

Análisis de una Experiencia de Mejoramiento

El Caso del Hospital San José de Monterrey, S.A. de C.V.

Monterrey, México

Presentado por:

Rodolfo Loyola Vera

## **Introducción**

Este trabajo presenta un análisis retrospectivo de una experiencia personal como Director General del Hospital San José de Monterrey, S.A. de C.V. en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México. Esta experiencia tuvo lugar durante el periodo de septiembre de 1986 a marzo de 1991, y lo que aquí presentaré, representa, mas que nada una reflexión de mi actividad directiva, por lo que les pido su comprensión ante este enfoque. He decidido hacerlo de esta manera con el objeto de compartir la problemática encontrada y los resultados obtenidos; así como también una serie de conclusiones que quiero dejarlas sujetas a su cuestionamiento, ya que sería muy pretencioso llegar a teorizar a partir de una experiencia particular. Por esto mismo, no presentaré notas bibliográficas.

Dirigir un hospital, ya sea este público o privado, grande o pequeño, representa una oportunidad única de crecimiento personal. Tomar conciencia de la responsabilidad que implica atender las necesidades, no sólo médicas, de las personas que acuden en busca de alivio a los centros de atención hospitalaria abre, para todas las personas de la organización, perspectivas nuevas que son la base de los cambios y de su aceptación, para el logro de una mejor organización.

Mucho se ha hablado de las teoremas de calidad y de mejoramiento; sin embargo, un aspecto que debemos considerar de antemano es que para que la Implementación de estos conceptos rinda sus frutos, en términos de calidad de atención, debemos modificar profundamente nuestra forma de trabajar, y en última instancia, nuestra forma de vivir. No podemos pensar que las estrategias de mejoramiento, de calidad, de productividad, de excelencia o como quiera llamarles, funcionaran sobre estructuras y sobre formas de pensar y operar anquilosadas, además de obsoletas.

Desconozco la situación que guardan, aquí en Colombia, los servicios médicos y hospitalarios; sin embargo, considero que las personas que requieren de atención tienen expectativas muy similares en los diferentes países del mundo,

o al menos podemos afirmar que desean recobrar la salud perdida y que se les reconozcan su derechos más elementales.

Para comenzar con el tema central de esta conferencia iniciaré con una breve descripción de la unidad hospitalaria que me tocó dirigir.

El Hospital San José de Monterrey, esta constituido como un sociedad anónima de capital variable, es decir como una sociedad mercantil, que opera siguiendo las directrices de un consejo de administración; que, en este caso particular, es controlado por una fundación, sin fines de lucro, que tiene como objetivo principal operar el Hospital San José como el hospital escuela de la Escuela de Medicina Ignacio A. Santos (EMIS) del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).

El ITESM es una universidad privada que opera como un sistema nacional distribuido en 26 Campus dentro del territorio de la República Mexicana; el Sistema cuenta con la citada escuela de medicina en la ciudad de Monterrey, en el norte de país. Esta escuela de medicina es pequeña y muy selectiva, ingresan anualmente 30 alumnos, por lo que su población total, a nivel de licenciatura es de 150 alumnos. A nivel de posgrado ofrece 8 especialidades: Cirugía, Oftalmología. Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Radiología Diagnóstica, Medicina Interna, Patología y Anestesióloga. En estos programas se encuentran inscritos 55 residentes.

La interrelación entre el HSJ y el ITESM se establece ya que los miembros del Consejo de Directores del ITESM son miembros de la Fundación que controla el HSJ. Debido a esta característica, el control del HSJ es llevado a cabo por el ITESM.

El HSJ entonces, como hospital privado - escuela presenta características especiales, pues los pacientes, ya sea directamente, por medio de instituciones o por medio de compañías de seguros, cubren el costo de la atención. Esta característica marca en forma definitiva la necesidad de ofrecer una atención de calidad, puesto que las fuerzas de mercado actúan directamente sobre la ocupación de las camas.

El HSJ cuenta con 150 camas, 8 de terapia intensiva para adultos, 8 para terapia intensiva neonatal, 4 para cuidados intermedios para adultos, 14 para pediatría, 20 para ginecología y las restantes para medicina interna general. Además en el área quirúrgica cuenta con 7 salas, dos de ellas para cirugía mayor que incluye cirugía cardiovascular y neurocirugía. Sus laboratorios clínico y patológico cuentan con la infraestructura necesaria para llevar a cabo los análisis que requiere la medicina de alto nivel. En el aspecto de radiología

diagnóstica se cuenta con el equipo básico, topografía axial computarizada y con un laboratorio de hemodinamia.

Cabe hacer notar que a la fecha no se cuenta con equipo de resonancia magnética nuclear. Se cuenta con un departamento de radioterapia y de medicina nuclear. En el departamento de emergencias se tiene instalado un quirófano y una sala de endoscopia además de la infraestructura necesaria para tratamiento de traumatizados y de los pacientes en paro respiratorio, esto adicional al equipo básico necesario.

Para dar una idea del volumen de operación, daré algunos datos correspondientes a 1990; el número de pacientes hospitalizados fue alrededor de 11,000, el número de cirugías sobrepasa las 7,500, el número de partos se acerca a 1,000 y el número de pacientes atendidos en el departamento de emergencias fue superior a los 10,000.

Los médicos se encuentran agrupados en un organismo independiente, llamado Cuerpo Médico del HSJ, el cual controla el otorgamiento de credenciales de acuerdo a los reglamentos aprobados por el Consejo del hospital. Este organismo agrupa alrededor de 200 médicos con el nombramiento de miembros activos y a un total de 500 con el nombramiento de asociados.

Como mencioné anteriormente, se tiene un total de 55 residentes de especialidad y los alumnos de 5o. y 6o. año de la EMIS llevan a cabo su rotación por el hospital.

En el año de 1976, el fundador del HSJ, Don. Ignacio A. Santos, dirigió una serie de reuniones con personal y médicos del propio hospital para definir lo que en ese entonces llamó el Objetivo General del Hospital San José de Monterrey. Este fue:

«El Hospital San José de Monterrey es un institución autosuficiente y no lucrativa dedicada al cuidado integral del paciente, buscando además promover la educación, la investigación y la autorrealización del personal que en él labora»

En el año de 1978, el hospital fue transferido al ITESM para ser el hospital escuela de la EMIS. Con este cambio se produjo el tradicional choque de culturas, con la consecuente problemática que puede resumirse en tres líneas generales:

- Deterioro de la relación médicos - hospital,

- Deterioro de la situación financiera, de infraestructura y del equipo y
- Disminución de la moral del personal y del nivel de servicio.

El ITESM, siendo una institución de educación superior, carecía de la experiencia y conocimiento para administrar la unidad hospitalaria. Reconociendo esto, sus directivos establecieron una alianza con el Hospital Metodista de Houston, en Texas, Estados Unidos. Esta experiencia resultó en un agravamiento de las tensiones y un mayor deterioro de las tres líneas problemáticas que mencioné anteriormente.

En estas circunstancias, las autoridades del ITESM me otorgan la confianza para dirigir el hospital y la libertad de hacer los cambios necesarios para lograr una mejoramiento global de las relaciones y de la operación.

Espero que con estos datos tengan ustedes una idea del tipo, tamaño y problemática del hospital sobre el que desarrollaré los puntos siguientes.

## **2. Análisis**

Para llevar a cabo este análisis y tomando en consideración los elementos expresados anteriormente, es conveniente iniciar por definir los elementos más importantes de esta institución y de la interpelación que existe entre ellos, insistiendo, desde mi punto de vista particular.

Iniciaré con una perspectiva del paciente. El paciente es una persona que acude al hospital con la esperanza de recuperar la salud perdida, se enfrenta a un desequilibrio fisiológico y emocional; su seguridad personal se encuentra afectada y su sensibilidad al entorno aumenta. Adicionalmente, y dado que estamos hablando en este caso de un hospital privado, los familiares juegan un papel muy importante en la evaluación de los servicios médicos y hospitalarios; y por tanto, su nivel de exigencia, tanto para sí como para su paciente, se incrementa. Ante esta circunstancia, la visión que la dirección del hospital tenga del paciente y sus familiares, será definitiva para el éxito tanto médico como económico.

La visión puede variar desde aquélla que percibe al paciente como un organismo descompuesto, una fuente de ingresos o, en el otro extremo, como una persona, con varias dimensiones, que deposita en esa institución su confianza para recobrar su salud. El elemento de ser un hospital de enseñanza añade complejidad al sistema. Imaginen ustedes la sensación de un paciente que acude al hospital en donde percibe que será sujeto de investigación. Un elemento a considerar es que para el gran público, enseñanza puede ser

confundida con investigación en el sentido de que el paciente será un conejillo de indias de los estudiantes.

Pasaré al análisis del médico. El médico es el experto y el que tiene, en el sector privado, la relación más fuerte con el paciente. La persona escoge a su médico y al menos en un 70% de las veces este último decide en que hospital será internado el paciente. Ante esta circunstancia, existe un elemento de presión hacia el hospital por parte del médico. Cabe hacer notar que en este caso, los médicos actúan en forma independiente, ejerciendo libremente su profesión y sin ligas laborales con el hospital. Aquí también la visión que la dirección del hospital tenga del médico es determinante. Por una parte, si se le considera como cliente, como era la concepción inicial en el HSJ, causa un problema muy serio al enfrentarse el hospital con un gran número de especialistas médicos exigiendo infraestructura y privilegios que surgen como consecuencia de su forma muy particular de ejercer la medicina. En el otro extremo, el hospital puede ignorar al médico y a sus requerimientos, causando entonces un ambiente de tensión que repercute en el censo hospitalario, pues como dije, si el médico tiene en la mayoría de las veces el poder de decisión, y existen alternativas en el mercado, el hospital se encuentra en desventaja.

Otro elemento fundamental en una unidad hospitalaria es el recurso humano, este aspecto es especialmente crítico debido a las interrelaciones que se establecen. El número diario de contactos que ocurren entre el personal del hospital y cada uno de los pacientes, médicos y familiares alcanza un número importante, que depende del tipo de hospital y de su enfoque. Una pregunta que surge de inmediato es ¿Cómo asegurar que cada contacto se lleve a cabo de acuerdo a las normas de servicio establecidas? Un esquema de inspección directa es la forma más ineficiente de impulsar un sistema basado en calidad en el servicio. Nuevamente, la visión que tiene la dirección de la unidad hospitalaria respecto a las personas que laboran, no solamente en la atención directa, sino en todas las actividades es determinante. Es importante señalar, como un riesgo a considerar es la rutinización de la actividad de atención, olvidando las necesidades no fisiológicas de los pacientes.

Existen otros factores importantes que influyen en la forma de operación de la unidad hospitalaria, como son: el entorno legal, la competencia, la cultura de la población, las necesidades básicas de la población, etc. Estos aspectos no los tocaré dado que el enfoque de este trabajo es hacia adentro, partiendo del supuesto que estos aspectos son conocidos y entendidos por los tomadores de decisiones, adecuando con este conocimiento las estrategias de diseño organizacional y de operación congruentes con el entorno.

En base en lo anterior, pasaré a la parte de estrategias considerando como elementos básicos al paciente, al médico y al personal.

### **3. Estrategias**

Las estrategias que expresaré a continuación no fueron implementadas en el orden en el que será expuesta, algunas fueron llevadas a cabo concurrentemente y otras en un orden diferente; sin embargo, para darles una estructura mas lógica e inteligible, las presento en la forma que sigue:

#### **3.1 Estrategias Generales**

Hablé del Objetivo General del Hospital San José y de la forma en que fue desarrollado; esta declaración aunada a la creencia generalizada de «un pasado mejor», me llevó a la decisión de rescatar del pasado este objetivo y lanzarlo como la misión del hospital, estableciendo de alguna manera un puente entre un pasado bueno y la esperanza de un futuro mejor.

Una desventaja aparente, por las características de la relación entre médicos y hospital, que surge en el texto mencionado es que los médicos no aparecen en forma explícita; esto aunado al concepto generalizado de que el médico era el cliente del hospital (ver figura 1.) hizo evidente un conflicto más importante. La nueva misión establece al paciente como centro del cuidado integral.

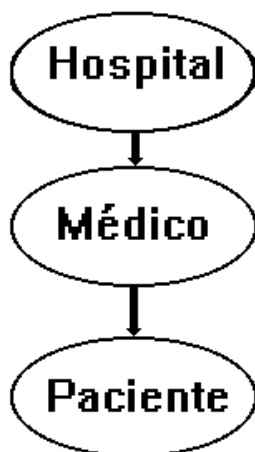


Fig. 1. Modelo del médico como cliente

Como podemos observar, el modelo del médico como cliente “aleja” al paciente del hospital y genera una gran cantidad de conflictos entre el médico y la unidad hospitalaria, pues la relación del médico, como proveedor de pacientes y el hospital brindando un servicio al médico, elimina de entrada la

capacidad del hospital para llevar a cabo de una forma adecuada los servicios profesionales que debe prestar de acuerdo a su propia definición y orientación. Esto también genera conflictos para el hospital, pues los estilos personales de llevar a cabo la práctica médica, muchas veces puede causar duplicidad de instrumental y equipo, además de conflictos con el personal.

La solución encontrada, se presenta en la figura 2.

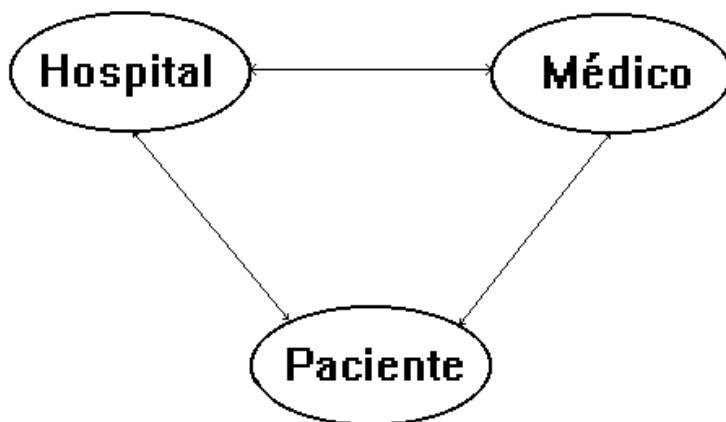


Fig. 2. Modelo de atención basado en la conjugación de esfuerzos .

El concepto que aquí se establece es construir una relación simbiótica entre el médico y el hospital para que en forma conjunta, como un equipo y siguiendo la estrategia de ganar - ganar, el paciente reciba el efecto sinérgico de esta relación.

Desde esta perspectiva, el médico deposita en el hospital a su paciente, dicta las órdenes pertinentes y permite, en un esquema de confianza, que el hospital ejecute sus labores propias y las órdenes médicas dictadas. De esta forma, el médico asegura el seguimiento correcto de su tratamiento y recibe del paciente el reconocimiento de su capacidad profesional, cobrando además sus honorarios. El hospital, por su parte, cobra sus servicios y reafirma su imagen y prestigio ante los propios médicos y ante la comunidad.

Dependiendo de la situación particular, la dificultad de Implementación de este esquema varía en complejidad. El aspecto de confianza mutua es fundamental y por eso es conveniente precisar el significado de confianza: es un juicio, acerca de la sinceridad y competencia, que hace una parte sobre la otra; con este enfoque es más sencillo poder establecer un vínculo sólido y productivo.

Basado en esta concepción, el modelo de cuidado integral del paciente se presenta en la figura 3.

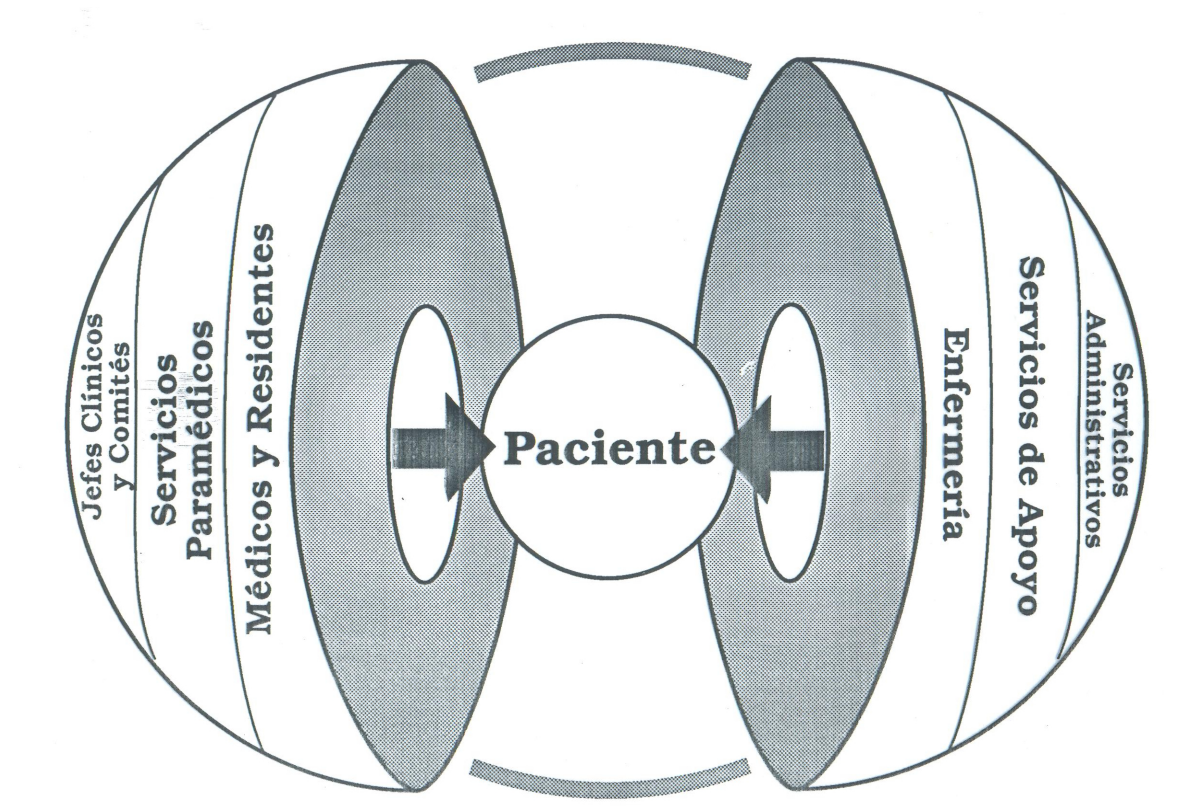


Fig. 3 Modelo De Cuidado Integral del Paciente

La forma esférica sugiere que el hospital tenga ese enfoque envolvente. Que a los ojos del paciente y sus familiares, quede evidente la orientación hacia el servicio y hacia el cuidado. Nuevamente, la idea de un equipo médico - hospital queda dentro de esta concepción.

Hasta aquí dejaré la parte de análisis global del modelo de atención y en la siguiente sección hablaré, en forma más explícita, de la estructura organizacional que puede soportar una concepción como la descrita.

### 3.2 Estrategias Estructurales

Dentro del diagnóstico inicial de la problemática del HSJ, y tomando en cuenta la forma de ser de los médicos especialistas y de la forma en que reaccionan ante la autoridad institucional fue necesario hacer ajustes a la estructura de tal manera que el rediseño tomara en consideración los siguientes principios:



- Estricto apego a las áreas de competencia y
- Estructuras jerárquicas paralelas.

El razonamiento detrás de estos principios está basado en un reconocimiento a las culturas profesionales de los grupos que interactúan en el hospital. Los médicos, al menos en este caso, presentan un orgullo profesional muy fuerte derivado de su alta competencia profesional y de su modelo de ejercicio de la profesión médica.

De aquí se deriva que debe haber un reconocimiento institucional hacia su labor, aunado a una estructura de supervisión y control ejercida por colegas, buscando dejar muy claro que las decisiones de tipo administrativo deben de ser tomadas por profesionales de esta última área; pues existe la creencia que la administración son sólo números, sin un componente real de servicio. De esta forma, el trabajo de diseño organizacional debe permitir que los profesionales de cada una de las áreas involucradas, médica y administrativa, puedan llevar a cabo su función sin interferencias, responsabilizándose cada parte de las decisiones tomadas.

Esto último implica que debe trabajarse intensamente en la claridad organizacional. Este concepto implica procesos de definición tanto de las áreas de competencia, como de las responsabilidades de cada parte.

Debe tenerse cuidado con los aspectos que se consideran “obvios”, puesto que al no aclararse y definirse en forma exhaustiva, serán fuentes de conflicto que redundarán en la calidad de la atención. El aspecto directivo de alto nivel tiene que estar claramente definido y aceptado dentro del contexto organizacional; la importancia de este punto radica en el principio administrativo básico de unidad de dirección.

El esquema de la estructura se presenta en la figura 4.

#### Fig. 4 Modelo de Estructura

Bajo este esquema, el punto a resolver es el acoplamiento de las diferentes estructuras para lograr una sola. Este concepto, debe desarrollarse alrededor de los conceptos ya expresados; principalmente alrededor del concepto “paciente como centro de la atención”

Ahora, y con el objeto de llegar a la definición de la estructura pasaré a presentar el modelo de servicio que desarrollamos y que nos permitió construir una organización con la orientación hacia el cuidado integral del paciente que nos marca la misión.

Este modelo parte de las ideas concebidas por el Prof. Paulino Martínez Vara, del ITESM - Campus Querétaro, a quien hago un reconocimiento por su capacidad de ver el mundo de formas diferentes. El modelo se basa en el desarrollo de la relación cliente proveedor, misma que es omnipresente en cualquier organización y mas aún en una unidad hospitalaria. En forma gráfica este modelo se presenta en la figura 5.

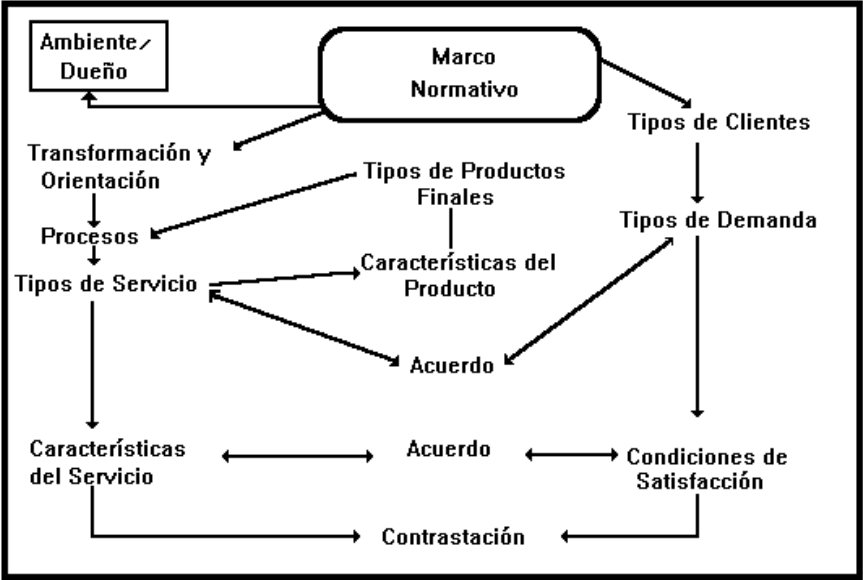


Fig.5. Modelo de servicio.

Para el análisis dividiremos el modelo primero en forma vertical, para identificar del lado izquierdo al proveedor y al cliente del lado derecho. Después, al hacer una división en forma horizontal observamos que en la parte superior izquierda se encuentran los tipos de proveedor, quienes tienen que determinar las características de los servicios que se prestarán mediante un proceso de negociación con cada tipo de clientes a los que sirve, representados en el cuadrante superior derecho. Estos últimos deben de establecer las condiciones de satisfacción de tal manera que la claridad organizacional de la que hablé anteriormente sea una realidad patente para los miembros de la organización. En la parte inferior del diagrama se establece la relación cliente proveedor en el aspecto operativo. Aquí se representan las instancias múltiples de servicio que se presentan en la atención. Expresándolo de otra forma, en la parte superior del diagrama tenemos la parte declarativa y en la parte inferior la parte operativa.

Otra característica del modelo es que integra el mejoramiento constante dentro del proceso; implicando también, una orientación a la medición.

La forma de Implementación de este modelo se encuentra íntimamente ligado a la Implementación de la estructura organizacional, ya que este es el mecanismo de acoplamiento que elimina el aparente paralelismo que se observa en la fig. 4

En forma concreta y buscando ligar los conceptos hasta ahora expresados, describiré el proceso de atención alrededor de un paciente, de una forma simplificada.

El paciente llega al hospital y para iniciar dicha atención es necesaria la intervención de médicos y enfermeras. Para que esta intervención sea llevada a cabo de una manera efectiva es necesario reconocer y aceptar las diferentes áreas de competencia de la parte médica por la parte de enfermería y viceversa; de tal manera que el acoplamiento se dé y sea transparente para el paciente. Aquí las estructuras se fusionan en el cuidado al paciente centrando cada parte la atención en su área de competencia, siempre de una forma acoplada. Nuevamente el concepto de confianza, tal como se conceptualizó anteriormente, cobra relevancia.

Hasta este punto he hablado principalmente de los modelos generales que guiaron el inicio del cambio en la organización analizada. Como el punto siguiente expresaré los principios básicos de operación que han tenido como objetivo fundamental establecer en forma sucinta los puntos centrales hacia los que debe de estar dirigido el esfuerzo organizacional y que establecen la forma de brindar el servicio. Estos principios son:

1. La razón principal de nuestra actividad es la excelencia en el cuidado al paciente y en el servicio.
2. El mejoramiento en el cuidado al paciente y en el servicio nos aseguran nuestra permanencia en el mercado.
3. Nuestro activo mas importante son las personas.
4. La educación, la capacitación y el entrenamiento de nuestro personal, son nuestra responsabilidad.
5. Todas las personas que reciban el resultado de nuestro trabajo son nuestros clientes.
6. Todos tenemos el derecho de tener claro qué es un trabajo bien hecho y como se mide.
7. Gran parte de nuestra actividad directiva y gerencial esta orientada a asegurar que exista un futuro para nuestros empleados.

8. El mejoramiento en el trabajo se logra más rápidamente fomentando la participación, la innovación y la creatividad.
9. El ambiente de trabajo en el hospital debe permitir que todos aprendamos de nuestros errores, evitando la búsqueda de culpables.
10. Es nuestra responsabilidad que todas las personas que laboran en el hospital se sientan orgullosas de su trabajo.

Si hacemos un análisis sobre ellos, podemos ver que todo gira alrededor de la persona, su desarrollo y la forma de trabajo, con fuerte énfasis en el trabajo en grupo y en la claridad organizacional.

La forma de llegar a estos principios fue de una manera personal, buscando reflejar una filosofía, no sólo de trabajo, sino de vida organizacional. Al ser declarados por la dirección genera un compromiso inmediato del mismo director con los conceptos declarados, quedando las personas que integran la organización en la posibilidad de establecer relaciones de congruencia entre lo declarado y la forma en que se lleva a cabo la acción directiva. A mayor congruencia, definitivamente se establece una dirección efectiva que permite el cambio organizacional en la dirección del servicio.

En forma clara, los conceptos expresados mandan el mensaje hacia la organización del papel que juegan las entidades que la constituye. Como punto adicional, el concepto de jefe cambia en este esquema; ahora se percibe como alguien que está orientado a la facilitación del trabajo de las personas que están bajo su responsabilidad. Por favor noten que la palabra subordinado no aparece; la razón: quien tiene el conocimiento tiene la decisión.

Entonces, la dirección en este esquema debe ser experto en dirigir, no en operar.

#### **4. Estructura del plan operativo**

Una vez que se tiene el análisis, el diagnóstico y la estrategia, el siguiente paso es la estructura del plan operativo, con el que se llega a concretar el camino desde la misión organizacional hasta los procedimientos requeridos para llevar a cabo la atención.

La estructura de dicho plan se presenta en la figura 6. Aquí podemos observar que se replican las estructuras presentadas anteriormente, agregando la parte central que se refiere a las interrelaciones que se establecen durante el proceso de atención. Adicionalmente, la estructura contempla dos dimensiones en los pacientes: la fisiológica y la psicosocial. En la primera de ellas, la caracterización, desde el punto de vista operativo, es la efectividad del

tratamiento. En cuanto a la dimensión psicosocial, la característica operativa es la calidad del servicio. En la parte de servicios hospitalarios, la parte operativa se relaciona con los procesos y su efectividad. Con esto termino la parte explicativa del proceso de cambio que nos ocupa. Pasaré a mostrarles los resultados obtenidos y algunas últimas conclusiones, que a nivel de reflexión, presentaré como corolario de esta experiencia.

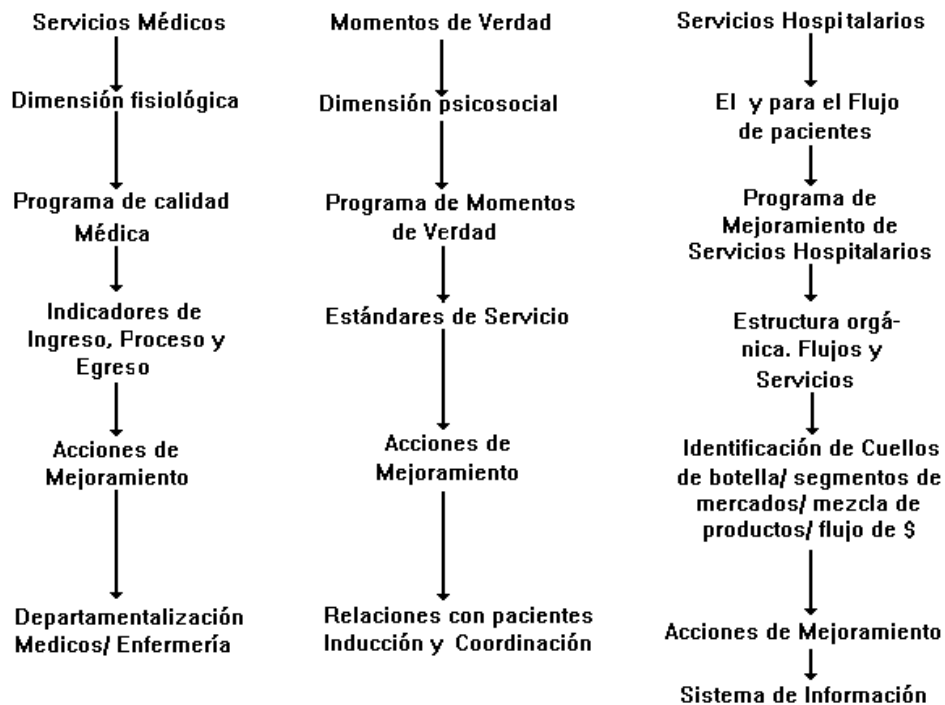


Fig. 6. Estructura del Plan Operativo

## 5. Resultados

En el aspecto cuantitativo los logros más importantes fueron:

1. Incremento del 22.9% en el número de pacientes de 1987 a 1990.
2. Incremento del 125% en las ventas totales anuales, en términos reales, durante el mismo periodo.
3. Incremento en el valor real de los activos de 18.7%, el 88.8% del incremento, con recursos propios.
4. Incremento real de 1,685% en el remanente de operación.
5. Incremento real del 934% en la participación de utilidades a los trabajadores.

6. Mejoramiento de las instalaciones físicas, destinado alrededor del 1% de la facturación total, por año.

En el rubro cualitativo:

1. Definición y aplicación de los modelos generales de relación hospital - escuela - cuerpo médico.
2. Definición y aplicación de los modelos de operación, información y comunicación externa e interna.
3. Consolidación del concepto central del hospital “El cliente más importante es el paciente”.
4. Implantación de la filosofía de mejoramiento continuo.
5. Orientación de la cultura organizacional hacia el servicio bajo el concepto de cliente - proveedor.
6. Establecimiento del concepto de trabajo en grupo como forma de operar y mejorar.
7. Establecimiento del concepto de toma de decisiones descentralizada.

## **6. Conclusiones**

Dirigir es un acto humano, es la expresión de una persona y de sus creencias. Los textos hablan de estrategias, modelos y muchas cosas; y solo algunos hablan de que siempre hay hombres y mujeres que toman una idea, la compran, la hacen suya, la viven, la expresan, la comunican, trascienden a través de ella y son seguidos. Dirigir para el cambio es lo anteriormente expresado, aunado a la autotransformación. No hay cambio si el ó la que dirige no cambia, y a mayor velocidad. Vive en dos mundos y en ninguno de ellos: el actual y el de su visión. Es difícil mantener el equilibrio. Genera gratitud, crecimiento y también resentimiento; pero es mejor estar vivo que estar muerto.

A continuación expreso algunas conclusiones personales derivadas de esta experiencia:

1. La misión es la directriz principal que establece, en forma única e indiscutible el quehacer de la organización.
2. La dirección tiene el privilegio y el deber de interpretar el sentido preciso de la misión; de tal forma que para cada miembro de la organización quede claro lo que se logrará. Todas las acciones de la dirección constituyen un mensaje a

los miembros de la organización; de aquí la importancia del punto 4, expresado a continuación. Así los Principios Básicos de Operación constituyen una estrategia que define un *a través*.

3. El liderazgo establecido por la dirección debe crear el clima propicio para que, al comunicar la misión a todos los miembros de la organización, se establezca el compromiso de lograrla.

4. La congruencia de la dirección es vital para el éxito de los esfuerzos de cambio.

5. La estructura jerárquica es un concepto obsoleto. Cada persona debe decidir en su área de competencia. Esto incluye a la dirección. De aquí se desprende que la dirección no debe interferir en la operación, pues esta fuera de su área de competencia.

6. El hospital es una organización donde las personas trabajan con personas para servir a personas. Los aspectos económicos, financieros y tecnológicos son secundarios.

7. La confianza es un aspecto fundamental. Esta es una condición necesaria, más no suficiente para el seguimiento. (hablando de liderazgo).

8. La información debe fluir, dentro de la organización de una manera rápida, dirigida y confiable. Las organizaciones que manejan información “controlada” como reducto de poder, no tienen un futuro viable. El poder, en las organizaciones exitosas de hoy, se obtiene por el conocimiento; por esto, la educación es una exigencia para que las organizaciones sean poderosas frente a sus competidores.

9. La estructura de valores de la organización debe ser congruente con la misión, su interpretación y la estrategia de implementación. El converso también es válido.

10. La energía que se dilapida en acciones orientadas a la búsqueda de posiciones organizacionales, deja de invertirse en actividades productivas; por tanto, son contrarias a la misión y deben evitarse. Nadie en la organización tiene el derecho de destruir el trabajo de otra persona.

11. Cualquier persona, en la organización puede comunicarse con cualesquier otras. Algunas veces, esto funciona solamente de quien tiene la autoridad hacia otros. Grave error.

12. La política de puertas abiertas, incluyendo las puertas de la mente, ayuda a mantener al director con los pies en el suelo.

13. Las personas no sabemos participar, debemos ser entrenadas para ello.

14. Las únicas personas tontas dentro de las organizaciones son aquellas que califican así a las demás.

15. En la teoría es muy fácil decir que los problemas personales pueden desligarse de los profesionales. Esto es difícil en la práctica, además nos limita en el conocimiento de las personas, de sus posibles debilidades y del impacto de estas últimas en la organización.

Como nota final: el cómo hacer lo anterior depende de quien lo haga; realmente no es relevante pues no puede repetirse. Sucedió en una circunstancia y tiempo que ya no existe. Es mejor entender el concepto.

Agosto 1992