políticas de Salud	1			Rol de Estado en Políticas de Salud			
Salud ambiental	Medio ambiente y salud	1			Medio ambiente y salud			
Salud ambiental en la politica y planificacion gubernamental	Medio ambiente y salud	1			Medio ambiente y salud			
Salud y Sociedad	Sociología	5			Sociología			
Servicios Sociales y de Salud	Evolución de los Sistemas Sanitarios	2			Evolución de los Sistemas Sanitarios			
Situación de la Salud	Salud Pública	2			Salud Pública			
Sociedad y Discapacidad	Sociedad y Discapacidad	1	1	2,3%	Sociedad y Discapacidad	1	1	2,3%
Sociedad y vejez	Sociedad y Vejez	1	1	2,3%	Sociedad y Vejez	1	1	2,3%
Teoría de la Administración	Administración	2			Administración			
Teoría y Práctica de la Salud Pública	Salud Pública	1			Salud Pública			
Teorías Epidemiológicas	Análisis Epidemiológico	13			Análisis Epidemiológico			

87			35				33	
-----------	--	--	-----------	--	--	--	-----------	--

Reducción de primera a segunda instancia de agrupamiento

60%

Reducción de primera a tercera instancia de agrupamiento

62%

Anexo IX

Tablas de Trabajo Inicial y Final Ejes temáticos

Segunda instancia de agrupamiento

Tercera instancia de agrupamiento

Contenido Ejes Temáticos	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 1° agrupamiento	Cant. de carreras 2° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 2° agrupamiento	Cant. de carreras 3° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
1° etapa de agrupamiento	2° etapa de agrupamiento				3° etapa de agrupamiento			
Abordaje del envejecimiento desde una perspectiva socio y psico y biológico	Sociología de la vejez	1	1	2,3%	Sociología de la vejez	1	1	2,3%
Administración	Administración General	1	11	25,6%	Administración General	11	11	25,6%
Administración de Programas Hospitalarios	Administración Hospitalaria	1	2	4,7%	Administración Hospitalaria	2	2	4,7%
Administración de RRHH	Gestión de RRHH	5	16	37,2%	Gestión de RRHH	16	16	37,2%
Administración de Servicios de Salud	Administración de Servicios de Salud	1	1	2,3%	Administración de Servicios de Salud	1	1	2,3%
Administración Estratégica	Administración Estratégica	1	1	2,3%	Administración Estratégica	1	1	2,3%
Administración y Gestión de Org. de Salud Mental	Administración Hospitalaria	1			Administración Hospitalaria			
Administración. El pensamiento Administrativo	Administración General	1			Administración General			
Administración. Procedimientos administrativos	Administración General	1			Administración General			
Administración. Programación de Recursos	Administración General	2			Administración General			
Administración. Teoría de la Organización	Administración General	4			Administración General			
Administración. Teoría General	Administración General	2			Administración General			
Análisis contextual	Análisis contextual	3	4	9,3%	Análisis contextual	4	4	9,3%
Análisis de información y toma de decisiones	Teoría de la Decisión	1	1	2,3%	Teoría de la Decisión	1	1	2,3%
Análisis de situación de salud bucal de la población	Análisis contextual	1			Análisis contextual			
Análisis y Diseño Organizacional	Diseño Organizacional	4	7	16,3%	Diseño Organizacional	7	7	16,3%
Aspectos Legales de la Atención de Salud	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	2	12	27,9%	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	12	12	27,9%
Aspectos Legales de la Discapacidad	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	1			Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria			
Aspectos Legales de la Gestión en salud mental	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	1			Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria			
Aspectos Legales de la Gestión sanitaria	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	5			Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria			
Aspectos sociales y Legales de la Salud Mental	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	1			Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria			
Bioética	Bioética	6	6	14,0%	Bioética	6	6	14,0%
Calidad de la atención	Calidad de atención	5	5	11,6%	Calidad de atención	5	5	11,6%
Calidad de los RRHH y la Tecnología	Calidad de la Tecnología	1	1	2,3%	Calidad de la Tecnología	1	1	2,3%
Calidad de servicios de salud. Importancia	Calidad de Servicios de Salud.	6	6	14,0%	Calidad de Servicios de Salud.	6	6	14,0%

Contenido Ejes Temáticos	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 1° agrupamiento	Cant. de carreras 2° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 2° agrupamiento	Cant. de carreras 3° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
1° etapa de agrupamiento	2° etapa de agrupamiento				3° etapa de agrupamiento			
Calidad. El costo de la no Calidad	Calidad y Costo	1	1	2,3%	Calidad y Costo	1	1	2,3%
Calidad. Evaluación cuantitativa de la Calidad	Calidad. Gestion	1	11	25,6%	Calidad. Gestion	11	11	25,6%
Calidad. Gestión de la Calidad en Instituciones de Salud	Calidad. Gestion	9			Calidad. Gestion			
Certificación y Acreditación de Calidad	Calidad. Acreditación	1	1	2,3%	Calidad. Acreditación	1	1	2,3%
Componente Salud bucal en salud publica	Salud bucal en la Salud Pública	1	1	2,3%	Salud bucal en la Salud Pública	1	1	2,3%
Comunicación	Comunicación Social y Organizacional	1	3	7,0%	Comunicación Social y Organizacional	3	3	7,0%
Comunicación Social	Comunicación Social y Organizacional	1			Comunicación Social y Organizacional			
Comunicación social y organizacional	Comunicación Social y Organizacional	1			Comunicación Social y Organizacional			
Comunicación y educación para la salud	Comunicación y educación para la Salud	3	3	7,0%	Comunicación y educación para la Salud	3	3	7,0%
Contabilidad Financiera	Contabilidad Financiera	1	1	2,3%	Contabilidad Financiera	1	1	2,3%
Contabilidad Gerencial	Contabilidad Gerencial	3	3	7,0%	Contabilidad Gerencial	3	3	7,0%
Contabilidad. Nociones grales	Contabilidad	2	2	4,7%	Contabilidad	2	2	4,7%
Control de Gestión	Control de Gestión	5	7	16,3%	Control de Gestión	7	7	16,3%
Costo y Financiamiento	Costo y Financiamiento	3	3	7,0%	Gestión Financiera	3	12	27,9%
Costos y Control	Control de Gestión	1			Control de Gestión			
Cuadro de mando integral para la gestión	Control de Gestión	1			Control de Gestión			
Demografía	Demografía	6	6	14,0%	Demografía	6	6	14,0%
Derecho Administrativo	Derecho Administrativo	1	1	2,3%	Derecho Administrativo	1	1	2,3%
Derecho y Ética	Ética	1	1	2,3%	Ética y Derecho	1	1	2,3%
Dirección de Enfermería	Gestión de Enfermería	1	1	2,3%	Gestión de Enfermería	1	1	2,3%
Dirección Estratégica de la calidad	Calidad. Gestion	1			Calidad. Gestion			
Dirección empresarial	Dirección empresarial	1	1	2,3%	Dirección empresarial	1	1	2,3%
Diseño de Políticas y Programas de Salud Mental	Diseño de Políticas y Programas de salud	1	9	20,9%	Diseño de Políticas y Programas de salud	9	9	20,9%
Diseño Organizacional	Diseño Organizacional	3			Diseño Organizacional			
Economía aplicada a salud ambiental	Economía y Salud ambiental	1	1	2,3%	Economía y Salud ambiental	1	1	2,3%
Economía de la Salud	Economía de la Salud	11	12	27,9%	Economía de la Salud	12	12	27,9%
Economía. Fundamentos	Economía	1	2	4,7%	Economía	2	2	4,7%
Economía. Introducción a la Economía	Economía	1			Economía			
Eficiencia y Equilibrio Financiero	Gestión Financiera	1			Gestión Financiera			
Enfoque sociológico de la Salud	Sociología de la Salud	1	2	4,7%	Sociología de la Salud	2	2	4,7%

Contenido Ejes Temáticos	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 1° agrupamiento	Cant. de carreras 2° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 2° agrupamiento	Cant. de carreras 3° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
1°etapa de agrupamiento	2°etapa de agrupamiento				3°etapa de agrupamiento			
Epidemiología	Epidemiología	11	12	27,9%	Epidemiología	12	12	27,9%
Epidemiología y Estadística aplicada a Salud	Epidemiología y Estadística aplicada a Salud	13	13	30,2%	Epidemiología y Estadística aplicada a Salud	13	13	30,2%
Epidemiología. Para la política y la planificación	Epidemiología para la planificación	1	1	2,3%	Epidemiología para la planificación	1	1	2,3%
Epistemología	Epistemología	1	1	2,3%	Epistemología	1	1	2,3%
Estadística Sanitaria	Estadística Sanitaria	5	6	14,0%	Estadística Sanitaria	6	6	14,0%
Estadística. Herramientas de análisis estadístico	Estadística Sanitaria	1			Estadística Sanitaria			
Estrategias de cambio	Estrategias de cambio	1	2	4,7%	Estrategias de cambio	2	2	4,7%
Estrategias Tecnológicas	Estrategias de cambio	1			Estrategias de cambio			
Evaluación de Programa y Proyectos	Evaluación de Programa y Proyectos	1	1	2,3%	Evaluación de Programa y Proyectos	1	1	2,3%
Evaluación de Proyectos de Inversión	Evaluación de Proyectos de Inversión	1	1	2,3%	Gestión Financiera	1		0,0%
Evaluación y Gestión de riesgos ambientales	Gestión de Riesgos ambientales	1	1	2,3%	Gestión de Riesgos ambientales	1	1	2,3%
Financiamiento	Financiamiento	6	6	14,0%	Gestión Financiera	6		0,0%
Financiamiento de la Salud. Introducción	Financiamiento de la salud	1	3	7,0%	Gestión Financiera en Salud	3	5	11,6%
Formulación de Políticas de Salud	Diseño de Políticas y Programas de salud	1			Diseño de Políticas y Programas de salud			
Formulación y Evaluación de Políticas y Proyectos Sociales	Diseño de Políticas y Programas de salud	6			Diseño de Políticas y Programas de salud			
Gestión de Costos en Salud	Costos sanitarios. Gestión	2	2	4,7%	Gestión Financiera en Salud	2		
Gestión de Instituciones Públicas de Salud	Gestión de Instituciones Públicas de Salud	3	3	7,0%	Gestión de Instituciones Públicas de Salud	3	3	7,0%
Gestión de la Comunicación	Comunicación. Gestión	1	1	2,3%	Comunicación. Gestión	1	1	2,3%
Gestión de la Formación de RRHH sanitarios	Gestión de RRHH	1			Gestión de RRHH			
Gestión de la Información	Gestión de la Información	1	4	9,3%	Gestión de la Información	4	4	9,3%
Gestión de la Infraestructura Hospitalaria	Gestión Sanitaria	1	11	25,6%	Gestión Sanitaria	11	11	25,6%
Gestión de Organizaciones de Salud	Gestión Sanitaria	1			Gestión Sanitaria			
Gestión de RRHH	Gestión de RRHH	10			Gestión de RRHH			
Gestión de Seguros de Salud	Gestión de Seguros de Salud	1	1	2,3%	Gestión de Seguros de Salud	1	1	2,3%
Gestión de Servicios de Salud	Gestión Sanitaria	2			Gestión Sanitaria			
Gestión de sistemas y servicios de Salud bucal a nivel macro	Gestión de Servicios de Salud bucal	1	2	4,7%	Gestión de Servicios de Salud bucal	2	2	4,7%
Gestión de sistemas y servicios de Salud bucal a nivel micro	Gestión de Servicios de Salud bucal	1			Gestión de Servicios de Salud bucal			
Gestión Estratégica	Gestión Estratégica	6	6	14,0%	Gestión Estratégica	6	6	14,0%
Gestión financiera	Gestión Financiera	1	2	4,7%	Gestión Financiera	2	2	4,7%
Gestión hospitalaria	Gestión Sanitaria	2			Gestión Sanitaria			

Contenido Ejes Temáticos 1ª etapa de agrupamiento	Contenido Ejes Temáticos 2ª etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 1º agrupamiento	Cant. de carreras 2º agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos 3ª etapa de agrupamiento	Cant. de carreras 2º agrupamiento	Cant. de carreras 3º agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
Gestión. Teorías y herramientas de Gestión	Gestión	1	3	7,0%	Gestión. Teoría y herramientas	3	3	7,0%
Gran carga horaria de metodología de la investigación	Metodología de la Investigación	1	4	9,3%	Metodología de la Investigación	4	4	9,3%
Grupos vulnerables		1						
Habilidades directivas	Gestión	1			Gestión. Teoría y herramientas			
Herramientas de la investigación epidemiológica	Epidemiología	1			Epidemiología			
Herramientas para la Gestión de Servicios de Salud	Gestión Sanitaria	1			Gestión Sanitaria			
Herramientas para la Investigación	Metodología de la Investigación	1			Metodología de la Investigación			
Historia de la Salud Pública	Historia de la Salud Pública	1			Historia de la Salud Pública			
Indicadores gerenciales	Gestión Sanitaria	1			Gestión Sanitaria			
Infomática Médica	Infomática Médica	1	6	14,0%	Infomática Médica	6	6	14,0%
Infomática aplicada a la auditoría	Infomática Médica	1			Infomática Médica			
Infomática Hospitalaria	Infomática Médica	3			Infomática Médica			
Infomática Hospitalaria y de Enfermería	Infomática Médica	1			Infomática Médica			
Introducción al Planeamiento Estratégico	Planeamiento	1	6	14,0%	Planeamiento	6	6	14,0%
Liderazgo Estratégico	Liderazgo	4	6	14,0%	Liderazgo	6	6	14,0%
Liderazgo y motivación	Liderazgo	2			Liderazgo			
Macroeconomía	Economía. Enfoque Marco	2	2	4,7%	Economía. Enfoque Marco	2	2	4,7%
Mantenimiento y Arquitectura Hospitalaria	Mantenimiento y Arquitectura Hospitalaria	2	2	4,7%	Mantenimiento y Arquitectura Hospitalaria	2	2	4,7%
Marketing	Marketing Sanitario	4	9	20,9%	Marketing Sanitario	9	9	20,9%
Marketing en sistemas de salud	Marketing Sanitario	4			Marketing Sanitario			
Marketing Sanitario y Comunicación	Marketing Sanitario	1			Marketing Sanitario			
Marketing Social	Marketing Social	1	1	2,3%	Marketing Social	1	1	2,3%
Marketing y Comunicación	Marketing	1	1	2,3%	Marketing	1	1	2,3%
Metodología de la Investigación	Metodología de la Investigación	2			Metodología de la Investigación			
Métodos cuantitativos para la toma de decisiones	Gestión	1			Gestión. Teoría y herramientas			
Microeconomía de la Salud	Economía de la Salud	1			Economía de la Salud			
Modalidades de contratación	Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria	2			Aspectos Legales de la Gestión Sanitaria			
Modalidades de evaluación externa de instituciones	Evaluación Institucional	1	1	2,3%	Evaluación Institucional	1	1	2,3%
Modalidades de organización de entes financiadores		1						
Modelos de atención centrados en el paciente y su seguridad	Modelos de Prestación	2	3	7,0%	Modelos de Prestación	3	3	7,0%

Contenido Ejes Temáticos	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 1° agrupamiento	Cant. de carreras 2° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas	Contenido Ejes Temáticos	Cant. de carreras 2° agrupamiento	Cant. de carreras 3° agrupamiento	% sobre total de carreras analizadas
1°etapa de agrupamiento	2°etapa de agrupamiento				3°etapa de agrupamiento			
Modelos de Financiamiento de servicios de salud	Financiamiento de la salud	2			Gestión Financiera en Salud			
Modelos de Gestión de Organizaciones de Salud	Gestión Sanitaria	2			Gestión Sanitaria			
Modelos de prestación de Servicios de Salud	Modelos de Prestación	1			Modelos de Prestación			
Modelos de retribución a profesionales	Gestión Sanitaria	1			Gestión Sanitaria			
Negociación	Negociación	1	1	2,3%	Negociación	1	1	2,3%
Orígenes de la Salud Pública	Historia de la Salud Pública	1	2	4,7%	Historia de la Salud Pública	2	2	4,7%
Participación Comunitaria		1						
Pensamiento Estratégico y planificación	Planeamiento Estratégico	2	6	14,0%	Planeamiento Estratégico	6	6	14,0%
Planificación	Planeamiento	3			Planeamiento			
Planificación de Servicios de Salud Mental	Planeamiento Sanitario	1	5	11,6%	Planeamiento Sanitario	5	5	11,6%
Planificación de Servicios para la Discapacidad	Planeamiento Sanitario	1			Planeamiento Sanitario			
Planificación en Salud	Planeamiento Sanitario	3			Planeamiento Sanitario			
Planificación Estratégica	Planeamiento Estratégico	4			Planeamiento Estratégico			
Planificación y Programación	Planeamiento	1			Planeamiento			
Planificación. Rol de los actores sociales en el diseño de la agenda pública	Planeamiento	1			Planeamiento			
Política de Medicamentos	Farmacogestión	2	2	4,7%	Farmacogestión	2	2	4,7%
Presupuestación	Presupuestación	3	3	7,0%	Presupuestación	3	3	7,0%
Proyectos y Programas de Salud	Diseño de Políticas y Programas de salud	1			Diseño de Políticas y Programas de salud			
Especialización en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud		1						
Rol de la Tecnología odontológica		1						
Sistemas de Información en Salud	Sistemas de Información en Salud	5	5	11,6%	Sistemas de Información en Salud	5	5	11,6%
Sistemas de Información gerenciales	Gestión de la Información	3			Gestión de la Información			
Sistemas de Salud. Evolución, conformación y objetivos	Historia de los Sistemas de Salud	1	2	4,7%	Historia de los Sistemas de Salud	2	2	4,7%
Sistemas y políticas de salud comparados	Historia de los Sistemas de Salud	1			Historia de los Sistemas de Salud			
Sociología de la Salud	Sociología de la Salud	1			Sociología de la Salud			

139		75				72		
Reducción de primera a segunda instancia de agrupamiento		46%	Reducción de primera a tercera instancia de agrupamiento			48%		

Anexo X

Matriz comparativa relavamiento por entrevista. Sinopsis del procesamiento

Variable / Dimensión consultada	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	Primeros resultados agregados			
Edad								Edad promedio	47		Rasgos Descriptivos
Sexo								Sexo	100% hombres		
Profesión								Formación de grado	6 (86%) con estudios universitarios (14%) sin completar estudios universitarios	5 CPN (83% de los profesionales), 1 Lic. en informatica, 1 sin completar carrera CPN	
Posee capacitación en Administración Sanitaria? Tipo (Identificación)								Formación de posgrado	Del total de entrevistados 5 (71%) poseen formación en administración sanitaria y 2 (29%) no poseen tal formación . De los 5, 3 (60%) poseen formación de posgrado culminada o iniciada, 2 (40%) poseen capacitación en administracion sanitaria	3 de los 6 profesionales abordaron la formación de posgrado en la especialidad sanitaria (50%)	

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados		
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7			
Cargo actual								Cargo	La denominación de la alta gerencia presenta variaciones de diferente incidencia. Mayormente gerente, luego gerente general, luego gerente administrativo ó director administrativo. Tal vez tenga que ver con la cultura org. y la importancia que adoptan en la institución la gestión sanitaria (dirección médica) Vs. la gestión administrativa. Una sola institución presenta la figura de subgerente	Perfil Profesional
Antigüedad en el mismo (años)								Antigüedad cargo actual	Menos de 1 año 2 entrevistados (29% del total de entrevistados), Mas de 1 año y menos de 5 1 (14%) y mas de 5 y menos de 10 años 3 (43%) y mas de 10 años 1(14%)	
Cómo llego al puesto?								Cómo llego al puesto	4 de ellos por carrera dentro de la Org. (57 % del total de entrevistados) y 2 por selección abierta mediante consultora (29 %); mientras que 1 sólo caso (14%) fue búsqueda pero por parte del dueño del grupo empresario.	
Ocupo previamente puesto similar?								Experiencia previa en puesto similar en otro Org.	5 (72%) de los entrevistados no ocuparon cargos similares en otras instituciones, mientras que 2 (28%) de ellos si lo han hecho. Debe destacarse también que de los 5 citados 3 (60%) poseen experiencia previa en gerencias de línea media, siendo 2(67%) en la misma institución y 1 (33%) en otra Org.	
Durante cuanto tiempo? (años)									No amerita conclusión	
Autopercepción de importancia de experiencia profesional								Autopercepción de la importancia de la experiencia previa	Para 4 (57% del total de entrevistados) de ellos es alta y para los otros 3 (43%) es Mediana	
Aspiró a ocupar un puesto gerencial sanitario?								Aspiro a ocupar este puesto en una Org. de salud	Sólo 3 (43%) de los entrevistados aspiró a ocupar la alta gerencia de una institución de salud, 2 (28,5%) de ellos la alta gerencia de una org. sin la restricción de ser sanitaria; mientras que los otros 2 (28,5%) llegaron al puesto actual solo por la inercia laboral.	

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	
Opinión sobre situación del sector de la salud								<p>Conocimiento del ambiente externo de la Org.</p> <p>El 100% de los entrevistados maneja información valiosa del afuera, siendo las preocupaciones mayormente marcadas el financiamiento y inexistencia de políticas de salud (reglas de juego) claramente definidas a nivel nacional y/o regional</p>
Opinión sobre situación de prestadores privados de LP								<p>Conocimiento de la situación de los "competidores" locales</p> <p>Todos se autodefinen, e idénticamente definen al resto de los prestadores locales, como perjudicados por no poder ser empleadores del personal prof. médico fuertemente agremiado; y destacan como positivo el hecho de estar agrupados bajo una misma cámara empresaria. Sólo 2 (29%) de los entrevistados destacó el beneficio local de disponer de abundante mano de obra calificada porporcionada por la UNLP.</p>

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	
Conoce el mercado objetivo de la Org.?								<p>Conocimiento del mercado objetivo</p> <p>El 100% de los entrevistados conoce claramente la población objetivo del servicio que brinda. Ello permite grandes ventajas a la hora de planificar el futuro de la institución y evaluar su desempeño.</p>
Conoce la participación de la Org. en el mercado.?								<p>Conocimiento del posicionamiento de la Org. respecto al resto</p> <p>5 (71%) de los 7 entrevistados conocen detalladamente la participación en el mercado de sus instituciones mientras que los 2 (29%) restantes no manejan la cifra pero sí saben donde buscarla</p>
Conoce los objetivos ppales y secundarios de la Org.?								<p>Conocimiento objetivos ppales y secundarios de la organización</p> <p>La totalidad de los entrevistados sabe perfectamente cuales son los objetivos principales y secundarios de la organización por lo que puede inferirse que conoce perfectamente hacia donde dirigir sus esfuerzos de gestión.</p>
Cuales son sus objetivos personales dentro de ella?								<p>Y en 3 (42%) de los 7 entrevistados sus objetivos personales coinciden con la organizacionales</p>

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	
Identificación de variables exógenas de impacto Positivo								<p>Identificación de variables exógenas positivas y negativas</p> <p>La totalidad de los entrevistados reconoce y describe variables exógenas que refractan sobre la organización en forma positivo o negativa, ello permite indicar que el 100% de los entrevistados posee una concepción de la organización como sistema abierto y además maneja las variables que definen la dinámica de la organización. Vale distinguir que fue mucho más pronunciada la identificación de variables de impacto negativo (todas las identificaron) mientras que 5 (71%) de 7 también identificaron variables de impacto positivo</p>
Identificación de variables exógenas de impacto Negativo								

Variable / Dimensión consultada	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	Primeros resultados agregados
	Identificación de Fortalezas de la							
Detalle								
Identificación de Debilidades de la Org.								<p>Identificación de debilidades y fortalezas de la Org.</p> <p>Todos los entrevistados identifica agilmente fortalezas y debilidades de su organización; entre la fortalezas de destaca en varios casos el tema de la importancia de la mística organización y valores eticos y morales compartidos y la calidad (pretigioso) del recurso profesional asistencial. De igual manera en caso de las debilidades la preocupacion comun entre los entrevistados es la baja tasa de profesionalizacion del personal no asistencial, las dificultades para aceptar cambios y el proceso decisorio compartido con un organo superior de particulares características (Consejos directivos)</p>
Detalle								

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados	
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7		
Distingue alguna amenaza que atente contra la sobrevivencia organizacional ?								Deteccion de amenazas	Si bien todos los entrevistados creen en la importancia de las variables externas 5 de ellos identifican amenazas claras y los otros 2 no le dan el rango de amenaza sino de cambio en el afuera, manejable por su org. Los citados detacan la judicializacion de la medicina y la dependencia de un financiador provincial (IOMA)
Detalle									
Distingue alguna oportunidad afuera que dispere un proyecto de crecimiento Org. ?								Detección de oportunidades	Si bien todos identifican la existencia de oportunidades solo 4 (57%) asocian tal oportunidad al trazado de algun proyecto de desarrollo o crecimiento; los otros 3 (43%) describen los proyectos que tienen enre manos pero no lograron vincularlo directamente a cierta oportunidad por ellos identificada. Solo uno ve una oportunidad vinculada con le financiamiento (alianzas con financiadores)
Detalle									

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	
Grupo de actores que identifica dentro de la Org.								<p>Identificación de grupos claves dentro de la Institución</p> <p>Todos identifican grupos de actores tanto de area asistencial como no asistencial destacandose en todos los casos la direccion medica y los organos jerarquia superior como Consejos directivos. De los 7 entrevistados, solo 2 consideran que el logro de objetivos organizacionales dependa del accionar conjunto de todos los grupos de actores identificados (sinergia) los 5 restantes consideran vital para tal fin la direccion medica y los organos jerarquia superior como "Consejos directivos".</p>
Grupo/s de actores directamente asociados al logro de Objetivos organizacionales								

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados	
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7		
Conoce a la unidad/area médica que genera mayores costos?								Conocimiento de la unidad asistencial que dispara mayores costos	6 (86%) de los 7 entrevistados son capaces de responder cual es la unidad medica que genera mayores costos.
Conoce a la unidad/area médica que genera mayores beneficios?								Conocimiento de la unidad asistencial mas rentable y eficiente	5 (71%) de los 7 entrevistados distinguen cual/es la unidad médica de mayor rentabilidad y la mas eficiente; 1 no dispone aun de dicha informacion dado el escaso tiempo en el cargo y el ultimo la desconoce
Distingue a la unidad médica mas eficiente?									
Distingue a la unidad médica mas efectiva?								Conocimiento de la unidad asistencial mas efectiva	6 (86%) de los 7 entrevistados puede definir a la unidad médica de su institución que resulta mas efectiva

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados	
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7		
Cómo identifica la Org. las necesidades de cambio?								Proceso de Identificación de cambios	6 (86%) de los 7 entrevistados aseguran un rol protagónico de la gerencia en el proceso de identificación de necesidades de cambio organizacional.
Quién planifica, diseña e implementa un cambio? Cómo?								Planificación de cambios	En la mayoría de los casos la planificación e implementación de cambios cuenta con una fuerte participación (impulsora e implementadora) de la gerencia.
Cómo califica la calidad del servicios que hoy brinda la Org. ?								Cómo percibe la gerencia la calidad del servicio que presta la org.	1 (14%) excelente, 2 (29%) Muy buena, 3 (43%) buena y 1 regular (14%)
Que variables son las determinantes de tal respuesta?								Identificación de variables que definen la calidad	3 (43%) de los entrevistados se basa en indicadores de resultado, 3 (43%) en indicadores de estructura y 1 (14%) en indicadores de proceso

Variable / Dimensión consultada								Primeros resultados agregados	
	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7		
Caracterización del Proceso de Toma de decisiones								Proceso de toma de decisiones "rol de la gerencia"	Todos aseguran que la gerencia participa y comparte las decisiones estrategicas con los organos de mayor jeraquia (Consejo o direcctorios y/o direccion medica) y se destaca el papel de independencia y manejo discricional para las decisiones de tipo tacticas y operativas.
Frecuencia de participación del entrevistado en los procesos de negociación.								Rol de la gerencia en procesos de negociacion	4 (57%) en todos los casos y 3 (43%) en casos especificos. Ninguno asevera no participar activamente en negociaciones
En todos los casos									
En casos especificos (Detallar)									
En ningún caso									
Descripción del mecanismo de comunicación con mandos medios y referentes ?								Mecanismos de comunicación	Todos destacan una comunicación fluida en terminos de frecuencia; por su parte en cuanto a su carácter se observan combinacion de formal e informal dependiendo del tema de comunicación; en cuanto a las formas se distribuyen entre basicamente verbal 3 (43%) del total de entrvistados y combinacion de escrita y verbal 4 (57%) del total de entrevistados.

Variable / Dimensión consultada	E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	Primeros resultados agregados	
Descripción del accionar gerencial cotidiano. Ponderación de esfuerzos									Tendencia colectiva
Cuestiones vinculadas al financiamiento (%)									30%
Cuestiones vinculadas a recursos materiales (%)									19%
Cuestiones vinculadas al manejo de RRHH (%)									29%
Cuestiones viculadas al Rol de embajador de la Institución (%)									22%
Autodefinición de Gerente *								Autodefinición de gerente según roles	3 netamente Rol hacedor, 1 netamente rol de guia, 1 netamente rol de comunicación y 2 que combinan basicamente roles hacedor y guia
Rol de Comunicación									
Rol de Guía									
Rol Hacedor / Decisor									

Anexo XI

Tablas - Primeras derivaciones relevamiento por entrevistas

Antigüedad en cargo actual	Cant.	%
Menos de 1 año	2	29%
Mas de 1 año y menos de 5 años	1	14%
Mas de 5 años y menos de 10 años	3	43%
Mas de 10 años	1	14%

Canal de acceso al puesto	Cant.	%
Carrera dentro de la Org.	4	57%
Selección abierta (mediante Consultora externa)	2	29%
Selección a cargo del propietario	1	14%

Experiencia previa en cargo similar	Cant.	%
Ocupó cargo similar en otra Org.	2	29%
No ocupó cargo similar en otra Org.	5	71%

Valoracion de la experiencia como factor de selección	Cant.	%
Alta importancia	4	57%
Mediana importancia	3	43%

Aspiración a ocupar cargo actual	Cant.	%
Claramente definida	3	42,9%
Indirectamente definida	2	28,6%
No definida	2	28,6%

Anexo XII

Tabla - Segundas derivaciones relevamiento por entrevistas

Tabla I Tendencias individuales

Ponderación de esfuerzos	Vinculados al financiamiento	Vinculados a recursos materiales	Vinculados al manejo de RRHH	Vinculados al Rol de embajador de la Institución
Entrevistado I	10%	10%	10%	70%
Entrevistado II	15%	20%	60%	5%
Entrevistado III	5%	15%	75%	5%
Entrevistado IV	10%	30%	30%	30%
Entrevistado V	80%	10%	5%	5%
Entrevistado VI	50%	20%	5%	25%
Entrevistado VII	40%	25%	20%	15%

Tabla II Tendencia colectiva

Ponderación de esfuerzos vinculados a cuestiones sobre:	Entrevistado I	Entrevistado II	Entrevistado III	Entrevistado IV	Entrevistado V	Entrevistado VI	Entrevistado VII	Tendencia colectiva
Financiamiento	10%	15%	5%	10%	80%	50%	40%	30%
Recursos materiales	10%	20%	15%	30%	10%	20%	25%	19%
Manejo de RRHH	10%	60%	75%	30%	5%	5%	20%	29%
Rol de embajador de la Institución	70%	5%	5%	30%	5%	25%	15%	22%

Anexo XIII

Tabla de análisis - Competencias Gerenciales

		Entrevistado I	Entrevistado II	Entrevistado III	Entrevistado IV	Entrevistado V	Entrevistado VI	Entrevistado VII
Competencia	En la Comunicación	75	69	64	79	71	76	Prefirió no participar de esta fase
Dimensiones	Comunicación informal	3,2	3,6	3,2	3,6	3,8	3,8	
	Comunicación formal	4,4	3,2	2,8	4,4	3,0	3,6	
	Negociación	3,6	3,6	3,6	3,8	3,8	4,0	
Competencia	Para la Planeación y la Administración	64	67	70	72	63	77	0
Dimensiones	Recopilación de información, análisis y resolución de problemas	3,4	3,6	4,0	4,0	2,8	3,8	
	Planeación y Organización de Proyectos	3,0	3,2	3,6	4,2	3,0	3,4	
	Administración del tiempo	2,8	3,2	3,4	3,6	3,8	4,2	
	Administración presupuestaria y financiera	3,6	3,4	3,0	2,6	3,0	4,0	
Competencia	En el Trabajo en Equipo	61	61	69	83	64	83	0
Dimensiones	Diseño del equipo	3,0	3,0	3,4	4,4	2,8	4,2	
	Creación de un entorno de apoyo	3,2	3,0	3,8	4,2	3,2	3,8	
	Manejo de la dinámica del equipo	3,0	3,2	3,2	3,8	3,6	4,4	
Competencia	En la acción estratégica	67	80	67	72	65	79	0
Dimensiones	Conocimiento de la industria	3,4	4,0	4,0	3,4	3,6	4,0	
	Conocimiento de la organización	3,4	4,0	3,0	3,8	3,2	4,0	
	Acciones estratégicas	3,2	4,0	3,0	3,6	3,0	3,8	
Competencia	En la Globalización	52	70	60	66	58	68	0
Dimensiones	Conocimiento y comprensión cultural	2,0	3,4	2,2	2,6	2,8	3,2	
	Apertura y sensibilidad cultural	3,2	3,6	3,8	4,0	3,0	3,6	
Competencia	En el manejo Personal	72	83	90	95	80	78	0
Dimensiones	Integridad y conducta ética	4,2	4,2	4,4	4,8	4,4	4,6	
	Dinamismo y capacidad de resistencia	4,0	4,0	4,6	4,4	3,8	4,6	
	Equilibrio entre las exigencias laborales y de la vida	2,6	4,4	4,2	4,8	4,0	2,4	
	Conocimiento personal y desarrollo	3,6	4,0	4,8	5,0	3,8	4,0	