

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CARIBBEAN INTERNATIONAL UNIVERSITY
DECANATO DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS GERENCIALES**



**GERENCIA SINTAGMATICA EN SERVICIOS ASISTENCIALES PARA
OPTIMIZAR GESTION EN HOSPITALES VENEZOLANOS TIPO III Y IV**

**Trabajo presentado como requisito para optar al Grado de Doctor en
Ciencias Gerenciales**

**Autor: Jorge Eliecer Andrade
Tutor: Prof. Alexis Agüero**

Curaçao, 16 Agosto, 2014.

APROBACION DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo de grado o Tesis Doctoral presentado por el ciudadano Jorge Eliecer Andrade, portador de la cédula de identidad No. 4.537.504, para optar al título de Doctor en Ciencias Gerenciales considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a consideración, presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designa.

En la ciudad de Caracas, a los veintisiete días del mes de Julio de 2014.

Firma


Dr. Alexis Agüero

CI:3.972470

INDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA.....	i
APROBACION POR TUTOR.....	ii
INDICE GENERAL.....	iii
LISTA DE CUADROS.....	viii
LISTA DE GRAFICOS.....	x
LISTA DE ESQUEMAS.....	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCION.....	15
CAPITULO.....	23
I. EL PROBLEMA.....	23
Planteamiento del Problema.....	23
Formulación y Sistematización del Problema.....	35
Objetivos de la Investigación.....	67
Objetivo General.....	67
Objetivos Específicos.....	67
Justificación e Importancia de la Investigación.....	68

II. MARCO TEORICO.....	78
Antecedentes de la Investigación.....	78
Bases Teóricas.....	95
Gerencia Sintagmática.....	95
Sintagma como núcleo de la Gerencia.....	101
Actividades estratégicas de la gerencia sintagmática.....	121
Optimización en Procesos Asistenciales.....	129
Impacto de la Optimización en Servicios de Emergencia Hospitalaria Venezolana.....	149
Evolución del Hospital hacia una Empresa de Servicios.....	162
Gestión Hospitalaria.....	179
Misión Barrio Adentro.....	182
Planificación Estratégica en Hospitales.....	188
III. MARCO METODOLOGICO.....	219
Tipo de Investigación.....	222
Diseño de Investigación.....	223
Argumentación del Método Cuantitativo en Investigación.....	225
Población y Muestra del estudio.....	227
Población en Estudio.....	227
Muestra en Estudio.....	232
Sistema de Variables.....	237
Contextualización de Variables para el Estudio.....	237
Operacionalización de Variables e Indicadores.....	244

Técnica e Instrumentos de recolección de Datos.....	248
Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	254
Validez del Instrumento.....	254
Confiabilidad, Fiabilidad o Congruencia Interna.....	256
Técnica de Análisis de Datos.....	259
IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	264
Variable. Proceso de gestión asistencial hospitalaria.....	264
Variable. Estilo de planificación asistencial.....	269
Variable. Proceso de planificación estratégica.....	273
Variable. Planificación estratégica para toma de decisión.....	277
Variable. Gerencia Sintagmática asistencial y Gestión optima Hospitalaria.....	283
Discusión e interpretación de resultados obtenidos.....	286
Argumentación para la discusión de resultados.....	286
Significado e interpretación de hallazgos para la discusión.....	288

V. LA PROPUESTA.....	322
Introducción de la propuesta.....	322
Objetivos de la propuesta.....	334
Objetivo general de la propuesta.....	334
Objetivos específicos de la propuesta.....	334
Fundamentación de la propuesta.....	335
Modelos teóricos sobre gerencia sintagmática.....	342
Modelo lógico proposicional de gerencia sintagmática.....	344
Modelo de gerencia sintagmática sustentado en preceptos onto-epistemicos.....	353
Modelo eulerizado de gerencia sintagmática.....	360
Diseño metodológico y ejes articulantes de la propuesta.....	367
Fases de implementación de la propuesta.....	370
Recursos para la ejecución de la propuesta.....	374
Análisis de factibilidad de la propuesta.....	376
Factibilidad general de la propuesta.....	376
Factibilidad técnica.....	377
Factibilidad sociocomunitaria.....	379
Factibilidad económica.....	380
Factibilidad política.....	381
Factibilidad humana.....	382
CONCLUSIONES.....	312
RECOMENDACIONES.....	319
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	383

ANEXOS.....	391
Anexo A. Instrumento tipo cuestionario.....	392
Anexo B. Formato de validación del instrumento.....	396
Anexo C. Resultados de la validación experta. Coeficiente de <i>Haynes</i> . Acuerdos y desacuerdos.....	398
Anexo D. Resultados de la prueba piloto Hospital Rafael Zamora Arévalo. Valle de la Pascua. Estado Guárico, 2011.....	399
Anexo E. Cronograma administrativo presupuestario. Plan de Ejecución financiera. Proyecto de investigación.....	401
Anexo F. Cronograma de actividades. Plan de ejecución. Proyecto De Tesis.....	402
Anexo G. Flujograma situacional del contexto problemático Hospitalario.....	403

LISTA DE CUADROS

	CUADROS	Pag.
1	Ejes articulares de la propuesta de gerencia sintagmática.....	119
2	Matriz de sistemas sanitarios por categorías y tendencias.....	171
3	Definición y distribución de actividades y tiempos de ejecución de MBA-III, 2006-2009.....	186
4	Distribución de la población y muestra por establecimientos, departamentos y servicios encuestados en hospitales tipo III y IV.....	228
5	Distribución de hospitales tipo III evaluados por Entidad Federal.....	230
6	Distribución de hospitales tipo IV evaluados por Entidad federal.....	231
7	Distribución muestral según servicio asistencial en hospitales tipo III y IV, sector público venezolano.....	233
8	Matriz para caracterización de la situación problemática observada.....	237
9	Contextualización de variable del objetivo específico 5 del estudio.....	241
10	Operacionalización de variables e indicadores sobre gerencia sintagmática en el contexto de la organización hospitalaria venezolana, 2013.....	246
11	Distribución de frecuencias correspondientes a la variable proceso de gestión asistencial.....	265
12	Distribución de frecuencias correspondientes a la variable de planificación asistencial.....	269

13	Distribución de frecuencias correspondientes para la variable proceso de planificación estratégica.....	274
14	Distribución de frecuencias de la variable plan estratégico para la toma de decisión.....	278
15	Distribución de frecuencias correspondiente a la variable gerencia sintagmática y gestión hospitalaria.....	283
16	Resumen de observaciones agrupadas por variables e indicadores.....	286
17	Distribución de las horas y acto quirúrgico.....	304
18	Diseño de talleres de capacitación gerencial.....	372
19	Indicadores de gestión para la propuesta.....	376

LISTA DE GRAFICOS

	GRAFICOS	Pag.
1	Valores promedios porcentuales de los <i>ítems</i> de la variable proceso de gestión asistencial (<i>ítems</i> 1 al 5).....	266
2	Valores porcentuales promedio de la variable estilo de planificación gerencial (<i>ítems</i> 6 al 9).....	270
3	Valores porcentuales promedios de la variable proceso de planificación estratégica (<i>ítems</i> 10 al 13).....	277
4	Distribución porcentual de la variable plan estratégico para la toma de decisión (<i>ítems</i> 14 al 24).....	282
5	Relación porcentual de los resultados de la variable gerencia sintagmática y gestión optima hospitalaria (<i>ítems</i> 22 al 25).....	285

LISTA DE ESQUEMAS

	ESQUEMAS	Pag.
1	Tipo de acciones estratégicas y estrategias derivadas.....	202
2	Momentos y planos de la planificación estratégica.....	208
3	Distribución, tipo y relaciones entre variables en estudio.....	242
4	Representación lineal de la escala de puntuación <i>Likert</i>	288
5	Interpretación grafica de los indicadores de desempeño cama- hospital.....	293
6	Desempeño cuantitativo de la cama hospital.....	294

LISTA DE FIGURAS

	FIGURAS	Pag.
1	Modelo de gerencia sintagmática para optimizar la gestión Hospitalaria.....	121
2	Representación del principio sintagmático.....	124
3	Ciclo económico en el hospital.....	175
4	Ciclo económico y relación demanda-oferta.....	176
5	Evolución histórico de la estrategia y gestión empresarial.....	178
6	Evolución histórica de la gestión hospitalaria.....	179
7	Misión integrada de los hospitales.....	182
8	Modelo lógico de gerencia sintagmática hospitalaria.....	345
9	Razonamiento lógico deductivo mediante silogismo.....	347
10	Modelo epistémico sustentado en la gerencia hospitalaria.....	356
11	Modelo eulerizado de gerencia sintagmática.....	362

Gerencia Sintagmática en Servicios Asistenciales para Optimizar Gestión en Hospitales del Sector Público Venezolano tipo III y IV.

Jorge Eliecer Andrade
dspunerg@gmail.com

Año: 2014

RESUMEN

El propósito de la investigación es responder a la demanda de servicios asistenciales. Bajo esta perspectiva se presenta un modelo de Gerencia Hospitalaria para transformar hospitales venezolanos tipo III y IV. El modelo representa una guía para optimizar la gestión hospitalaria. De acuerdo a los objetivos la metodología, se ubica dentro del paradigma positivista, con una estrategia de investigación de campo, con la que se busca describir y explicar la realidad hospitalaria siguiendo un diseño reflexivo-crítico, combinando el enfoque multimétodo bajo una estrategia de integración de paradigmas. La población quedó compuesta por dieciséis profesionales con cargos gerenciales y la selección muestral obedece a once jefes de servicios asistenciales (68,75% de la población). La obtención de datos se realizó mediante cuestionario tipo *Likert*, con preguntas cerradas policotómicas. El instrumento fue validado por expertos y se obtuvo coeficiente *Haynes* altamente confiable de 0,96, (Ruiz Bolívar, 2003). El coeficiente alfa de *cronbach* fue de 0,69 (alta confiabilidad). Los datos se procesaron mediante análisis estratégico; relación de causa-efecto; flujograma situacional; vectores descriptores del problema y matriz de marco lógico. Para la discusión, las variables se agruparon, analizaron y tabularon mediante estadística descriptiva porcentual, tendencia central, distribución de frecuencias, y cálculos de DE, con LC_{95%}, y EE_{5%}. Por inferencia, se asoció resultados con instituciones hospitalarias y gestión administrativa. Los hallazgos proporcionaron base para una propuesta de Gerencia Sintagmática en Hospitales tipo III y IV, orientada hacia una organización inteligente y horizontal, involucrando cooperación de equipos con alto desempeño, metas a largo plazo y asumiendo el sintagma como núcleo de gerencia hospitalaria desde la óptica de la dialéctica organizacional centrada en el usuario como corpus holístico.

Descriptores: Gestión Hospitalaria, Gerencia Asistencial, Hospital Productivo.

Syntagmatic Management In Care Services To Optimize Management In Hospitals The Venezuelan Public Sector Type III And Type IV

**Jorge Eliecer Andrade
Curaçao, 2014**

ABSTRACT

The purpose of the research is to answer the demand for care services. In this perspective a management model is presented a model of hospital management to transform Venezuelans hospitals type III and IV. The model represents a guide to optimize the hospital management. According to the objectives and methodology, focuses on the positivist paradigm, field research whose purpose is to describe and explain hospital reality following a reflective-critical design, composite with multimethod approach low integration strategy paradigms. The population was composed of sixteen professionals with management responsibilities and sample selection obeys to eleven heads of care services (68,75% of the population). Data collection was conducted through a questionnaire with closed policotomic questions and type *Likert* answers. That instrument was performed a study that instrument was performed a study on content validity by expert judgment managerial and methodological area. Coefficient of *Haynes and Ruiz* scale and *Bolivar* was used with an index of 0.96 or highly reliable Cronbach's alpha coefficient was 0.69 (high reliability). The data were processed the data were processed by a strategic analysis; in a cause-effect relationship situational flowchart, vector and matrix descriptors of the problem and logical framework. For discussion, the variables were grouped, analyzed and tabulated using descriptive statistics percentage, central tendency, frequency distribution and load DE, LC_{95%} and EE_{5%}. By inference, results were associated with hospitals and administrative management. The findings provided basis for a proposal for a Syntagmatic Management in Hospitals Type III and Type IV that routes to a smart and horizontal organization involving cooperation of high-performing teams, long-term goals and taking the syntagma as core hospital management from the perspective of organizational dialectic as user-centered holistic corpus.

Descriptors: Hospital Management, Health Care Management, Productive Hospital

INTRODUCCION

El sistema de salud de Venezuela sobre el cual se rigen los centros hospitalarios públicos corresponde a un sistema organizado de hospitales centralizados en redes, conformando un nivel de administración y gerencia definido en un tercer nivel de atención en salud. Se prevé que está diseñado para actuar en coordinación con un extenso nivel operativo y disponibilidad tecnológica según la complejidad de la organización. Como institución hospitalaria enmarca las diferentes categorías de gestión de este tipo de organización sanitaria con sus respectivas pautas sanitarias.

De manera que la Administración Pública Hospitalaria puede considerarse un sintagma de límites imprecisos, pero perfectibles que incluye un conjunto de organizaciones públicas, diversidad de instituciones sanitarias, multiplicidad de funciones, que se regulan con carácter normativo los establecimientos de salud, asumiendo la función administrativa pública, la gestión del Estado y la regulación de otros entes públicos con personalidad jurídica, ya sean de ámbito regional, estatal, municipal o local.

No obstante, la gerencia hospitalaria como profesión, es la llamada al encuentro del hospital postmoderno así como servir de guía para las políticas sanitarias del país. Mediante fundamentos racionales la reorientación del hospital público tradicional es una necesidad social y política. En este contexto el fundamento sintagmático surge como una opción integradora en la toma de decisiones organizacionales para ofrecer los conceptos pertinentes centrados en el proceso asistencial destinado al usuario de las organizaciones hospitalarias, uniendo esfuerzos con las ciencias gerenciales y ciencias administrativas en un reencuentro en las ciencias de la salud.

Actualmente los hospitales son organizaciones prestadoras de servicios asistenciales que asumen cambios y adaptaciones permanentes en función de mantener una población saludable. La acción gerencial consiste en el aprovechamiento al máximo de los conocimientos administrativos para mejorar la eficacia y la eficiencia al prestar un servicio hospitalario. El progreso de los hospitales puede verse como un resultado de la capacidad gerencial para responder a los desafíos por cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos.

Por tal motivo, en estas condiciones advertimos sobre la necesidad de un enfoque gerencial sintagmático y una gestión óptima de centros productivos asistenciales como guía epistemológica orientadora. Tan importante es el proceso de atención en salud como importante es el proceso gerencial en la administración hospitalaria. El progreso médico-hospitalario brinda oportunidades para combinar esfuerzos científicos, filosóficos, antropológicos y sociológicos entre otros para que lo racional se acerque a lo empírico y viceversa, sin extremismos de ambas posiciones. Por lo habitual y siguiendo las reglas lógicas de la gerencia, la razón elabora contenidos, la investigación lo valida y la experiencia los universaliza.

Se observa entonces, que, en el sector público de atención hospitalaria la gerencia depende directamente de un nivel central que lo dirige, por consiguiente se presentan deficiencias propias en la administración, gestión y gerencia hospitalaria, que se acumulan y conducen a problemas con impacto en áreas asistencial y operativo.

La gerencia hospitalaria tiene un significado organizacional, que se expresa en los distintos niveles de complejidad formando una entidad indivisible de un sistema bien equilibrado que incluye los servicios asistenciales. La falta de integridad en el ámbito técnico y profesional

genera limitantes, el cual agravado por las carencias de recursos en servicios, ha conducido en los últimos veinticinco años a un creciente deterioro de las condiciones en la red hospitalaria en el Estado Venezolano.

La red hospitalaria venezolana, en especial los hospitales tipo III y IV, adolecen de importantes limitaciones según las variables estudiadas y contextualizadas. Limitaciones que se observan y tienen expresión en el modelo de atención, operatividad, infraestructura hospitalaria y gestión asistencial gravitando sobre su gerencia integral.

En la práctica, especialmente en la administración de hospitales públicos, las recomendaciones y estrategias teóricas suelen presentar una indeseable divergencia con la experiencia real. Como profesión, la gerencia hospitalaria, por lo general, requiere de conocimiento avanzado en desarrollo organizacional, el cual prepara a los profesionales, aún aquellos sin carreras médicas, para administrar las necesidades específicas y abordar los desafíos de un hospital. La administración hospitalaria está concebida como una especialidad de la administración en salud enfocada a la autonomía de la gestión de los servicios y de las instituciones hospitalarias.

En el pasado, la administración de un hospital estaba a cargo de médicos con mayor antigüedad asistencial y autoridad. En su evolución y progreso por América Latina, la administración hospitalaria se fortaleció como especialidad, tomando diversos matices desde la descentralización de los hospitales hasta la intención de una autonomía de gestión. Por lo tanto este lapso históricamente se divide en dos periodos, uno cargado de valores modernos y otro con valores posmodernos. Al igual que la gestión de empresas industriales, la administración hospitalaria se basa en estrategias para conseguir una mejor relación entre la calidad, servicios y esfuerzos por lograr eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación hospitalaria.

La administración pública de salud es amplia para cualquier organización operativa, incluso todo un sector sanitario. Se considera la designación del director médico del hospital poseedor de un rango de autoridad conferida en función de una estructura jurídica de la organización, por cuanto cumple entre sus funciones recibir recursos, administrarlos, gerenciarlos y redistribuirlos en diversos servicios asistenciales, así como también poner en práctica todos los lineamientos enviados desde la gerencia de nivel nacional.

Cada capítulo presentado en este estudio está preparado para proveer al gerente de los servicios asistenciales detalles teórico-prácticos y metodológicos que sirvan de apoyo en la implementación de un modelo de gerencia sintagmática hospitalaria. El estudio busca orientar respuestas ante situaciones en las cuales se requiere de soluciones en el menor plazo posible con mayor rendimiento asistencial y menor coste posible para el Estado.

Es por ello, que se busca optimizar la administración hospitalaria, mediante nuevos enfoques gerenciales, para asumir el manejo racional de los recursos, enfocado en disponer de inventarios reales que proporcione las ventajas de una gerencia competitiva que favorezca en primer nivel el área operativa asistencial desde los servicios de apoyo diagnóstico y terapéuticos, así como los servicios básicos o médicos, favoreciendo la atención centrada en el usuario como depositario final del acto profesional en la red hospitalaria.

De este modo, desde la coordinación de servicios hospitalarios se priorizarán las necesidades y finalmente las acciones conjuntas para un replanteamiento asistencial. El objetivo que se persigue al final de la investigación es una reingeniería de procesos gerenciales asistenciales

hospitalarios, con la incorporación activa de los usuarios, la participación del personal profesional y la comunidad organizada.

En el ámbito hospitalario, la calidad de los servicios se ve influenciada por las habilidades técnicas y de gestión del equipo humano del hospital. Por lo tanto, el talento humano es considerado como el recurso más importante del sistema de atención hospitalaria. El rendimiento del hospital se ve influenciado por las competencias de su personal; sus conocimientos, sus habilidades innatas, sus talentos individuales y la motivación del trabajador que presta los servicios de salud a la comunidad.

La actividad de un hospital se mide con indicadores asociados al número de ingresos, camas presupuestadas en comparación con las camas ocupadas, estancias hospitalarias promedias, mortalidad por servicios, reingresos, equipamiento tecnológico, disposición de materiales básicos, fuentes de financiamiento. A estos indicadores de tipo cuantitativo se complementan con otros atributos subjetivos que tienen en consideración la satisfacción del paciente atendido, los cuales pueden analizarse desde una perspectiva clínica, vale decir, el nivel de aceptación de los usuarios basado en criterios de validez médica, y desde una perspectiva estadística por grupos relacionados con el diagnóstico (GDR), por ejemplo.

En nuestro esquema de exposición, partimos de algunas consideraciones generales que pensamos son pertinentes para ubicarnos en contexto, particularmente en el desempeño sobre los indicadores de capacidad resolutoria, productividad asistencial y eficiencia profesional producto de los servicios asistenciales hospitalarios objeto de nuestro estudio. Otra forma de abordar la situación hospitalaria lo constituye un debate sobre la necesidad de evaluar el uso de los indicadores hospitalarios

en cada unidad asistencial, en función de la toma de decisiones pertinentes y respuesta a los objetivos sociales de las instituciones hospitalarias.

De allí pues, que el propósito de este estudio se fundamentó en proponer un estilo de gerencia que confluya hacia coincidencias del saber actuar y dirigir esfuerzos orientados hacia la optimización de la gestión de recursos en los hospitales de Venezuela sirviendo de vía operativa útil para alcanzar las metas. La mayoría de las instituciones hospitalarias públicas son administradas con un modelo diseñado para optimizar bajo esquemas flexibles. Otro factor que debe complementarse es su adecuación a las complejas necesidades de los pacientes. Debido a que la oferta institucional varía tanto, el presupuesto suele ser basado en estándares asistenciales centralizados.

Resulta evidente que la posibilidad de recibir una atención integral y continua se enfrenta, hoy día, a una serie de dificultades provocadas por características específicas de las organizaciones sanitarias, en especial las hospitalarias, entre las que se podrían citar las siguientes; complejidad organizativa, segmentación departamental, superespecialización de tareas, escasa coordinación interniveles, poca capacidad de adaptación a demandas cambiantes e instituciones sanitarias alejadas del usuario. Teniendo en cuenta esta situación asistencial el presente trabajo de investigación, está estructurado en cuatro capítulos:

El primer capítulo se refiere a planeamiento del problema, la justificación, los objetivos de la investigación y los alcances del estudio. El segundo capítulo, denominado Marco Teórico, espacio donde se presentan los antecedentes ordenados sistemáticamente, y las teorías que sustentan el proyecto en función de los objetivos expuestos en el capítulo anterior, además contienen los aspectos considerados relevantes para la situación problemática.

El tercer capítulo, constituido por el Marco Metodológico, describe la fundamentación del tipo de investigación, su diseño, la población a considerar y la selección de la muestra. Además, de las técnicas e instrumento de recolección de datos, se incluye los procedimientos de análisis de datos e información. En el aparte del cuarto capítulo se presentan, discuten y se analizan los resultados preliminares del diagnóstico, terminando con la consolidación de hallazgos, y determinación de las variables más destacadas en el estudio que pueden ser operacionalizadas para recabar el dato básico del estudio.

Por consiguiente al final del estudio, se plantean las conclusiones y recomendaciones respondiendo a cada uno de los objetivos planteados en el capítulo I. De acuerdo a la naturaleza de la investigación la propuesta de solución gerencial (proyecto factible), tendrá una especial atención propia de un tercer nivel de la organización sanitaria (red hospitalaria), denominada “Propuesta de Gerencia Sintagmática en servicios asistenciales para optimizar gestión en hospitales del sector público venezolano tipo III y IV”, destacando los objetivos, argumentación, fundamentación, fases y procedimientos más importantes del estudio sugeridos por los autor.

Considerando la información precedente, el curso de la investigación pretende con la formulación del problema dar respuestas las siguientes interrogantes:

¿Cómo se desarrolla el modelo de gestión administrativa asistencial en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV?

¿Cómo caracterizar el estilo de planificación del director médico en las situaciones asistenciales en los hospitales venezolanos tipo III y IV?

¿Cuál es el estilo de planificación en situación de contingencia en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV?

¿Cuál es la concepción de planificación estratégica en situaciones problemáticas de largo plazo en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV?

¿Cuáles son los componentes del modelo de gerencia sintagmática en servicios asistenciales para optimizar la gestión asistencial integral en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV?

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

A propósito de la revisión sobre la evaluación del desempeño de los Sistemas de Salud en el país en 2010 con una visión técnica de la Organización Panamericana de las Salud (OPS), se presentó el *Informe Sobre la Salud*, basado en los datos recopilados por un grupo de consulta experta. En este documento se enumeró un conjunto de problemas y sus recomendaciones para mejorarlos. Para ello participaron profesionales de diversas universidades, autoridades del sector asistencial, personal del área administrativa del sector salud y gerentes en función directiva hospitalaria con sede funcional en diversos establecimientos de salud representativos del sector público venezolano.

En el informe final, se abordaron aspectos conceptuales, gerenciales, operacionales y metodológicos sobre los sistemas de salud, factores mediadores en la prestación de servicios en salud, desempeño asistencial, eficiencia hospitalaria, productividad hospitalaria y alcance de la noción de aprovechamiento hospitalario.

En sentido general, al destacar la calidad de los servicios hospitalario, los expertos evaluadores acordaron estar de acuerdo en abarcar las siguientes actividades que resultaron capitales dentro de los problemas principales de administración, gestión y gerencia hospitalaria tales como (a) medir grado en que se logran las metas y objetivos hospitalario, (b)

estimación de recursos para alcanzar los resultados hospitalario (c) evaluación de la eficiencia con recursos utilizados para alcanzar los resultado asistenciales (d) analizar factores que influyen en los niveles observados de productividad y rendimiento hospitalario, (e) diseño y adopción de políticas y modelos para mejorar la gerencia, gestión y administración hospitalaria.

Por consiguiente y dentro de la perspectiva de modelos de gerencia hospitalaria, este estudio incluye los establecimientos de salud de atención especializados destinados para hospitales públicos venezolanos, con especial énfasis en los hospitales tipo III y IV. También se corresponde con un conjunto de establecimientos de salud que disponen de personal especializado, alta tecnología y equipamiento de punta para atender y asistir a la demanda poblacional (usuarios), en lo referente a la resolución de problemas de salud-enfermedad que requiere de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Algunas de las manifestaciones más destacadas en la prestación de servicios en los hospitales públicos tipo III y IV se hace evidente a través de su:

Visión. Los hospitales públicos venezolanos serán el espacio y la oportunidad de mejorar la condición de vida de la sociedad mediante una infraestructura sanitaria adecuada que optimice la situación de salud de la población, a través de la atención especializada y oportuna en el imperativo de consolidar el Sistema Público Nacional de Salud, dentro del área de influencia y cobertura de sus comunidades; atendiendo las necesidades sanitarias y epidemiológicas, respondiendo a su perfil de morbi-mortalidad, dotados de componentes básicos en promoción para la salud, curación de enfermedades capacidad diagnóstica, terapéutica e intervenciones

resolutivas en servicios básicos de acuerdo a los valores y principios de accesibilidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, integración social, participación activa, calidad, calidez, humanismo, intersectorialidad y pertinencia que garanticen el derecho a la salud.

Misión. Estructurar un sistema de atención hospitalario con capacidad operativa y funcional disponiendo de servicios básicos, auxiliares y diagnósticos así como de camas de observación y hospitalización para atender patología en un nivel de mayor precisión y eficiencia médica, además ofrecer cobertura integral fortaleciendo la red asistencial terciaria, canalizando el flujo de pacientes en un sistema de referencia y contra referencia desde una perspectiva del movimiento de morbi-mortalidad como beneficio para la demanda, en sus dimensiones de atención Usuario-Estado-Profesional de salud.

El hospital público venezolano estará fundamentado en principios sólidos y permanentes para construir un ámbito asistencial destinado a la salud de la población y a la formación de profesionales basada en valores, centrado en la persona desde una perspectiva integral, familiar y comunitaria; fundado en la acción interdisciplinaria y la rigurosidad científica; destacando principios de ética y calidad, articulado al sistema de salud. Entre otras razones la filosofía de atención hospitalaria explica su esencia institucional a través de sus:

Valores disponibles:

- Solidaridad con los usuarios, trabajadores y comunidad.
- Libertad de actuación en la práctica profesional.
- Bondad como principio asociativo.
- Compromiso con la atención del usuario.
- Igualdad de actuación profesional y asistencia oportuna.

- Lealtad profesional y laboral centrada en el acto médico.
- Honestidad en el acto humano y técnico.
- Generosidad compartida como acción solidaria.
- Respeto por el otro (otredad), por sí mismo (mismidad) y por los sentimientos de los demás (alteridad).
- Justicia en el acto médico y profesional.
- Autenticidad de criterios técnico y razonar profesional.
- Relación interpersonal con calidez.
- Trato humanizado y cercano.

Principios Rectores:

- Eficiencia en el proceso y resultado asistencial.
- Eficacia en rendimiento de objetivos.
- Efectividad en alcance de metas.
- Integración de pensamientos y acciones.
- Autoevaluación permanente de las actuaciones profesionales.
- Transparencia en el actuar, practicar y comunicar.
- Mejora y capacitación continúa sin perder su humanización.
- Sentido de pertenencia y lealtad institucional.

De allí pues, que en Venezuela siguiendo estos preceptos, los establecimientos hospitalarios tipo III y IV para estudio se adecuaron a la disposición emanada de la Gaceta Oficial número 32.650, decreto presidencial número 1.798 de fecha 21 de enero del 1983, donde se establecieron las Normas de Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Subsector Salud. En su texto, el capítulo IV, artículo 9 define los hospitales como *“establecimientos prestadores de atención médica integral dentro de su organización con camas de observación y de hospitalización”*. Es conveniente destacar que para los Hospitales se describe la siguiente tipología, a saber:

Hospitales tipo I (artículo 10); establecimientos que prestan atención ambulatoria de nivel primario y secundario tanto médica como odontológica. Sirven de centro de referencia de nivel ambulatorio. Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de veinte mil (20.000) habitantes y con un área de influencia de hasta sesenta mil (60.000) habitantes. Tiene entre 20 y 60 camas. Están organizados para prestar servicios básicos de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. Cuenta con servicios de colaboración, tales como laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, anestesia, hemoterapia y emergencia. Su estructura organizativa está formada por un director médico con experiencia en salud pública, servicios clínicos dirigidos por especialistas, administración de personal, administración a cargo de un intendente y servicio de mantenimiento.

Hospitales tipo II (artículo 11); corresponde a centros que prestan atención a nivel primario y secundario y se encuentran ubicados en poblaciones mayores de veinte mil (20.000) habitantes y con un área de influencia hasta de cien mil (100.000) habitantes. Tienen entre 60 y 150 camas de hospitalización y podrán desarrollar actividades docentes asistenciales de nivel pre y postgrado, paramédico y de investigación. Cuenta con servicios médicos básicos, de colaboración diagnóstico y servicios de enfermería, trabajo social y dietética. La dirección estará a cargo de un médico especialista en salud pública con un médico adjunto en epidemiología.

Hospitales tipo III (artículo 12); representan organizaciones sanitarias que desde su misión y visión están destinados a prestar atención médica integral a la salud en los tres niveles de prevención (primario, secundario y terciario). Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes, con áreas de influencia hasta de cuatrocientos mil (400.000) habitantes. Dentro de su organización contarán con una

capacidad instalada que oscilaría entre 150 y 300 camas para hospitalización.

Su estructura organizativa estaría compuesta por dirección médica, departamentos de medicina interna, nefrología, reumatología, neurología, cardiología, gastroenterología, neumología, medicina física, rehabilitación, cirugía, urología, traumatología, gineco-obstetricia y pediatría. Cada departamento está dirigido por un jefe de departamento y sus respectivos jefes de servicios.

Los hospitales tipo III; obedecen a establecimientos que posee una estructura jerárquica y técnico-administrativa constituida por una dirección a cargo de un médico con maestría en salud pública, un médico adjunto epidemiólogo, un adjunto titulado en economía o administración comercial y contara con además con un ingeniero electro mecánico para la jefatura de mantenimiento, un farmacéutico, un licenciado en bionalisis y un jefe de oficina de personal. Este tipo de hospital cumple con docencia a nivel de pregrado de medicina, educación a nivel tecnológico, ofrece residencias programadas de postgrado en las especialidades médicas básicas y cumple funciones de investigación.

Los hospitales tipo IV (artículo 13); son unidades asistenciales que poseen características ajustadas a su misión y visión para prestar atención médica en los tres niveles de promoción, prevención, protección para la salud y con proyección hacia un área regional donde son clasificados como hospitales de referencia regional. Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de cien mil (100.000) habitantes y con un área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes. Tienen más de trescientas (300) camas hospital. Cuentan con unidades de larga estancia y albergue de pacientes.

Su estructura funcional está compuesta por; dirección a cargo de médico director con maestría o doctorado en salud pública y amplia experiencia en administración de hospitales. Posee departamentos clínicos básicos (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia), departamentos de emergencia y medicina crítica. Además posee servicio de neurocirugía, ortopedia, proctología, inmunología, medicina del trabajo, medicina nuclear, geriatría, endocrinología y genética médica. Puede agregar otras especialidades de acuerdo a las necesidades de la demanda.

La estructura jerárquica y técnico-administrativa estará compuesta por dirección, adjunto médico, adjunto epidemiólogo todos con nivel de postgrado, jefes de servicios y sus adjuntos con postgrado clínicos en sus áreas respectivas, nutricionistas, licenciados(as) en enfermería, administración de personal, administración hospitalaria y servicio de ingeniería bien estructurado. Este tipo de hospital cumplirá actividades de docencia de pre y postgrado a todo nivel y podrá ser sede de una facultad de medicina y desarrollar también actividades de investigación a todos los niveles.

Para efectos de la investigación, el universo de hospitales se encuentra en el orden de trescientos (300) establecimientos de tercer nivel censados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y de los cuales se seleccionaron 45 hospitales para ser evaluados y que se encuentra en la tipología III y IV de esta clasificación. En su organización asistencial disponen de los servicios generales, intermedios y finales ideales para el estudio de carácter gerencial. De estos hospitales evaluados, se extraerá la población correspondiente para la evaluación de los servicios asistenciales, así como la muestra que será encuestada y que se detallara en el capítulo III de la investigación.

Se consideró la premisa de que la salud en la definición hospitalaria es conceptualizada como una meta de bienestar social (componente de la visión), y que por ende obedece a la confluencia de muchos factores, donde el sistema de atención hospitalario contribuye al logro de sus resultados (componente de la misión). Se abordó en consecuencia esta realidad para observar el desempeño del proceso asistencial desde los servicios de atención al usuario. Dentro de este orden de ideas, la presente investigación se orientó a describir el comportamiento observado en la gerencia asistencial de hospitales del sector público en Venezuela tipo III y IV.

Desde este punto de vista de la realidad estudiada se precisaron los siguientes hechos; (a) desviación de los cuadros especializados en la dirección de hospitales públicos ocupando los cargos médicos clínicos sin experiencia en funciones administrativas, agravados organizacionalmente por alejarse de la misión y visión asistencial y además por una separación entre conceptos asistenciales y operatividad administrativa, (b) incongruencias entre la administración racional de recursos e insumos para la atención por servicios especializados, pero haciendo énfasis en niveles superiores por dotación, equipamiento y rotación de inventarios para la asistencia de morbilidad crónica y no transmisible, (c) imposibilidad de respuestas resolutiva médica, quirúrgica y operativa centrada en la demanda asociada con deficiencias en la capacidad instalada de camas-hospital (d) se observó que de los 45 hospitales evaluados solo el 85% que corresponden a 38 hospitales recibían un 5% de insumos solicitado en tiempo real para atender y dar respuesta a las exigencias de la población en el tercer nivel de atención sanitaria.

Si bien es cierto, que lo observado fue determinante para abordar la gerencia hospitalaria, también es significativo destacar otras áreas de conflicto que llamo la atención en el estudio y que se desarrollaran como

problema principal y subproblemas derivados. En este sentido los órganos contralores, colegiados, ministeriales y reguladores venezolanos, a través de informe de resultados a nivel nacional (2011), presentado en la Asamblea Nacional revelo discrepancias entre la información y la ejecución de políticas, planes y programas de salud pública, evidenciándose regresión en la gestión y gerencia de 65 proyectos asistenciales adscritos al MPPS con repercusión directa y negativa en la red hospitalaria. Las causas argumentadas obedecen a incoordinación programática, falta de seguimiento de obras y control centralizado de gestión asistencial.

Visto de esta forma, resulta claro que del presupuesto asignado al sector salud, solo el 15% se derivó a los hospitales públicos para atender a 29.277.753 habitantes según el Instituto nacional de estadística (INE, 2011), a través de los 300 hospitales públicos. De los establecimientos asistenciales en general, un 25% al momento de la investigación se encontraban en plan de reparaciones generales bajo el programa de Misión Barrio Adentro Hospital (75 hospitales), según Gaceta Oficial 38.423, decreto No. 4.382 de fecha 25-04-2006.

Evidentemente haciendo un análisis institucional, la Organización Panamericana de la Salud, en su informe sobre derecho a la salud e inclusión social en Venezuela (julio 2006) presento sus resultados. Este análisis en condiciones similares fue considerado en el informe del Programa Venezolano de Educación Acción y Derechos Humanos (PROVEA), en su informe anual (Octubre 2009-Septiembre 2010) temática que verso sobre Derecho a la Salud. También fue debatido bajo el argumento de diagnóstico del sector Salud en Venezuela, por la Federación Médica Venezolana (FMV), en su LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea, Estado Falcón, 31 de octubre 2008.

Toda reflexión sobre la situación de los hospitales públicos venezolanos se inscribe en los contenidos de estos documentos suscritos por actores gubernamentales, federativos, organismos no gubernamentales, representantes gremiales y miembros institucionales que muestran las áreas conflictivas en el sector salud, los vacíos en gestión asistencial y las discrepancias entre prestación de servicios y satisfacción del usuario.

Las reparaciones implementadas en la infraestructura hospitalaria (2006), causaron atraso en proyectos asistenciales por las 388 obras de reparación, ampliación y mejoras de infraestructura inconclusas en hospitales sin plan de contingencia ni coordinación para mantener activa la atención médica en redes, reduciendo la capacidad funcional y operativa de servicios básicos registrando una reducción de 46.500 a 40.675 camas operativas (registro de memoria y cuenta del MPPS, 2011).

Al considerar la norma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece 2,7 a 3 camas por cada 1.000 habitantes para Venezuela. Se requerirían un aproximado ajustado entre 79.099 y 87.833 camas hospital que producirían entre 28.871.136 y 32.059.045 días-camas-ocupadas (promedio = 30.465.090) en los hospitales públicos venezolanos (camas-hospital x 365 días), suficiente para atender la demanda nacional.

Al reducir este recurso se reduce la cama-día y la posibilidad de asistencia oportuna, deseada y profesional para el usuario, que representa el lapso de 24 horas durante el cual una cama de hospital permanece a disponibilidad para la hospitalización de pacientes que la requieran, además de formar parte de su capacidad normal de atención. El estimado con 40.675 camas-hospital es de 14.846.375 días-cama-ocupadas y lo normado representa 30.465.090 días-cama-ocupadas. El déficit se hace evidente al

ubicarlo en 15.618.715 días-cama-ocupadas que no se ofertaron a la población venezolana.

De esta manera el producto de la cama-día-ocupada es equivalente al índice día-cama-disponible. En consecuencia el promedio de días-camas-ocupadas como el indicador días-camas-disponibles descendió de 16.972.500 en 2010 a 12.115.810 en 2011 (reducción de 14,40% interanual). Este descenso modifica el rendimiento y productividad por servicio asistencial impactando negativamente en la meta de cada hospital, revelando indicadores por debajo de estándares óptimos para la OMS.

Estos hechos revelaron una situación que llamo la atención al observar para efectos de la investigación un problema no atendido adecuadamente desde la perspectiva gubernamental y que expresa preocupación ya que opera en detrimento de la población que asiste por necesidad de servicios asistenciales, interrumpiendo la hospitalización e incrementando fallas asistenciales en los hospitales. En consecuencia aumenta el número de pacientes insatisfechos que requieren servicios quirúrgicos pasando a incrementar lo que se denomina "*lista de espera quirúrgica*" debido a la baja disponibilidad de camas hospital.

El pronóstico de no controlarse la causa de estas circunstancias puede estar determinado por el impedimento en el futuro de una adecuada atención para la demanda ya que se traducirá en la falta de capacidad plena y estatus de funcionalidad determinada por los servicios que disponen. Este comportamiento de reducción interanual de camas-hospital resta oportunidades para la atención directa al paciente y minimiza la capacidad arquitectónica para mejorar la condición de salud de la demanda.

Los servicios con baja disponibilidad de camas-hospital predisponen estudios dirigidos a centrar la atención en la gestión del recurso nuclear o

cama presupuestada en hospitales. La forma de gestionar recursos para cumplir con el acto médico se descuida en el proceso de atención integral, atentando contra la misión y visión de la organización hospitalaria. También se muestra este comportamiento como evidencia durante la observación del estudio. Con la gerencia sintagmática para transformar y optimizar los servicios asistenciales se podrá mejorar esta condición inherente a la prestación de servicio, que luce expuesta especialmente en la forma de administrar el proceso asistencial y la cama-hospital en los hospitales estudiados.

Reviste importancia resaltar que las camas-hospital significan rendimiento clínico, inversión por gasto productivo, costos directos e indirectos, atención a la cobertura y gestión asistencial simultáneamente.

La disociación indicadores de rendimiento hospitalario y atención poblacional, genera para el objeto de conocimiento de la investigación una descripción de situación planteada a través; (a) falta de evolución y desarrollo de la red hospitalaria, (b) insuficiencias presupuestarias permanentes, (c) deficiente atención hospitalaria hacia la demanda, (d) improvisación de acciones antes problemas clínicos y funcionales, (e) gerentes irritados en actitud defensiva con poca efectividad de gestión, (f) personal en permanente situación de conflictividad, (g) limitaciones en la atención pediátrica por obras inconclusas y reducción de camas pediátricas, y (h) reducción de admisiones, atención de emergencia e intervenciones quirúrgicas.

Formulación y sistematización del problema

Uno de los aspectos más destacados en el estudio fue la continuidad y vinculación entre los diferentes problemas y subproblemas identificados. Cada uno de ellos aludiendo temas específicos que al final configuraban el problema central de gerencia hospitalaria y gestión asistencial continua en servicios. Por consiguiente es necesario presentar la secuencia problemática contextual observada en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV.

De los indicadores de productividad hospitalaria citados (supra), tiene particular importancia el relacionado con el *recurso nuclear cama-hospital* y se refiere al incremento de la estancia de pacientes por servicio como el primer de los problemas de gestión bajo la categoría de productividad y rendimiento hospitalario, ya que se convierte en una variable predictora en los sistemas de atención especialmente para la clasificación de pacientes (corta, mediana y larga estancia), dicha unidad de análisis, precisa en su desempeño que “a mayor estancia, mayor será la inversión en cada paciente hospitalizado”. Exceptuando las hospitalizaciones quirúrgicas el resto de los servicios debería estar en estándares de estancia hospitalaria por debajo de 2-3 días.

Se plantea en consecuencia que el proceso asistencial relacionado con los días de estancia o de permanencia por cada paciente en servicios asistenciales repercute directamente en la gestión de servicios médicos. Este indicador de permanencia hospitalaria equivale a los días de hospitalización que cumple un paciente en un servicio dividido entre el número de egresos en el mismo periodo y servicio. Durante la investigación encontramos discrepancia entre lo observado (promedio de estancia de 10,2 días en hospitales evaluados) y lo normado por la OMS que sugiere rangos

entre 2 a 3 días de estancia hospitalaria. Su utilización para el desempeño hospitalario adquiere importancia en la medida que se le brinda mayor especificidad por servicio y productividad hospitalaria.

Se quiere con ello significar que un promedio de estancia elevado representa uno de los problemas de improductividad hospitalaria más estudiado, también produce causas de incoordinación entre servicios administrativos, auxiliares, diagnósticos, terapéuticos y los servicios de hospitalización. Tenemos que asociar por definición, que la estancia hospitalaria representa el total de días camas utilizados realmente por pacientes hospitalizados y los servicios que el hospital presta en atención a sus usuarios, invirtiendo recursos e insumos rutinarios, actividades diagnósticas, acciones terapéuticas y horas profesionales de salud a cada paciente desde su ingreso hasta el alta médica. Se trata desde otro punto de vista administrativo de un gasto improductivo e incremental de recursos y acciones profesionales. Bajo estas condiciones se imputan costos a las partidas presupuestarias del hospital a través de la *"cama presupuestada"*.

Si bien es cierto, para efectos de rendimiento hospitalario es un indicador sensible para efectos de rendimiento y productividad cama-hospital. También se destacan causas de improductividad hospitalaria vinculadas al aumento de la estancia de pacientes al momento del estudio tales como; (a) pacientes insuficientemente estudiados antes de la admisión y durante su permanencia en el servicio, (b) ausentismo de personal responsable de la evolución y alta del paciente, (c) interferencia administrativa por falta de material, personal calificado y disponibilidad instrumental, (d) admisiones no coordinadas con los servicios de hospitalización y (e) admisiones con procesos intercurrentes, en días feriados.

Una estancia prolongada, reporta uso innecesario de la hospitalización y de recursos especializados, aumentando los costes en la atención médica por mala utilización de la cama hospital. Representan en conjunto una cadena de eventos administrativos y gerenciales que operan como una secuencia de indicadores que revelan un estatus hospitalario en un momento determinado, destacando la importancia en la gestión hospitalaria. La estancia hospitalaria clasifica el patrón de tiempo dedicado al paciente por un servicio y permite cálculos de costos hospitalarios (gestión asistencial y presupuestaria). Rápidamente se puede analizar que la cama hospitalaria reporta interés para el estudio ya que incluye costos directos e indirectos imputados a la partida de funcionamiento y operatividad asistencial.

Puesto que todo *“caso de enfermedad”* pasa por colocar un paciente en una cama hospital. Podría inferirse que inmediatamente la capacidad hospitalaria se desarrolla aglutinando *“horas profesional de salud”* alrededor del paciente hospitalizado, permitiendo medir el resultado de la cama hospital (recurso nuclear), a través de los cambio de enfermedad y midiendo también el número de días camas (días hospitalización). A su vez todo profesional de salud es remunerado en función de las actividades sobre el enfermo hospitalizado, representando los costos directos y/o indirectos en la atención hospitalaria.

Se observa que la consecuencia inmediata de una estancia prolongada es el mal uso de la capacidad presupuestada de camas hospital, entendida desde la perspectiva real y referida a las camas instaladas a las cuales se les asignan los recursos indispensables de personal, materiales y economía de servicio, para cuya operatividad se ha elaborado y aprobado un presupuesto programático denominado *“camas presupuestadas en función del promedio de estancia”*.

Una cama presupuestada se describe como aquella cama-hospital a la que se le asigna financiamiento para su uso en pacientes que ameritan atención médica en un servicio de hospitalización. El reordenamiento estaría determinado por uso racional de cama presupuestada en condiciones normales y su resultado sería productividad de cama hospital, rendimiento de gestión asistencial por servicio y utilización por cobertura de cama presupuestada. En esta visión lineal de trabajo asistencial se encuentran las dificultades observadas en la investigación.

Existe una tendencia en la conducción de hospitales a generar actitudes y comportamientos negativos para la gestión derivados del desconocimiento de tales indicadores de productividad. No obstante, pensar que la permanencia de camas sin pacientes es indicativa de buena atención hospitalaria representa un supuesto errático. Para un gerente hospitalario este tipo de comportamiento interfiere para modificar el costo-cama e incrementar las necesidades presupuestarias sin valor agregado para el usuario.

Mantener una tendencia a ignorar que el promedio de estancia es un reflejo del costo real de un paciente hospitalizado, expresa un valor variable que afecta otros indicadores en su conjunto. Nos referimos al porcentaje de ocupación, el intervalo de sustitución y el índice de rotación cama. Surge en consecuencia una interrogante ¿Cuál de las dos variables, porcentaje de ocupación o promedio de estancia, es más sensible al momento de reducir costos en servicios hospitalarios?

En teoría hospitalaria se infiere que estos indicadores corresponden a un área de conflicto con interés significativo para los jefes de servicios, y también un problema para el director médico al momento de rendir sus resultados anuales, posiciones que pueden ser antagónicas pero justificadas

desde sus roles gerenciales. El área de mayor impacto y preocupación recae en los servicios asistenciales destinados a los usuarios, para quienes al final del proceso asistencial representa la acción gerencial de sumar los indicadores de rendimiento por servicio médico y en consecuencia medir la productividad cama-hospital.

Para los jefes de servicio la respuesta estaría centrada en atender la disminución del promedio de estancia ya que consideran más sensible este indicador en la reducción de costos sobre el aumento del porcentaje de ocupación (calidad sobre cantidad). En la práctica la dirección médica se inclina por poseer un porcentaje de ocupación elevado como significativo de haber prestado una atención al mayor volumen de pacientes (cantidad sobre calidad).

En ambas posturas, no se consideró aquellas situaciones que pueden alterar estas tendencias por tratarse de eventos no programables (catástrofes, desastres, conflictos sociales), cuya atención asistencial asume una categoría de prioridad sanitaria. En esta condición de *“hecho extraordinario”* se incrementa la capacidad instalada de camas, elevando simultáneamente porcentaje de ocupación y promedio de estancia, sería la excepción a una regla de operatividad hospitalaria.

Otra tendencia observada en el desempeño de los jefes de servicios y director de hospital fue el desconocimiento real por el costo de un paciente hospitalizado en un organismo público del Estado. Resulto difícil precisar y cuantificar desde sus perspectivas el *“costo-paciente-hospitalizado”*.

Algunas razones se aducen, entre las más destacadas tenemos, (a) no disponer de un sistema de recolección de información tecnificada para registrar la data del usuario hospitalizado, (b) falta de registro del porcentaje de pacientes al momento de la atención, (c) carencia de interés del personal

que labora en servicios por no estar sensibilizados de la importancia de la recolección de datos para cálculos de costos directos, (d) el hecho de considerar la recolección de data como una molestia por parte del personal de salud, y (e) falta de criterio gerencial al no existir un procedimiento que pueda relacionar los datos del servicio asistencial con servicio administrativa.

Ahora bien, dos de estas razones que impiden obtener el costo real de un paciente hospitalizado, merecen especial interés; la falta de criterio gerencial entre servicios y la ausencia de conciencia por el valor de asignación presupuestaria para las camas hospital.

Al detenerse en el análisis de la causalidad descrita, se puede notar que el desconocimiento de la administración presupuestaria para camas destinadas a la atención para para pacientes, afecta directamente las metas a cumplir por servicio y por hospital. A propósito de incoordinación Misión-Visión-Objetivos se Plantea una nueva interrogante ¿mantener este tipo *status quo* es la mejor manera de gerencial y gestionar los recursos asistenciales? Se alude en alto grado el rol del Estado Venezolano a través de sus políticas sanitarias y su papel como gestor en el sector público de la salud. Se infiere que se está ante un área en conflicto administrativo y asistencial con vacíos de gestión y ausencia de conciencia administrativa que motivan interés por investigar y desarrollar propuesta de solución.

Entre la carencia de presión por parte del Estado en el Espacio de lo Público en representación de la salud del colectivo, se impone reclamos permanentes y también surgen oportunidades de nuevas teorías para mejorar la gestión asistencial existente. Se plantea una tríada de problemas que incluye “El rol del Estado en lo Público, ergo Salud Colectiva”.

Las alternativas en este contexto parten de una “*visión asistémica*” de la realidad asistencial concibiendo el hospital como un complejo conglomerado de unidades y servicios que trabajan independientemente del resto de los establecimientos, sin importar de qué manera el trabajo o la falta del mismo pueda afectar la totalidad del sistema de atención integral. Varias conductas observadas como prácticas rutinarias de los servicios hicieron notar un perfil incorrecto y mantenido en el proceso de atención intrahospitalaria.

Se muestra como evidencia de estudio los siguientes aspectos vinculantes con la atención hospitalaria en hospitales públicos tipo III y IV; (a) el servicio de laboratorio entrega todos los exámenes de la mañana al mediodía, sin discriminar si es o no una emergencia, (b) durante las mañanas no funciona el servicio de radiología por no disponer de técnicos en cantidad suficiente, (c) el servicio de farmacia del hospital no suministra medicamentos costosos a pacientes que se hospitalizan posterior a horas de oficina. Son tres de los servicios que fueron evaluados en el estudio perteneciente a servicios intermedios en 32 (71%) de los 45 hospitales estudiados.

Estas son razones por la que tanto jefes de servicios como director médico muestran preocupación constante en la gerencia hospitalaria. Se trata de una búsqueda permanente por contribuir a reducir la estancia y sus consecuencias. Esta perspectiva de los servicios de apoyo es una opción que fortalece el esquema de optimización hospitalaria.

Con estos señalamientos en los últimos veintiséis años (1988-2014), Venezuela ha experimentado profundas transformaciones en los contextos; político, económico y social, en nombre de un deterioro continuo en las condiciones de vida de los venezolanos, que exige urgencia para una mejor

prestación de servicios de salud, con amplia repercusión en el funcionamiento global del Estado y de la realidad social. Todo ello, ha generado una oleada de gerentes con pensamiento estratégico centrado en una combinación de estrategias, muchas de ellas contrapuestas a la meta y de tácticas operacionales en salud distantes de los criterios primordiales de salud.

Visto de una forma, la investigación se inclina por el ofrecimiento de un modelo de transformación asistencial como solución y respuesta a este conjunto de problemas con características de tipo gradual (de lo más fácil a lo más difícil sin detrimento del usuario final), modular (constituido por líneas de trabajo ajustables según las condiciones de cada servicio), y resolutivo (orientado a solución y satisfacción de problemas locales de salud).

Se propone una metodología operativa y funcional que se acerque y consolide un patrón de gestión entre jefes de servicios y la dirección médica para resolver el primer de los problemas detectados vinculado con la *“gerencia asistencial continua”* y la administración de recursos hospitalarios que apoye las decisiones y establezca métodos de trabajo que signifique abarcar calidad de atención, capacitar talento humano con conocimiento técnico y un adecuado suministro de insumos en tiempo real. Es clave entender la importancia del fortalecimiento del talento humano con *empowerment* asistencial sin descuidar los componentes críticos de la gerencia hospitalaria como la planificación organización, dirección, ejecución y control que se traducen en evidencias de la situación problemática arriba determinada y citada.

Al revisar el contexto socio-político en Venezuela, se deben realizar algunas consideraciones teórico-práctico de valor investigativo, y de cómo se encuentra dicho contexto transformacional en los hospitales tipo III y IV

ya que representa interés para las causales en estudio, en lo que respecta al perfil sanitario. En las dos últimas décadas (1994-2014) el crecimiento de la red hospitalaria se ubicó en trescientos (300) establecimientos de tercer nivel, presentando escenarios cambiantes según su complejidad tecno-organizativa, criterios de rectoría, regulación y normativa asistencial para el país.

Desde estas modificaciones surgió el segundo problema categorizado como gestión asistencial improductiva y apreciado a través de sus evidencias tales como; (a) incapacidad de renovar y mantener la planta física hospitalaria, (b) incumplimiento del mantenimiento preventivo y correctivo de equipos fijos e infraestructura de servicios, (c) deficiencias en instalaciones asistenciales con impacto negativo en el usuario, (d) conflictividad socio-laboral concomitante con pérdida de Visión Misión organizacional, (e) ausencia de liderazgo y rectoría operacional en servicios, (f) problemas y dilemas éticos, (g) ausentismo continuo del personal, (h) deficiencias presupuestarias acumuladas, estableciendo tendencias administrativas con prácticas gerenciales que destina un 80% de gasto en inversión para personal improductivo y el resto para una inversión en una estructura que no produce servicios finales, según los estándares del momento.

Este análisis conlleva al tercer problema precisado como surgimiento de lista de espera de pacientes por cama asistencial para atención médica y quirúrgica. Problema de tipo sustantivo con evidencias que permiten conjugar deficiente asignación de recursos con gastos mayores en intervenciones asistenciales de baja eficiencia, costos insostenibles por la administración hospitalaria, pésimo sistema de información entre servicios, poca duración de suministros sin disposición inmediata ni reposición por inventarios, largas esperas de pacientes para citas de orden quirúrgico, falta

de mantenimiento de equipos médicos y diagnósticos, alta estadía de pacientes, infecciones intrahospitalarias recurrentes, falta de normas y procedimientos administrativos, escasez de medicamentos y poca atención de cobertura.

En este escenario el estudio pudo determinar un cuarto problema relacionado con la carencia en la equidad y condiciones en la atención médica hospitalaria dispensada a los usuarios, expresado bajo la evidencia de que esta condición no se asume como compromiso profesional, ni con criterio de atención de calidad, ni mucho menos como tratamiento oportuno recibido por un paciente para una determinada condición de salud independiente de su situación socio-económica (igualdad sociosanitaria).

Como consecuencia de estas áreas en conflicto se toman decisiones centradas en los costos operativos disponibles. Tales conductas son reorientadas sin criterio técnico e imputadas a partidas presupuestadas justificando su decisión final ante el incremento de los obstáculos gerenciales, administrativos y de atención interna inmediatos. Bajo estas circunstancias se genera un modelo financiero hospitalario irracional, reactivo y sin control interno, en otras palabras se asiste a una gerencia centrada en declive y gestión ilimitada de recursos distribuidos bajo la figura de endeudamiento en el año fiscal respectivo, cuyo argumento al final de año presupuestado se convierte en una solicitud de créditos adicionales hospitalarios para soluciones globales del sector salud. El hospital asiste en su administración a un nuevo ciclo perverso de gestión *“el hospital inicia un año fiscal con insuficiencia y deficiencia en su consolidado presupuestario para atender los programas asistenciales”*.

Igual atención merece el quinto problema identificado en la realidad observada y está vinculado con la carencia de un sistema de comunicación en la gerencia hospitalaria con los servicios asistenciales y viceversa, ya que la principal dificultad en el sistema comunicacional, está determinado por el mal uso de los canales de información, predominando el mensaje informal sobre sus interlocutores formales.

En la perspectiva gerencial de las evidencias observadas para el problema comunicacional e informativo, no se recomienda imponer un Sistema de Información Gerencial (SIG) sin la participación de los servicios y el personal hospitalario, sino que hay que conquistar primero el existente, mejorar las características del observado para el estudio, perfeccionarlo y ponerlo a disposición del personal que en definitiva será quien lo utilice, corrija y dimensione como parte de su práctica profesional.

Además, la práctica de un SIG ha contribuido para que los gestores hospitalarios operen sobre las evidencias y: (a) vean la comunicación como un recurso gerencial que puede ser continuamente perfeccionado y compartido con los demás, (b) se concienticen sobre el costo de la comunicación e información como activo estratégico y aprendan a diferenciar calidad de cantidad, sino que también seleccionen y busquen la información ideal y oportuna y (c) le den prioridad a la perspectiva estratégica en la gestión, aumentando el interés en la búsqueda de nueva información.

El planteamiento sobre la carencia de sistema de comunicación en servicios asistenciales y dirección hospitalaria, determina y encauza otro tipo de eventos que hace evidente la falta de claridad del dato e información para resolución de problemas agregando pérdida de tiempo y recursos que pueden ser eficientes al momento de la toma de decisión asistencial.

Desde la época de los años ochenta según los documentos oficiales de la Organización Panamericana de la Salud (ver informe 2011-2012), la memoria y cuenta del MPPS (2012), se ofrecen datos con tendencias desfavorables en el proceso asistencial hospitalario, registros incompletos, indicadores y observaciones sobre establecimientos de salud con bajos rendimiento y políticas sanitarias con carácter intermitentes. En consecuencia la descripción hecha para los hospitales en Venezuela, se caracterizó por poco desarrollo de su calidad de servicios, así como de su infraestructura de atención del tercer nivel que se traduce el sexto problema y sus evidencias observables tales como ausencia en los fortalecimientos de mandos operativos. Situación que se agrava al obtener de estas instituciones una atención asistencial deficiente de poca calidad en opinión de los usuarios, manifestando la inexistencia de prioridades para abordar los problemas por parte de sus directivos.

Como resultado se observa en la década de los ochenta, la tendencia hacia la preparación del talento humano en administración de hospitales, con programas académicos en universidades venezolanas. La intención primaria fue la obtención un perfil profesional para la dirección médica hospitalaria con competencias de cargo de tipo profesional en el uso, disposición y planificación de recursos hospitalarios. El reconocimiento de esta debilidad gerencial explica una manera de minimizar el problema detectado otorgándole un núcleo significativo para la administración hospitalaria.

De esta manera los hospitales tipo III y IV en estudio podrían adecuar su estructura organizativa y gerencial con médicos titulados en maestría y/o doctorado en salud pública y adjuntos con perfil de cargo ocupando posiciones según las competencias vinculantes con los departamentos hospitalarios (deber ser). Por lo demás, fue una respuesta institucional y

académica para cumplir con la norma establecida (G.O.: 32.650, Decreto 1.798, del 21-1-83).

El análisis precedente, pretendía lograr el propósito gerencial y llenar un vacío en la administración hospitalaria específicamente en el reordenamiento de la estructura técnico-administrativa de los hospitales públicos venezolanos. Para el momento fue una decisión acertada según expertos y que gozo del consenso de técnicos y políticos concretado en la decisión de profesionalización la conducción hospitalaria.

Por consiguiente la nueva estructura funcional respondería a la misión y visión de atención integral y continuidad asistencial, quedando los hospitales conformados por; (a) departamentos que agrupan los cuatro tipos de atención clínica, medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia así como atención diagnóstica y terapéutica, (b) servicios asistenciales destinados en la base a cada especialidad derivada de las clínicas básicas de atención y para tales fines contaría entre 25 a 30 camas por servicio, (c) presencia de unidades asistenciales con disponibilidad entre 10 a 15 camas, y (d) secciones en apoyo a la atención médica. La correlación en la continuidad asistencial sería departamento-servicio-unidad-sección con camas-hospital.

En efecto, la evolución de hospitales se planteó como una necesidad institucional y como política de Estado en su salto hacia del modelo tradicional hacia el modelo de la modernidad hospitalaria; y de este hacia la postmodernidad institucional. La Visión de los servicios de salud ocupó un interés particular por ser instituciones e instancias que atendían de forma sistémica los determinantes básicos de la población a través de una organización sanitaria, combinando lo sociocultural con lo estructural y espacios próximos para la resolución de una gran diversidad de patología

que afecto a la población venezolana. Hoy la preocupación por la investigación, se establece por determinar entre otras cosas *¿qué factores intervinieron para evitar que este programa siguiera evolucionando hasta la actualidad?* La respuesta pertenece al campo de lo posible en la nueva visión sintagmática de la gerencia hospitalaria.

Partiendo de los supuestos anteriores, los vacíos administrativos en los cargos disponibles fueron gradualmente ocupados por profesionales con autoridad profesional sin perfil de cargos administrativos destinados a dirigir hospitales, generando nuevos conflictos y un modelo vertical centrado en la concepción feudal del servicio asistencial. Las discrepancias surgen entre la dirección médica y los servicios asistenciales y se ponen en relieve las variables intervinientes que hoy ameritan estudio y disposición para su resolución inmediata. Para desarrollar la Visión de institucionalizar la gestión asistencial, se propone la Misión de instrumentar normativas y modelos de atención innovadores.

El debate sobre la forma de encontrar soluciones a las desviaciones administrativas y comportamientos erráticos en gerencia, se hace evidente y convoca comunidades científicas y profesionales a reinventar la salud y proponer nuevos modelos de gerencia hospitalarios (contexto inicial de la reforma en salud). Este esfuerzo envuelve a los más interesados para buscar alternativas en la mejora de la prestación del servicio médico hospitalario en base a eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y productividad de servicios sin descuidar el objeto ni sujeto al cual se deben (demanda, población y usuarios).

En relación con las implicaciones generadas de la situación anterior se debe pensar que en gerencia hospitalaria existe una premisa que debería estar siempre presente en la mente del gerente; el talento humano, trabaja

con personas, generando en su desempeño situaciones particulares dentro de servicios y configurando el séptimo problema identificado con la conflictividad laboral, sumando sus variables de impacto negativo para la gestión asistencial, tales como, desmotivaciones crecientes, conflictos sin posibilidad de negociación, insatisfacciones laborales terminando en un estilo de negociación permanente y tensiones en crescendo.

Las evidencias motivacionales y las condiciones de trabajo están en relación directa, mostrando su satisfacción o insatisfacción laboral vinculada con una deficiente asistencia al usuario. No puede esperarse gran motivación de un empleado deprimido o, de aquel que, en cuya organización carece de recursos, equipos y materiales para hacer efectiva un atención, o peor aún, cuando se tiene un cuadro directivo siempre en transición sin ordenamiento gerencial.

Al estudiar los generadores de conductas desmotivadoras y sus efectos encontramos la siguiente causalidad: bajos salarios, jefes ineficientes, ambiente hostil, politización de cargos, compañerismo conflictivo e inseguridad laboral. Esto son desmotivadores potentes que desaniman al trabajador generando actitudes y consecuencias desfavorables hacia la organización hospitalaria.

Otro factor negativo asociado a la gestión asistencial y vinculada a la motivación laboral se encuentra expreso en los conflictos organizacionales. Si bien debe entenderse que la situación conflictiva forma parte de la vida de los hospitales, también se produce cuando hay objetivos divergentes, recursos escasos, presupuestos deficientes y tareas independientes, predominando el conflicto intraorganizacional.

Desde un punto de vista inductivo, el problema de gerencia y gestión hospitalaria, parece ser una evidencia más de los Vectores Descriptores del Problema (VDP) en salud que acompañan la organización hospitalaria y el proceso asistencial, pero, no menos importantes también los encontramos en un octavo problema relacionado con la administración hospitalaria.

Dicho de otro modo, la evidencia de conflictividad laboral acumulada por la ausencia de normas asistenciales, carencia de procedimientos técnicos, incorrecta aplicación de protocolos médicos, inobservancia de estándares de actuación médica y administrativa, así como carencia de una toma de decisión ordenada y participativa con los responsables de servicios evidencian la magnitud del problema asistencial estudiado.

Igualmente la ausencia de un plan de acción conocido por los jefes de servicios desde la dirección médica, desconocimiento de los pasos administrativos y fases de actuación en la atención sobre patologías propia de la demanda de la región o área de influencia del hospital se traducen en desconocimiento de la aplicabilidad práctica de los estándares e indicadores de medición de los servicios de atención médica, cuya responsabilidad recaen las autoridades sanitarias del estado y del país.

Se destaca que en la asistencia según el modelo tradicional está ausente una gerencia orientada por planificación estratégica de los servicios asistenciales para categorizar de esta forma un noveno problema. También se observó vacío en la toma de decisión racional, y de una inadecuada atención siguiendo normas lógicas de actuación en servicio hospitalarios. Los criterios para asegurar las estrategias oportunas de atención para la demanda sanitaria se ignoraron en un 64,60% de hospitales que representan 29 de los 45 centros seleccionados.

Para completar el cuadro se debe agregar en el presente estudio como evidencia que la responsabilidad de la dirección de hospitales en el proceso asistencial fue imprecisa. Se requiere como motivo de preocupación expreso según los jefes de servicio, de urgentes medidas y puesta en práctica de innovadores modelos de conducción hospitalarios con transformaciones oportunas frente a la reforma en salud. Este pensamiento del jefe de servicio de mente abierta para el conocimiento gerencial, prepara el camino para un plan de capacitación permanente en los servicios.

Sobre las bases de las ideas expuestas, una particularidad del sistema hospitalario estudiado, fue aquella que determino que *“la decisión médica tomada”* es responsable de la asignación del 70% de los recursos a través de cuantiosas decisiones médicas, diagnósticas y terapéuticas cotidianas en función de la asistencia al usuario en servicio. Nuestra inclinación como investigador es la de revisar las repercusiones de estas decisiones en el modelo de gerencia y de gestión hospitalario, especialmente en el nivel terciario que corresponde a la infraestructura hospitalaria estudiada, mediante una interrogante *¿Cuánto de estas decisiones benefician al servicio hospitalario y al usuario que la demanda?*

Se puede precisar que de nueve problemas identificados lo más destacado entre ellos es la declarativa de los actores que intervienen y la delimitación de cada problema principal y subproblema asociados. También se infiere la posibilidad de combinación de variables e intereses percibidos por las partes involucradas y su dinamismo con la prestación del servicio asistencial. La reflexión sobre la importancia de cada uno de los problemas debe motivar a seguir esta línea de investigación. A pesar de incluir gran número de variables en estudio, solo se extrajeron las más destacadas y que merecen especial atención ya que están centradas en la gerencia y

gestión asistencial hospitalaria que se describirán en el capítulo III, en su aparte correspondiente al contexto de las variables y su operacionalización.

Lo relevante del estudio desde estas variables es la posibilidad de nuevos aportes traducidos como conocimientos gerenciales en hospitales, aproximación al mejoramiento de vida y solución a problemas actuales desde la perspectiva de los hospitales. La importancia de tales enunciados agregara valor al proceso asistencial desde una óptica de optimización de servicios y de una gerencia sintagmática centrada en el usuario, cuya fundamentación de presenta en el capítulo II.

Lo más grave a juicio del responsable del estudio es que se pretende encauzar, orientar y resolver el futuro de la gerencia hospitalaria, y de todo tipo de problema administrativo, asistencial y operativo, con una *“derivación presupuestaria deficiente o insuficiente acumulativa con carga financiera para el Estado”* que imposibilita las decisiones para mejorar la atención médica especializada del usuario en el plano particular de los servicios y siguiendo una lógica deductiva desmejorando la calidad del proceso asistencial ofertado a la demanda poblacional.

Tenemos pues una nueva interrogante a la cual responder *¿A quién se beneficia con la incompetencia administrativa?* Evidentemente la respuesta no se hace esperar, es el usuario que demanda el servicio. La Memoria y cuenta del MPPS (2013), traduce indicadores de morbi-mortalidad en decadencia que reflejan esta tendencia. En otro documento de la Organización Panamericana para la salud (2012; p.15-19), se presentan resultados que traducen un deterioro de los indicadores en Venezuela, especialmente en lo referente a la Salud en Sudamérica, bajo el tema de revisión de la situación de salud, sus problemas y situaciones inherentes a salud de los países miembros.

También podemos disponer del texto sobre indicadores de salud para Venezuela en la Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Volumen 18, Número 2, Abril-Junio 2005, en su dedicatoria con especial énfasis en el tema de indicadores de gestión hospitalaria.

Este mandato problemático y deficiente observado por diversas organizaciones calificadas, surge luego de evaluar los logros para llegar a la necesidad urgente de acelerar un proceso asistencial hospitalario continuo, racional, orientado en base a tres líneas de acción; (a) reforzar la gestión y gerencia de los hospitales en especial desarrollando los servicios asistenciales, (b) atender los perfiles epidemiológicos de las comunidades atendidas y adecuar la atención a la realidad hospitalaria y (c) promocionar y motivar la participación comunitaria en salud de tipo proactiva con visión de futuro, comprometida con la salud colectiva y empoderada asistencialmente.

A toda meditación reflexiva sobre gerencia hospitalaria, se antepone una situación problemática compleja en su proceder y actuar a la que se le otorga un grado de importancia. En la última década se ha podido observar una preocupación constante por adecuar los servicios de salud hospitalarios a nuevas exigencias y aumentar la eficiencia hospitalaria en el uso de los recursos disponibles. Mejorar el impacto asistencial en la población sigue siendo y se expresa como una meta difícil de alcanzar desde la óptica de los profesionales de la salud como de los usuarios.

Desde este punto de vista, la gestión hospitalaria resulta ser un componente resaltante para el sector salud, digno de un esfuerzo en conjunto por retomar el adecuado perfil que permita alcanzar un modelo racional de actuación administrativa, gerencial y asistencial, identificando los nueve problemas de prioridad local, y posteriormente definir políticas y

estrategias de atención integral, bajo un enfoque de acciones en su triada misión-visión-objetivos, de los hospitales tipo III y IV.

Otro aspecto destacado y tipificado como el décimo problema del estudio que envuelve los nueve anteriores es el referido por los jefes de servicios en referencia a la baja tecnificación del proceso asistencial hospitalario señalando lo siguiente (1) carencia de sistemas computarizados de información para registro de data digital (historial clínico digitalizado) de pacientes por patologías de ingreso y coordinados en redes con los servicios y hospitales de la red asistencial del área de influencia, (2) deficiente capacidad para ordenar la contabilidad de costos por servicios y mantener un perfil del talento humano capacitado disponible, (3) falta de consolidación para de la gestión clínica y/o administrativa. Recientemente el MPPS (2010) inicio el desarrollo de un sistema de información en un intento por democratizar y descentralizar la gestión de hospitales, basado en el programa multimedia *WinSIG/OPS*.

Los gestores de establecimientos y servicios de atención por otro lado, enfrentan situaciones igualmente críticas y falencias en su capacidad gerencial que afectan la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios. Se destacan entre ellos, el pobre uso de la información gerencial para la toma de decisiones y la falta de competencias críticas para el análisis, mal ejecución de acciones anticipatorias o correctivas, evaluación deficiente del desempeño asistencial y la ausencia de visión sobre la gestión del cambio en instituciones que evolucionan y se orienten hacia su transformación moldeadas por las realidades externas, las demandas y nuevas exigencias de una sociedad globalizada.

La existencia de esta tipología de problemas hospitalarios, que incluye el ámbito organizacional, el entorno social, el interés tecnológico, la armonía comunicacional y la viabilidad política parece ser el común denominador en los hospitales públicos tipo III y IV. Puede pensarse que también los pueden padecer la gran mayoría de los centros asistenciales en todo el país, por tanto deben ser considerados y percibidos por las partes involucradas (sociedades médicas, gremios, federaciones profesionales, actores políticos del país, actores legislativos, usuarios organizados, ONGs y afines), ya que al tener un amplio enfoque se hace fácil convocar soluciones posibles en este sentido.

Como seguimiento a la problemática planteada, el hospital refleja la existencia de una situación engorrosa bien delimitada por diversas causales a saber: (a) deficiencias que trasciende la infraestructura hospitalaria, (b) falta permanente de insumos, (c) insuficientes medicamentos y material médico quirúrgico para la actuación profesional, (d) equipos obsoletos con sobrecarga funcional sustentado diagnósticos, (e) carencia de profesionales de enfermería, (f) presencia de centralismo administrativo, (g) poco uso de elementos técnicos de planificación hospitalaria, (h) existencia de interferencias político-partidistas y (i) poca comunicación entre funcionarios. Aspectos con variables asistenciales diversas que fue necesario clasificarlos gerencialmente.

En efecto el hospital es dirigido bajo modelos de gerencia tradicional o clásica que otorga a la gestión criterios de acto asistencial mecanicista y reduccionista centrado en el daño del paciente. Al referirnos a la crisis hospitalaria, la investigación aborda temas de interés compartido por quienes representan una oportunidad de solución bajo esquemas distintos con amplio sentido de diversificar la toma de decisión en torno a la asistencia hospitalaria. Al delimitar el alcance de la investigación podemos

asegurar el arduo y apasionante trabajo que ello significa, tratándose de una organización formal dispuesta para garantizar la salud del colectivo venezolano. Apartando el lenguaje forzado y obviando las contradicciones se trata de un problema formal inscrito en las políticas públicas de salud del Estado venezolano.

Finalmente esta situación hospitalaria contextualizada conlleva a consecuencias de tal magnitud que obliga al personal exigir otras prioridades dentro de la organización para superar el trato mecanicista al usuario, mejorar la atención en sus aspectos psicosociales, conceptualizar funcionalmente la productividad hospitalaria, desarrollar el rendimiento asistencial, incrementar la satisfacción del usuario, estimular la motivación del personal, incentivar el desarrollo personal y profesional.

En síntesis, el diagnóstico participativo citado, también hace referencia, a la falta de sensibilización y motivación del talento humano y de su personal hacia la organización recogida en expresiones de los encuestado cuyo contenido se resume en la siguiente narrativa; *“los jefes deben propiciar la necesidad de crear dentro de la institución el sentido de pertenencia, esto es, que todo el personal sienta que la institución es propia, que se identifica con la visión, para que pueda resultarle útil su misión”*.

Con referencia a lo que plantea *Pastor, Castell* (1983; p. 407), en su texto *La Dirección por Objetivos*; coincide con esta afirmación, aseverando que *“la gestión es un proceso en que las personas responsables y colaboradoras, se identifican conjuntamente con las metas, definen su guía de acción para hacer funcionar el departamento y para evaluar la contribución”*.

Corresponde a la dirección hospitalaria, a sus diferentes niveles asistenciales, el tratar de compatibilizar los intereses institucionales con los objetivos individuales de los miembros que la integran. El proceso de medir y evaluar es una competencia intrínseca a la gestión directiva, que requiere como premisa, el establecimiento de normas, reglas y metas organizacionales y claras. La fijación de objetivos es un procedimiento para decidir lo que se quiere alcanzar. La "Dirección o Administración por Objetivos" (DPO) trata de ofrecer una respuesta metodológica y organizada al establecimiento de los objetivos, su medición en resultados y una evaluación sistemática y oportuna del proceso administrativo.

El planteamiento de la situación problemática, revelo que los jefes de departamentos (unidades estratégicas asistenciales), con servicios autorizados y dependientes, se sienten más cómodos si reciben instrucciones de su superior especialmente en situaciones de contingencia sanitaria, antes de afrontar la carga de establecer metas mutuas de dirección de gestión. Esta es una evidencia de la alta dependencia gerencial.

El gerente médico utiliza poco las herramientas de trabajo gerencial o los métodos estadísticos dirigidos al control preventivo de la calidad de los servicios. De acuerdo con *Kaoru, Ishikawa* (1915-1989):

El 95% de los problemas de una empresa (hospital), se pueden resolver aplicando las técnicas que corresponden a altos métodos estadísticos en el modelo de gestión y contribuyen sustancialmente a encontrar los problemas y por tanto a reducir las causas del desperdicio (p.56)

Parte del modelo propuesto se centra en el diseño, comprensión y manejo de las herramientas gerenciales modernas aplicadas a servicios hospitalarios, así como la utilización de técnicas de capacitación que agregan valor asistencial, planificación estratégica hospitalaria, negociación gerencial

y métodos posmodernistas para gestión hospitalaria. El principio común de gestión es la necesidad de conocer los objetivos o hacia donde queremos ir, para poder evaluar el desempeño (donde estamos) y así comparar y corregir tendencias.

La implementación de sistemas de calidad bajo la concepción del modelo de *Ishikawa*, ofrece la oportunidad de incluir en la gestión dos enfoques administrativos, uno gerencial y otro evolutivo. En todo caso, el modelo permite el análisis científico de las causas de problemas en procesos institucionales, agrupando por categorías las causas de los problemas en primarias y secundarias. Los indicadores más importantes también pueden ser agrupados según la necesidad de cada nivel de la organización. De esta forma se visualizan las operaciones cotidianas de los servicios (criterio operativo) y las de tipos gerenciales destinadas a soportar la toma de decisión en la gerencia hospitalaria.

Se plantea entonces, dentro de este marco investigativo diez subproblemas carentes de una metodología que oriente la solución definitiva de la asistencia hospitalaria. Es necesario destacar que se detectaron problemas esenciales, problemas vinculantes, obtención de evidencias sustanciales cuya fundamentación es producto de un diagnóstico situacional. Evidentemente este es un contexto cargado de vacíos, discrepancias y contradicciones que generan conflictos permanentes. Tal como se ha señalado, el análisis de la información para la investigación sobre la gerencia y la gestión hospitalaria, se ha clasificado en áreas problemáticas de acuerdo al tema central descrito por los entrevistados.

Para la caracterización del problema y sus evidencias resaltantes observadas se dispuso de una metodología ordenadora de problemas agrupando por grado de interés los relatos de los jefes de servicios sobre el

problema que describen, desde el más importante hasta el menos importante. Cada área a su vez, permitió dividir en sub-áreas problemáticas la situación encontrada. La pretensión es dar respuesta teórica, práctica y metodológica a los problemas identificados mediante un modelo que involucre el mayor número de discrepancias por su cercanía gerencial, aproximación a la gestión de recursos y administración de servicios asistenciales.

El tema central planteado por los jefes de servicios fue identificado conforme a los siguientes criterios: (a) expresión y sentir de un obstáculo alrededor del cual gravitan otras dificultades, y (b) mayor énfasis en un problema, con explicaciones prolongadas.

Una vez que se identificó el tema central de cada uno de los problemas, fue necesario desglosarlo por parte, tratando de identificar las causas, evidencias y consecuencias así como la relación directa que guarda el problema con otras áreas de interés asistencial. Al desglosar los problemas de las distintas áreas de interés, sus problemas vinculantes derivaron en causas directas y secundarias. Posterior a su nexo de relaciones, fue de gran utilidad detectar las diferencias cualitativas en la percepción de los problemas y del modelo de gestión entre un mismo nivel jerárquico.

Una situación problemática relevante para la investigación se determinó cuando se trató de buscar una explicación racional del proceso de gestión hospitalario entre los jefes de servicios. Esta significó, varias cosas (a) marcada ausencia en la toma de decisiones en hospitales (b) falta de lineamientos estratégicos para abordar problemas de la dirección médica, (c) talento humano insuficiente, (d) ausencia de metodología para enfrentar los problemas de los servicios médica (e) falta de coordinación entre servicios

médicos y dirección hospitalaria y (f) poca eficiencia y bajo rendimiento hospitalario.

Hasta aquí se ha presentado y configurado el concepto de hospital en estudio bajo la vieja concepción, centralizado en las decisiones, con déficit de personal especializado, que requiere de un nuevo enfoque del tipo administrativo para englobar el nuevo concepto de hospital. Las consecuencias de ello son en muchos casos, fácilmente observables, pero mucho más importante, es reconocer que muchos de los Vectores Descriptores del Problema se generan como resultado de una incapacidad administrativa manifiesta y de modelos gerenciales ineficientes en detrimento de la calidad de los servicios de salud.

También conviene examinar que desde 1999, se han experimentado modificaciones en el campo de la salud, especialmente orientadas hacia Macro-reformas, que buscaron señalar el camino correcto para mejorar la atención en los hospitales. Probablemente la primera en mencionar es la reforma política en salud. Por otro lado la atención de la salud siempre tendrá repercusiones en el desarrollo y progreso de las comunidades, exigiendo más, de los gerentes de servicios asistenciales, dentro de la cuales, se buscara identificar las variables relacionadas con el proceso de gestión administrativa.

También puede ser útil señalar que el origen de los problemas hospitalarios, se percibe en la situación en estudio sobre las bases de una gestión administrativa inconsistente, con diversidad de normas y procedimientos que dificultan el funcionamiento de la organización y de las relaciones laborales. Por consiguiente, los factores antes evidenciados han imposibilitado o dificultado el logro y cumplimiento de metas y objetivos pautados en las instituciones hospitalarias.

Por lo habitual este entorno ha causado un deterioro severo de la calidad de vida de la población venezolana especialmente el área de influencia de los hospitales determinados por su misión y visión en toda la geografía venezolana, expresado por los indicadores que se describen en los objetivos y delimitan la situación problemática, manteniendo una tendencia decreciente a lo largo de los últimos cinco años de estudio, especialmente en el servicio de atención médica hospitalaria que se vincula con los estándares de atención directa al usuario.

El informe presentado en mayo del 2001, titulado *“Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela”*, reveló en su totalidad el desempeño de los establecimientos hospitalarios. Se describió en ese informe; baja utilización en sus servicios asistenciales, reflejada claramente en una disminución del total de egresos y el porcentaje de ocupación de camas (53%), cuando la norma la OMS establece niveles entre 85 a 90% para hospitales.

En muchos casos señala el informe técnico que la capacidad resolutoria de los hospitales fue precaria, las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria se mostraron extensas y fue frecuente la carencia/insuficiencia de insumos esenciales para la atención de los usuarios. En casos puntuales se registró dotación deficiente de materiales médico quirúrgico (MMQ) en por lo menos 210 rubros (87,86%) de 239 de uso frecuente, advirtiendo fallas absolutas en un 75% (158 rubros) con un 45% de inventarios críticos, tampoco se disponía de información sobre la productividad de los hospitales.

Lo anteriormente expuesto significa, que la tasa de reposición de MMQ depende de la tasa de distribución de los proveedores para la red hospitalaria formal y pública (tiempo óptimo de dotación de insumos Vs, tiempo actual en inventarios). Esta cadena de distribución en el ramo del

negocio hospitalario depende de la aprobación de divisas por parte del Estado para adquirir el material en el exterior (tiempo de espera para reposición de inventarios).

Los inventarios o *stoks* constituyen la cantidad de bienes que un hospital o empresa debe mantener en existencia en un momento dado. Esta reflexión nos conduce a una interpretación histórica del rol del inventario en los hospitales. La cadena de suministros representa para el hospital un proceso de abastecimiento continuo y comprendido en dos momentos; aguas arriba (importador-distribuidor) y de distribución aguas abajo (procesos asistenciales y atención al usuario). Si un paciente requiere de asistencia hospitalaria y no se dispone de inventarios, se coloca en riesgo la salud de la población.

En términos gerenciales es una situación delicada sino se planifica durante el ejercicio fiscal y/o presupuestario. Los insumos recibidos se transforman en atención al usuario. Retomando el interés del ciclo económico nacional, el ciclo hospitalario y el ciclo de inventarios, los planes de dotación anual por el Estado venezolano son inherentes a la cartera de presupuesto sanitario y se ejecutan bajo dos compras anuales para dotación y equipamiento a toda la red hospitalaria (primer trimestre y último trimestre del año calendario).

El significado económico y administrativo de los inventarios (gestión de inventarios), posee dos implicaciones básicas; (a) costos de penalización por inexistencia de los materiales y (b) costos de almacenamiento y de gestión de inventarios inmovilizados que afecta la gestión clínica y asistencial. En referencia al primero, la carencia resulta incuantificable si produce falta aseguramiento de la calidad de vida o bienestar colectivo. Se produce una degradación de disponibilidad del servicio hospitalario, sin considerar la

pérdida de confianza de los usuarios que no reciben el servicio asistencial. En cuanto al segundo, la calidad de gestión de inventarios puede ser medida con una figura administrativa llamada factor de servicio o índice de atención determinado por la relación de pacientes atendidos y la cantidad de acciones requeridas. Los costos asociados a la gestión de insumos médicos aumenta de manera no lineal al aumentar el índice de atención.

Debe ser evidente que existen compromisos aceptables entre la calidad de la gestión de los insumos médicos y los costos que ella genera, por lo que el resto de los indicadores de gestión hospitalaria deben estar coordinados en la búsqueda de equilibrio en cuanto a reponer el inventario y en qué cantidad hacerlo.

Por un lado los proveedores internacionales y nacionales requieren de divisas del Estado para adquirir sus productos, insumos y materiales para mantener inventarios en niveles óptimos y cantidades suficientes para ejercer el proceso asistencial. Los hospitales según la teoría de inventarios requieren de dotación en sus almacenes en un ciclo virtuoso de oferta-demanda, seguido de otro denominado entrada-salida de insumos por servicios solicitantes, que termina alterado por fallas cuando se interrumpe una de sus etapas convirtiéndose en ciclo vicioso y pernicioso para el proceso asistencial.

En 2014, según un informe de la Federación Médica Venezolana, el 96% de los hospitales solo recibían una dotación en insumos representada por un 5% de lo solicitado para su funcionamiento y operatividad. A esta condición se agrega otra, el porcentaje de equipos defectuosos o fuera de uso registrado fue de un 86% en los servicios asistenciales de 45 hospitales que representaron 39 centros asistenciales evaluados y visitados. Fue un descriptor de problema que mereció atención ya que estaban distribuidos en

servicios esenciales como; banco de sangre, emergencias, radiología, laboratorio, quirófanos, equipos de planta fijos en salas de hospitalización, oncología, ginecología, sala de partos y central de suministros.

Varias causales tienen impacto en los indicadores descritos, por ejemplo en los doce últimos años el país ha experimentado cinco grandes esfuerzos de macro-reformas, propuestas que han generado modificaciones en la gestión hospitalaria. Debemos distanciar la reforma en salud de la reforma hospitalaria, si bien la primera incluye la segunda, también es cierto conocer que las directrices para la reforma hospitalaria deben estar orientadas desde el marco institucional hospitalario, resultando más operativa que política, destinada a redimensionar la gestión hospitalaria, mientras que la reforma en salud se orienta a políticas de control de costos, gastos y financiamiento con criterio regulador.

En el corto plazo se contrataron servicios privados y se establecieron convenios con países como la República de Cuba, lo que permitió aliviar las necesidades de atención quirúrgica y oftalmológica inmediata que no podrían ser resueltas en la red oficial hospitalaria venezolana.

Adicionalmente, se asignó una partida extrapresupuestaria importante para el equipamiento y fortalecimiento de la infraestructura en hospitales seleccionados (Barrio Adentro III y IV) en el marco de dotación de materiales, equipos y suministros, mantenimiento de equipos y conservación de infraestructura hospitalaria, y se formuló una propuesta de marco legal y administrativo que permita el desarrollo de la autonomía de gestión hospitalaria, aun así la situación problemática sigue siendo un obstáculo en la gerencia y gestión de la atención hospitalaria.

Habida cuenta, y dicho de otro modo, después de ubicarse en la situación problemática de la realidad venezolana estudiada, se presentó por un grupo de profesionales una respuesta centrada en un modelo de apoyo gerencial para los jefes de servicios con una postura empírico-teórica y centrada en el desarrollo organizacional. El modelo propuesto interrelaciona tres aspectos esenciales para los hospitales; administración de problemas, gestión de servicios y la gerencia hospitalaria. Lo que resulto paradójico fue el distanciamiento metodológico entre los actores y los problemas identificados.

Al considerar la perspectiva basada en experiencias y modelos teóricos se quiere con ello significar la condición que reafirma una vez más la trascendencia de paradigma como postura particular y la imposibilidad de separar estos aspectos de la teoría-práctica de los profesionales de salud.

Por ende se persigue; (a) conocer la realidad mediante la observación, (b) explicar los aspectos relacionales y causales y (c) proponer transformaciones con aplicabilidad práctica. La concepción de práctica hospitalaria como actividad transformadora de la realidad en el estudio y su propuesta gerencial es dimensionada como la fuente última del conocimiento al permitir el ascenso de lo sensible a lo conceptual (pragmatismo).

El resultado de este estudio ofrecerá una visión integral de una práctica gerencial sintagmática acorde con las coordenadas temporo-espacial que vive la salud y en especial las instituciones destinadas a la contraprestación de servicios asistenciales que buscan minimizar los obstáculos existentes en la gerencia y gestión asistencial, enmarcado en la reforma hospitalaria y concebido para fortalecer el Sistema Nacional Público de Salud venezolano.

Considerando la información precedente, esta investigación pretende alcanzar logros adjuntos a la formulación del problema para dar respuestas a las siguientes interrogantes:

¿Cómo se desarrolla el proceso de gestión administrativa en los servicios asistenciales de los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV?

¿Cómo caracterizar el estilo planificador de gerencia médica en situaciones asistenciales en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV?

¿Cómo se desarrolla el proceso de planificación en situaciones de contingencias en los hospitales públicos de Venezuela tipo III y IV?

¿Cuál es la concepción de plan estratégico en situaciones problemáticas de largo plazo para toma de decisiones en los servicios asistenciales de los hospitales públicos de Venezuela tipo III y IV?

¿Cuáles serán los componentes de un modelo de gerencia sintagmática hospitalaria para optimizar la gestión asistencial en los hospitales públicos de Venezuela tipo III y IV?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Desarrollar un modelo de Gerencia Sintagmática en Servicios Asistenciales para Optimizar la gestión en los Hospitales sector público venezolano tipo III y IV.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar el modelo de gestión administrativa asistencial en servicios que predomina en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV.

2. Caracterizar el estilo planificador del director médico en las situaciones asistenciales en los hospitales públicos tipo III y IV.

3. Identificar el proceso de planificación en situación de contingencia en hospitales del sector público venezolano tipo III y IV.

4. Determinar la concepción de planificación estratégica en situaciones problemáticas de largo plazo en los servicios asistenciales de los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV.

5. Proponer un modelo de gerencia sintagmática en servicios asistenciales para optimizar la gestión en los hospitales del sector público venezolano tipo III y IV.

Justificación e Importancia de la investigación

Además de describir el contexto problemático en su extensión, otra forma de contribuir a la solución del problema hospitalario estaría referida a la exposición de las razones que motivaron esta investigación. Este estudio se ha concebido bajo la norma de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV,1999), en sus artículos 83, 84, 85 y 86 Título III, Capítulo V, de los derechos sociales, en concordancia con los artículos 141 y 143 sección segunda de la administración pública; Título IV, Capítulo I, sobre el Poder Público, donde se establece que la Administración Pública estará al servicio de los ciudadanos y ciudadanas, igualmente tienen derechos a ser informados oportuna y verazmente de todo lo que acontece en el “*espacio de lo Público*”. Asimismo, el artículo 145 y *ejusdem* establece la disposición de los funcionarios públicos de velar y responder por el servicio del Estado.

Por otra parte, el artículo 62 de precitada ley, otorga el derecho de todo ciudadano (a), de participar libremente en los asuntos públicos, como lo es, exigir la garantía del derecho a la salud, expresado a través de la participación del pueblo, generando en la comunidad organizada el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la políticas de salud. Este impacto en la sociedad también garantiza la relevancia social de la investigación y su implicación práctica en la solución conjunta y participativa de problemas en el área hospitalaria.

Es necesario justificar este planteamiento con valor teórico-práctico y hacer referencia a la voluntad del Estado de aplicar la Planificación Estratégica según la Constitución vigente en Venezuela, a tenor y en correspondencia con el espíritu y rango del artículo 299. Esta disposición

obliga al Estado y convoca la iniciativa de una Planificación Estratégica, democrática, participativa y de consulta abierta en beneficio de la población. Contribuciones que se enmarcan en otras áreas del conocimiento pero que son de interés para la administración hospitalaria. Su utilidad metodológica podría ayudar a mejorar el análisis de problemas en servicios asistenciales.

En la sociedad cambiante de esta época, hay rasgos tendenciales de corto y largo plazo, que interesan al desarrollo de la Planificación Estratégica, como los que se identifican a continuación: (1) necesidad de organizaciones hospitalarias flexibles, (2) personal orientado a la competitividad pero, conocedor de la administración de conflictos, (3) cambio organizacional para la incorporación informática en sus estructuras de relación, (4) renovada importancia a los métodos de participación (5) empoderamiento en pro de la cultura organizacional y (6) persistencia de zonas gerenciales con pensamientos difusos entre centralizar y descentralizar.

Partiendo de estos supuestos se apoyaría y profundizaría sobre el problema hospitalario. Para muchos visto como crisis asistencial del tercer nivel, para otros observados como un colapso operativo inminente de la red hospitalaria. Con este aporte sobre gerencia sintagmática se pretende ofrecer una perspectiva novedosa para analizar y encauzar la situación hospitalaria desde nuevos puntos de vista donde convergen necesidades, motivaciones, intereses, inquietudes y sugerencias tanto de profesionales, ciudadanos como de investigadores.

Por consiguiente es imperante expresar una idea que justifique el "*Hospital como Institución Pública*" al servicio de la sociedad para satisfacer tanto las necesidades extra e intrahospitalarias. Todo hospital debe cumplir su misión primordial de promoción para la salud a través de estrategias

oportunas, pertinentes, enmarcadas en los principios de corresponsabilidad, solidaridad, honestidad permitiendo la participación protagónica; en sí, buscar cambios basados en un nuevo modelo, que permita desligarse de un administración autocrática, centralizada, ceñida a épocas clásicas tradicionales, fragmentada por especialidad y atención, donde se proporciona mayor interés a lo económico y no a lo humano. Para tal fin, se concatenan una serie de criterios que incluyen conveniencia operativa y asistencial, planteando un nuevo equilibrio entre el saber ser, el poder hacer y el querer hacer.

Frente a ello, se alude el artículo 19 de la CRBV, adscrito al título III de los Derechos Humanos y Garantía del Estado para todas las personas, conforme al principio de progresividad sin discriminación alguna en ejercicio omnisciente de la población. En este orden de ideas, el personal interdisciplinario en salud, en concordancia con la comunidad organizada, debe integrarse para buscar soluciones a situaciones inherentes a la atención hospitalaria.

Con la propuesta de modelo de gerencia sintagmática para optimizar la gestión asistencial de los hospitales, se pretende alcanzar un sistema de prestación de servicio de atención integral al usuario y/o paciente, familia, entorno comunitario y mantener intacta la relación equipo de salud, además debe servir para reforzar las actividades de promoción de la salud y permitirnos aproximarnos a la prevención, y de alguna manera a la participación protagónica tanto del equipo de salud como de la comunidad.

Esto implica modificar aspectos éticos, teniendo presente el respeto por la autonomía social, política, económica, cultural y evitar decisiones unilaterales en los servicios de salud y de esta manera se alcanzara el mayor éxito, prestigio, satisfacción laboral, desarrollo del talento humano y

profesional, con una administración contingencial flexible y cooperadora basada en decisiones conjuntas.

Debemos recordar que el tratamiento que posee una red de servicios hospitalarios esta interrelacionada con un servicio público y otros establecimientos que lo hacen necesario para su consecución, adquiriendo un grado de responsabilidad dentro de la integración interinstitucional, lo que genera sin lugar a dudas nuevas alternativas de gestión.

Este precepto se encuentra en relación con la Ley Orgánica de Salud, artículo 1 y 2 contenidos en el Título I y el artículo 26 del Capítulo I y *ejusdem*. Esta ley rige todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República, estableciendo las directrices y bases de la salud como proceso integral, con determinada organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de servicios de salud, de acuerdo a los principios de adaptación científico-tecnológico.

En el plano profesional esta investigación proporciona el uso de información actualizada. Desde el punto de vista metodológico, se considera significativa y relevante, por el hecho de integrar de manera directa y activa a los profesionales de la salud y los habitantes de la comunidad, lo que permite una mayor validez científica al obtener los datos desde donde acontece el suceso.

Igualmente la investigación, servirá de orientación a quienes dirigen los hospitales u otras instituciones de salud para cambiar de actitud, condiciones de trabajo, tanto con los trabajadores, directivos y jefes asistenciales, así como con los colaboradores inmediatos, buscando alternativas motivacionales, centrados en liderazgo transformador bajo la concepción de la gerencia y gestión hospitalaria de buen desempeño.

Por otra parte, si se profundiza en las expectativas de los ciudadanos (as), respecto al sistema hospitalario público, podrá observarse que estos expresan sus deseos de una mejor atención en términos de accesibilidad, efectividad, seguridad e información.

Finalmente el estudio, servirá de antecedente a futuras investigaciones que se involucren en el estudio de la Administración, Gerencia y/o Gestión Hospitalaria desde cualquier vertiente paradigmática, especialmente en la búsqueda de modelos innovadores y creativos de desempeño, con pensamiento y dirección estratégica, cultura eficiente y actitud cooperativa para la resolución de problemas asistenciales.

Especialmente, si consideramos que el hospital y su contexto local, participa en la mayoría de las líneas políticas estatales destinadas a reformar el sector salud. De acuerdo con las características y los objetivos de la investigación se presentan los siguientes alcances; (a) en el ámbito geográfico el estudio se realizó en unidades hospitalarias públicos, (b) a nivel teórico, logro recopilar y analizar diferentes temas y estilos de gerencia relacionados con el título de la investigación, (c) a nivel práctico, la exploración de campo del conocimiento hospitalario y la adquisición de conocimientos, permitió estrategias de análisis compartidos con gerentes de servicios para la comprensión de los fenómenos sanitarios en su totalidad, por último se extrajo un cuerpo de condiciones y recomendaciones productos del análisis compartido de utilidad para el estudio

No obstante la importancia del estudio y la caracterización de la situación problemática, se pretende ofrecer una guía o propuesta de un modelo gerencial innovador, integrador y pensado desde el usuario, abordado con un modelo de comprensión sintagmática detallado en el

capítulo II y en la discusión de resultados, como propuesta y con aportes significativos en los siguientes aspectos:

- Precisar un modelo de propuesta de gerencia sintagmática en servicios asistenciales con una visión de optimización hospitalaria clara y estratégica para mejorar la gestión hospitalaria (hospital integral).

- Modificar los resultados de productividad y rendimiento cama hospital en los servicios asistenciales existentes desde el punto de vista contable, financiero y presupuestario del hospital en estudio (hospital contable).

- Presentar un instrumento práctico y metodológico que facilite la recolección y disposición de la información por jefes de servicios disponible para el médico director cuya utilidad sirva para priorizar los problemas de gestión hospitalaria (hospital productivo).

- Implementar un modelo de gestión apropiado que incluya todos los procedimientos técnicos, administrativos y presupuestarios para la solución de problemas previamente identificados y que modelen un programa destinados a mantener actualizados a los jefes de servicios (hospital administrativo).

- Buscar una mayor autonomía gestionaría desde los servicios asistenciales responsables de la administración de recursos disponibles en los hospitales (hospital autónomo).

Todos estos alcances y alternativas de solución adjudican a la investigación un carácter general aplicable a todos los hospitales venezolanos con la configuración presupuestaria y administrativa similar (proyecto factible), por ello en interés de conocer las experiencias de otros expertos y sus teorías, se procedió a revisar, los trabajos existentes.

Utilizando como base, las referencias de organizaciones internacionales, regionales, nacionales e incluso locales, se pudo constatar limitaciones y obstáculos en la consecución sobre:

- Estudios que se centren en proceso gerencial efectivo en los hospitales públicos con estándares claros y definidos.

- Descripciones de procedimientos técnicos y/o instrumentos precisos que faciliten potenciar la gestión hospitalaria.

- Métodos de evaluación centrada en indicadores de rendimiento y aprovechamiento hospitalario con estándares propios para la geografía venezolana.

- Teorías que versen sobre procesos administrativos asistenciales en el hospital público, sobre todo cuando se relaciona la gerencia y gestión.

- Patrones de referencia para identificar situaciones adversas en el hospital.

En consecuencia se ha evidenciado según aspectos contextuales hospitalario y el objeto de estudio inherente a la gerencia en servicios hospitalarios, que se carece de información teórica y práctica sobre nuevas orientaciones en la conducción hospitalaria. Como el estudio lo indica, tiene un propósito de utilización inmediata, la ejecución de la propuesta, que consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una respuesta mediante un modelo operativo y viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades a nivel de los servicios asistenciales hospitalarios.

La propuesta de gerencia sintagmática que lo define puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos, que sólo tienen sentido de capacitación y formación permanente para los

jefes de servicios hospitalarios. En esencia el proyecto con propuesta gerencial, estaría orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en instituciones hospitalarias.

Con base en las diversas concepciones, el proyecto de gerencia sintagmática como respuesta en este estudio se desarrolla a través de las siguientes etapas: (a) el diagnóstico de las necesidades en la situación problemática hospitalaria con especial énfasis en los servicios asistenciales, (b) una investigación de campo para describir la contextualización del problema, (c) un planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta, (d) el procedimiento metodológico, las actividades y recursos necesarios para su ejecución de la propuesta, (e) análisis de viabilidad o factibilidad del proyecto (económica, política, social) y (f) la posibilidad de ejecución en los hospitales seleccionados y de ser posible, diseñar un programa permanente y exportable al restos de las instituciones de salud de tercer nivel de atención.

Al iniciar el diseño de solución viable mediante una gerencia sintagmática asistencial en hospitales, se plantean muchas interrogantes, cuyas respuestas indicarán las operaciones a realizar, las cuales se relacionan con la organización hospitalaria, la participación del personal profesional, con inclusión de la comunidad organizada y estructura gerencial, a saber.

¿Qué hacer? Se determina la identidad, naturaleza y contexto del proyecto, que se extiende desde el ámbito hospitalario al entorno social, económico y político. Se busca consolidar, definir y explicar los objetivos que guían las acciones para optimizar los servicios asistenciales.

¿Para qué hacerlo? Para alcanzar un grado de contribución a la solución de un problemas hospitalarios y por ende la satisfacción de usuarios.

¿Por qué hacerlo? Para justifica el proyecto de reforma institucional hospitalaria y consolidar el Sistema Público Nacional de Salud acorde con la realidad de cada entidad federal y su demanda de morbilidad y mortalidad a través de una explicación sobre su importancia, viabilidad, sustento teórico, beneficiarios, interés, relevancia y motivo.

¿Cómo hacerlo? Incluyendo todas las actividades gerenciales destinadas a capacitar a los jefes de servicios durante el proceso asistencial con criterios de planificación estratégica.

¿Dónde hacerlo? En primera instancia en los 45 hospitales seleccionados, sistematizando las experiencias y resultados anuales para posteriormente recomendar un plan que pretenda su implementación general en el resto de los hospitales públicos venezolanos.

¿Qué magnitud tiene la propuesta de gerencia sintagmática? Se delimita el alcance cuantitativo del proyecto y su profundidad. Se identifica el tipo de servicio que prestará o las necesidades que se propone satisfacer. Se otorgara criterio interpretativo a las argumentaciones provenientes de los actores formales con la finalidad de mejorar la propuesta inicial (enfoque cualitativo).

¿Cuándo se hará? Se corresponde con el tiempo que se requiere para llevar a la práctica el proyecto, el cual necesariamente será objeto de un control y delimitación cronológico. El espacio natural para la presentación de la propuesta será la Sociedad Venezolana de Salud Pública (SVSP) y el Observatorio Nacional de Salud Pública (ONSP), como miembro activo tanto de la sociedad científica como de la organización no gubernamental, con la

finalidad de proponer un órgano calificado y titulado para desarrollar la formación gerencial a nivel de jefes de servicios denominado Instituto de Formación Gerencial en Salud (INFOGERSA), que busque un desarrollo seguido de principios y criterios sanitaristas, incluyente para profesionales en salud pública para asesorar los principios de la propuesta *ad hoc*.

Como solución viable responderá a necesidades organizacionales con actividades concretas siguiendo un programa *in company* para acercar los gerentes hospitalarios a su entorno inmediato, perpetuar una respuesta formativa y desarrollar un pensamiento corporativo que proporcione soluciones integrales.

De acuerdo a esto, destacamos la necesidad generalizada de la propuesta de gerencia sintagmática en hospitales, su elaboración y desarrollo, destacando la importancia del modelo operativo viable para solucionar problemas, los requerimientos y necesidades de las organizaciones asistenciales. Además "*es una proposición sustentada en un modelo operativo factible, orientada a resolver un problema planteado o satisfacer necesidades en una institución o campo de interés nacional*".

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación

Al revisar bibliografía que sirve de soporte al estudio sobre gerencia en servicios asistenciales para optimizar hospitales del sector público venezolano tipo III y IV se encontró suficiente documentación en estos temas vinculantes con otros tipos de instituciones con similar funcionamiento y características gerenciales idénticas. Los aspectos gerenciales vinculantes al desempeño de la eficiencia en Instituciones hospitalarias venezolanas son una constante en los estudios revisados.

Por su afinidad conceptual sirven de fundamentación a esta investigación en la obtención de conocimientos para identificar el problema y datos suficientes para el cumplimiento de los objetivos planteados, pero dejan vacíos en cuanto a cambios de modelos gerenciales para adecuar la gestión hospitalaria en su máxima y mejor capacidad resolutive. Un hallazgo destacado es aquel que señala que el 98% de las investigaciones evaluadas están referidas al modelo tradicional de gerencia hospitalaria, y muy pocos estudios se dedican sobre un giro epistémico que incluya la gerencia sintagmática. Las más cercanas referencias gerenciales lo hacen en sentido de gerencia integral y holística.

En este sentido, y afín de establecer, una mayor relación, entre los antecedentes de la investigación, con el presente estudio, se tomaron en cuenta en la escogencia de las tesis los estudios relacionados con el fortalecimiento de la gerencia y gestión hospitalaria pública con limitaciones en la producción del conocimiento, razón que conduce a citar investigaciones de autores en otras áreas profesionales de la gerencia.

Por estas razones, la administración hospitalaria como ciencia es resultado de otros propósitos más desarrollados; la ciencia social, la ciencia política y la ciencia económica. Resulta claro como la necesidad de examinar posibilidades que permite a estas instituciones hospitalarias, crear, producir, innovar, buscar y presentar alternativas factibles para tomar decisiones oportunas es prioritaria. Satisfacer las necesidades sentidas y reales del conglomerado existente que acude al hospital es una misión. Por consiguiente, se propone implementar un modelo de gerencia basado en la sistematización de experiencias como espacio ganado en la gestión hospitalaria en círculos vinculados a la investigación, con liderazgo transformacional que optimice la planificación estratégica de servicios asistenciales, para generar un cambio en el estado actual y funcionamiento del hospital.

Este cambio debe ser impulsado por una visión gerencial que utiliza la metáfora del sintagma empleado en holística para aludir un proceso de ideas y valores, producto de las relaciones del conocimiento de distintos modelos. El cambio de visión de corto plazo, por una de largo plazo con gestión orientada a la calidad debe marcar las pautas de una gerencia efectiva a futuro. Los sintagmas se logran por convergencia de paradigmas, también mediante el desarrollo de presupuestos conceptuales que de manera progresiva generan una matriz teórica.

En torno a este tema se han relacionado las acciones de investigación que garanticen una comprensión mayor sobre el contexto hospitalario que garanticen la equidad y el financiamiento de los hospitales. Toda reflexión se inscribe en el momento histórico después de la II Guerra Mundial, cuando la atención de la salud se consideraba un gasto y nunca una inversión. A partir de los años sesenta, empezó a operar un cambio en el concepto de desarrollo asistencial y se habló de inversión en salud con menor coste y mayor cobertura.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) adopto la definición siguiente de hospital que para efectos del estudio se mantendrá, y la cual establece:

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 preventiva como curativa. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial” (p.8).

El Hospital público venezolano tipo III y IV, se adapta perfectamente a las características de múltiples funciones, cuantiosas actividades, gran empleo de personal especializado y no especializado y enorme coste económico. La situación observada en el planteamiento del problema, delimito un inadecuado manejo de pacientes, generando estancia prolongada al enfermo, niveles negativos de satisfacción en el personal, uso innecesario de tecnología y equipos, saturación de pruebas para el paciente y para los servicios, y errores en la atención directa al paciente.

En consecuencia, se empezaron a aplicar programas de ajustes estructurales que llevaron a la introducción de criterios gerenciales, administrativos, económicos y de gestión en las organizaciones sanitarias,

con miras a potenciar los servicios de salud, hacerlos más efectivos y obtener resultados satisfactorios centrados en una gestión óptima.

Actualmente existe un concepto de desarrollo económico y social según el cual la salud, forma parte integral de los modelos de progreso de los países. La salud como expresa *Navas, G.*, (2009; p.10), “representa un punto donde se articula la política social, con sus metas de equidad y bienestar, así como la política económica con su interés por la productividad”. La matriz conceptual de crecimiento y equidad son dos propósitos medulares indispensables, difíciles de conjugar en el contexto hospitalario pero, no imposible de conseguir.

De esta forma, se consideraron las investigaciones relacionadas con el fortalecimiento de la Atención Integral de la Misión Barrio Adentro modalidad hospitalaria, que presenta *Rodríguez, F.*, (2008; p.4), donde expresa que “la política gubernamental, proporcionara los primeros resultados en este estilo, en materia de Gerencia Hospitalaria. También ha sido necesaria la revisión de temáticas relacionadas con la salud en Venezuela como son: el desarrollo del sistema sanitario de Venezuela, la Misión Barrio Adentro III, así como la situación de salud del país en últimos 20 años.

El estudio más reciente, lo constituye el trabajo de investigación realizado por *Ojeda, J.*, (2006; p.34), titulado “Barrio Adentro, una política de salud de Atención de la Universidad de Carabobo”, quien realizo un abordaje de la política pública “Misión Barrio Adentro”, demandada por el Estado Venezolano a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como respuesta para la solución de los principales necesidades sociales y de salud.

El autor de este estudio realizó una revisión de los elementos teóricos que permiten conocer las bondades de estas políticas, sobre todo a nivel hospitalario, como resultado, se presentaron conclusiones que coinciden con la necesidad de redimensionar los espacios de la gerencia para optimizar la gestión en materia de atención en salud.

Por otro lado, en los hospitales tipo III y IV como los presentados en el estudio, son poseedores de ambientes complejos y cambiantes. Debido a tal complejidad, es conveniente que los jefes de servicios, lean y releen el ambiente hospitalario y por ende requieren de posicionamiento y reposicionamiento dentro de la organización cuantas veces sea necesario para mantenerla viva y mejor aún, para hacerla crecer y prosperar. La planeación estratégica constituye el proceso gerencial que interviene de manera decisiva en nuestra adaptación constante, a su vez prepara al hospital para adaptarse a una situación concreta.

Básicamente se trata de acercar la misión de los hospitales tipo III y IV a una nueva cultura pragmática y reactiva centrada en la dotación y suministros de recursos permanente como lo establece la Misión Barrio Adentro III. Entendiendo que el problema de administración, gerencia y gestión hospitalario va más allá de esta actividad operativa, ya que involucra atención médica inmediata, infraestructura de alta complejidad y tecnología de avanzada en el campo de la medicina, así como también toma de decisiones de alto valor agregado para la solución de los problemas antes planteados.

Otra investigación es la referida en el trabajo de *Guillen, E.*, (1999; p.26), titulado "Diagnostico del Perfil Gerencial del Director Médico de Hospitales Públicos". Vinculante al estudio se registran conclusiones sobre las funciones realizadas por el director médico, básicamente administrativas

y rutinarias, alejándose de una gerencia efectiva y dinámica, a su vez, no promovían la participación e integración de recursos en función de metas, ni mostraban interés expresado en la realización de la supervisión organizacional. Al mismo tiempo que el proceso de planificación se presentaba de modo unidireccional y normativo, lo que se percibió como una tendencia hacia el liderazgo autocrático.

La gestión hospitalaria no se produce en lo abstracto, sino en situaciones concretas dentro de un contexto de servicios asistenciales que puede llamarse genéricamente organización de salud, con colectividades y acciones humanas organizadas por disciplinas y profesiones. Por ende relacionar una empresa de salud con una empresa comercial posee sus analogías y similitudes, sobre todo al referirse al talento humano laboral en expansión, ya que poseen voluntades comunes, deseos crecientes, preferencias globales, trabajo en equipos y recursos especializados.

Por estas razones, el logro de una autonomía hospitalaria debe ir a la par de una evaluación constante, lejos de los rigores del autoritarismo y de la imposición de criterios personales. Planificación y administración estratégica local en hospitales es una manera de desarrollar un proceso integrado de gestión descentralizada, que facilite el ajuste de la relación entre necesidades y recursos. El hospital público tiene y tendrá un papel preponderante en la satisfacción de las necesidades crecientes de atención en salud.

Este panorama fue debidamente caracterizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Oficina Regional de las Américas, en la dirección de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual se vio en la necesidad en Septiembre de 2.008, de reforzar las actividades de

transformación técnica en los países miembros y de movilizar los recursos en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS).

A fin de dar soporte a la investigación, se menciona la tesis de *Rojas, V.*, (2007; p.55), titulada “La Gerencia Estratégica como Modalidad de Análisis Organizacional para el programa de Ayudas económicas del Instituto Nacional de Geriatria y Gerontología (INAGER)”, quien realizó un estudio de tipo exploratorio con el fin de aplicar la Matriz DOFA. El estudio se inicia con un análisis teórico-reflexivo-analítico sobre la caracterización de la Gerencia Estratégica en servicios de salud, sus etapas y aspectos claves, el perfil del gerente estratégico, la gerencia de los programas sociales, la evaluación de programas sociales, con énfasis en la evaluación integral por su vinculación con la gerencia estratégica.

Es por ello que luego hace referencia de la institución como sistema abierto, destacando su base legal, visión, misión, estructura organizativa, perfil de la población, objetivos institucionales y programas de atención. Examinó en profundidad el componente económico, luego aplicó la Matriz DOFA, lo cual permitió la elaboración de un bloque de estrategias asistenciales, como alternativas para superar los aspectos negativos de la gestión y fortalecer los positivos de la gerencia.

Otro autor importante a considerar, es *Romero, R.*, (2006; p.23), quien realizó un trabajo titulado “Lineamientos de la Gerencia Estratégica para la Optimización del Proceso Presupuestario en el Hospital Israel Ránuarez Balsa del Estado Guárico”. Este estudio se enmarcó en los lineamientos de proyecto factible apoyado en una investigación de campo tipo descriptivo. Las técnicas de recolección de datos utilizadas favorecen los registros de información documental, que luego convirtió en un listado de aspectos relacionados con la investigación, siendo las memorias y cuentas, las

ejecuciones presupuestarias y demás registros contables los aspectos relevantes para la gerencia.

Los resultados de la observación se analizaron en forma cualitativa y cuantitativa, examinada y validada por el juicio de experto en materia de administración hospitalaria. La importancia de la investigación, estriba en la relación con el mejoramiento del proceso presupuestario hospitalario, el cual adapta y se ajusta a las normativas legales vigentes. Se llegó a la conclusión de que la formulación, ejecución y control presupuestario de la institución, presentaba fallas que impiden alcanzar los objetivos y metas planteadas por programas asistenciales, al término de no alcanzarse satisfactoriamente la cobertura de usuarios prevista, por lo que se hizo necesario elaborar propuestas alternativas de adecuación presupuestaria y de atención a la demanda.

Por consiguiente, los argumentos de *López, F.*, (2004; p.45), que presento en un trabajo titulado “Plan Estratégico para Optimizar el Fortalecimiento de las Unidades Administrativas de los hospitales tipo III, del Estado Zulia”, son importantes para la justificación del tema. El estudio fue estructurado bajo el enfoque de *Henry Mintzberg* (1939) canadiense de origen y reconocido por sus temas relacionados con negocios y gestión organizacional. Se propuso contrastar la realidad de trabajo de una gestión con la teoría empresarial. Es uno de iconoclasta de la estrategia empresarial que pondero la creatividad e intuición de la estrategia muy por encima del proceso racional y analítico.

Retomando la investigación original de *López (op. cit)* esta se realizó bajo la modalidad de proyecto factible acercando los objetivos del estudio a una propuesta de desempeño lo más cercano posible a una concepción sintagmática en servicios asistenciales, sustentado en una investigación de

campo de tipo descriptivo. Importa y por muchas razones saber que la población en el estudio estuvo constituida por la totalidad de los sujetos del universo de estudio, noventa (90) jefes de servicios asistenciales. En su recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios, los cuales abordaron las características personales, profesionales y el desempeño gerencial.

Los instrumentos fueron validados a través de juicios de expertos y para determinar el grado de confiabilidad, aplico una prueba piloto, dicha prueba arrojó un coeficiente de *Alfa de Cronbach* de 0,86 para los funcionarios administrativos (media gerencia), y de 0,81 para los directores, indicando una alta confiabilidad. Se llegó a la conclusión de que los jefes de unidades asistenciales hospitalarias no se están desempeñando en forma óptima con respecto al nivel de eficiencia y efectividad esperado en el desarrollo de sus funciones gerenciales.

Analizando la investigación del autor *Rojas, E.*, (2001; p. 67), en su trabajo "Estudio de liderazgo prevalente en la alta dirección de los hospitales públicos venezolanos", de naturaleza descriptiva y cuyo objetivo principal era determinar el estilo de liderazgo que se ejerce en los hospitales públicos, expone entre sus argumentos que el error en muchas organizaciones sanitarias reside en que se le ha dado mayor importancia a los aspectos técnicos y administrativos de la organización, menospreciando los aspectos personales y de liderazgo.

Además, los gerentes de hospitales públicos deben ser líderes de manera que tengan la capacidad de estudiar el comportamiento de los trabajadores a fin de lograr el equilibrio entre los objetivos personales y profesionales en las instituciones sanitarias. En base a lo cual concluye que tras una buena administración local hay un líder excelente rodeado de un eficiente equipo colaborador. Por esto, se recomienda que los gerentes

hospitalarios deban ser líderes que contribuyan a estimular la creatividad y eficiencia del personal, para mejorar la gestión.

Asimismo, se debe practicar una comunicación bidireccional para lograr los objetivos de la organización. De allí la importancia, en las organizaciones públicas, de considerar el talento humano como factor fundamental en la empresa, además, conocer sus habilidades directivas las cuales influyen en el desenvolvimiento eficiente de la organización para el logro de los objetivos.

Para dar al lector, toda la información posible acerca de las investigaciones que se han realizado, sobre el problema que se pretende investigar, los objetivos perseguidos para la formulación del proyecto, se utilizaron enfoques diversos que agreguen valor al desarrollo de las variables en estudio, entre ellos se pueden citar los siguientes:

El trabajo, presentado ante la Universidad Bicentennial de Aragua (UBA), por *Fuentes, P.*, (2001; p. 87). El investigador justifico su investigación referencial, denominada, "Estrategias de apoyo para atención del cliente hospitalario". Entre sus resultados, el autor oriento estrategias de atención dirigidas al cliente externo o usuario, que proporcionen a las empresas sanitarias herramientas de servicios asistenciales que le permitan captar y retener a los clientes externos en función de los nuevos esquemas de la calidad de los servicios que esperan recibir, actuando así, con criterios distintos a los tradicionales.

Estas directrices estratégicas, a los cuales llego en su conclusión, están sustentadas en el hecho, de que las empresas sanitarias no cuentan con definidas estrategias de atención al cliente externo en función de parámetros de lo que espera recibir en su atención directa. También comprobó que las empresas en salud no aplican nuevas estrategias, no han alcanzado un nivel

de productividad adecuado y no han diversificado su servicio, por el contrario han generado insatisfacción en sus clientes externos o usuarios.

De este hecho se desprende, la pertinencia que sustenta la necesidad de tener presente el grado de satisfacción al formular planes, acciones y caminos estratégicos en la organización sanitaria. Las empresas en salud deben planear con visión sistémica, holística, integral y transversal sus propósitos de gerencia efectiva, para que en el desarrollo de esas acciones, se consideren, evalúe y ajusten los factores endógenos que generan, nudos críticos identificados, y cuellos de botella, que identifican a tiempo los obstáculos de una gestión óptima.

Otro trabajo de la UBA, es el presentado por *Padilla, R.*, (1992; p. 44), en la investigación titulada “Lineamientos estratégicos para la optimización de la calidad del servicio ofrecido por la empresa de salud municipal”. Dentro de los resultados de la investigación el autor indica, que un programa formal de calidad de servicio asistencial y satisfacción al cliente externo contribuye a lograr un nivel de excelencia que coloca a la empresa en salud en una buena posición competitiva del mercado en el que se desenvuelve.

Asimismo concluye que, para prosperar en una economía global, la regla del éxito está presente en la calidad de competitividad en el servicio ofertado, la cual en el ámbito de una empresa en salud está reflejada por la capacidad que tiene la organización para, captar usuarios, mantenerse en ellos con perfiles de calidad y satisfacerlo en su atención.

El éxito entonces, en lograr que estas condiciones se produzcan y que la demanda sea atendida oportuna y satisfactoriamente, obliga a ofertar enfoques de calidad de servicio, pensando en la satisfacción del cliente interno y externo, lo que en cualquier organización resulta fundamental especialmente en las empresas dispensadoras de servicios de salud, para

mantener niveles de competitividad del capital humano endógeno y del cliente exógeno.

Como se puede determinar, son muchos los trabajos, que de una u otra forma, guardan pertinencia con la investigación en lo referente a la administración en salud, en la gestión asistencial y gerencia hospitalaria. Sin embargo, como se ha reafirmado en diferentes aportes, la coherencia, vulnerabilidad, transversalidad y transferencia de criterios emanados de diferentes disciplinas han predominado, vinculados con el hacer humano empresarial, especialmente dirigidas a brindar valor agregado a los contenidos del presente estudio.

La revisión de la investigación previa, es fundamental para las orientaciones metodológicas, los aportes de conocimientos son esenciales, en este sentido *Maiqui, F.*, (2001; p. 70) en su trabajo “Estilos de Liderazgo de los Jefes de Servicio”, realizado en el Hospital Dr. José Rangel de Villa de Cura, Estado Aragua, planteo como objetivo general del estudio, determinar el estilo de liderazgo de los jefes de servicios frente a situaciones relacionadas con los niveles de desarrollo del personal del hospital en cuestión.

En la conclusión expresó encontrar un enfoque de liderazgo donde predominó el estilo democrático de mando, acompañado de funciones de delegación y apoyo a situaciones propias donde los gerentes combinan niveles de baja efectividad y poco desarrollo personal. La corrección de los hallazgos negativos y la adopción de los positivos apoyan la propuesta de una gerencia efectiva y una gestión óptima.

En el trabajo de *Domingo, E.*, (2001; p. 93), titulado “Diagnostico organizacional del ambulatorio del municipio Girardot bajo enfoque participativo”, del Estado Aragua, y presentado mediante un argumento sobre

la teoría de desarrollo organizacional, siguiendo una metodología en varias fases, sensibilización e inducción del personal como gerentes para la participación voluntaria. A través de una encuesta de campo, concluyo que la participación del personal y de la comunidad, contribuyo a mejorar las estrategias de gestión, así como, mejorar la satisfacción del usuario y la imagen del establecimiento de salud.

Los estudios referidos como antecedentes aportan una visión integral desde diversas concepciones sobre la problemática objeto de estudio y los objetivos planteados; gestión hospitalaria, estilo planificador, planificación de situaciones contingenciales, planificación estratégica hospitalaria y gerencia asistencial. De allí que sea necesario en todo el desarrollo de la investigación tomar en cuenta el valor práctico y conceptual de teorías que tengan relación con los objetivos que se llevan a cabo, las cuales podrán servir como marco referencial al estudio y constituir un aporte representativo para el desarrollo del mismo.

En tal sentido, seguidamente se presenta una serie de investigaciones precisas asociadas al contenido del estudio, extrayendo solo el conocimiento referencial de los diferentes tópicos aportados por ellos en su desarrollo.

Dentro de este marco referencial *Barela, M.*, (1993, p. 90), presento la tesis de grado titulada: “ Diagnostico de la situación de la alta gerencia del sector salud en el Estado Carabobo, a través del estudio concluyo que la planificación de los hospitales es centralizada, la alta gerencia recibe pautas del Ministerio del Poder Popular para la Salud a través del Sistema regional de Salud, igualmente los objetivos son elaborados a nivel central y no cuentan en su estructura con una unidad de planificación operativa, los recursos materiales disponibles son obsoletos, con ausencia marcada de inventarios.

Así mismo, es conveniente reseñar el trabajo realizado por *Navas. E.*, (1993; p.55), en su tesis de Maestría denominada: “Gerencia Hospitalaria. Calidad y Productividad, en el Hospital Israel Ranuarez Balsa”, en el cual se determinó la calidad como uno de los criterios que deben estar presente en todo sistema gerencial, entendida esta, bajo términos de eficiencia en la prestación de un servicio, lo que hace más efectiva las instituciones de este sector, complementando la calidad tanto en la gestión hospitalaria como en la demanda poblacional.

Por otra parte, la realidad del Presupuesto del Sector Salud en el Estado Guárico fue estudiada por *Lobos, J.*, (1996; p.88), en su tesis “Gastos de personal en el presupuesto de la dirección regional de salud”, investigación que tuvo como objetivo analizar los gastos del personal de acuerdo al presupuesto general de la dirección de salud del Estado Guárico, concluyendo que la mayor parte de dicho presupuesto es utilizado en el pago de sueldos y salarios, dejando un déficit en las otras partidas de mantenimiento y equipamiento, dificultando así una gestión hospitalaria eficiente. En consecuencia estos indicadores presupuestarios soportan la necesidad del control previo de la gestión hospitalaria.

De igual forma *Silveira, E.*, (1997; p.79), realizó una tesis referente a la descentralización de los servicios de salud en el estado Guárico, una aproximación al estado del arte, donde se determinó la situación para ese momento del proceso de descentralización del sector en el Estado Guárico en la cual dejó ver la necesidad de implementar mecanismos administrativos idóneos, adecuados, claros y precisos que en consecuencia ayuden a fortalecer el proceso administrativo y organizacional dentro de la gestión hospitalaria.

En la perspectiva de *Navarro, R.*, (2002; p.67), se realizó un estudio institucional de tipo descriptivo analítico titulado: “Modelo de liderazgo gerencial para escenarios multidimensionales de la educación médica en Venezuela”, dirigido a la búsqueda de hallazgos que permitan evidenciar el liderazgo gerencial médico en cuanto al cumplimiento de las funciones de administración, gestión y planificación sanitaria, específicamente en el contexto de Universidad experimental Simón Rodríguez.

La investigación concluye señalando que existe incongruencia entre las dimensiones de la teoría de acción en relación al liderazgo gerencial y el cumplimiento de las funciones gerenciales antes mencionadas, reflejado en la incoherencia entre lo planificado y lo efectuado en dichas funciones.

Las investigaciones reseñadas denotan la importancia de promover el desarrollo de la gerencia en instituciones públicas mediante una cultura organizacional orientada a elevar la calidad de los procesos administrativos. Este desarrollo implica el mejoramiento de los principales actores del proceso gerencial, en el caso que ocupa esta investigación, los gerentes pertenecen al sector público hospitalario.

Para *Georgopoulos* (1988; p.45), en su estudio “El Hospital como organización de servicios humanos”, señaló la existencia de múltiples grupos profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros), que generaron diversas líneas de autoridad. Por otro lado, y en concordancia con la participación de diversos profesionales, se puede decir que el tipo de trabajo, que se realiza es altamente especializado por lo que se requiere de un alto grado de coordinación para garantizar continuidad en el proceso de toma de decisión. Esta conclusión es una fortaleza para comprender el problema, para los objetivos y para propuesta de mejorar la gerencia y optimizar la gestión.

De acuerdo con lo anterior, y con base a lo presentado por Ros, M., (2004; p.79), en su obra Metodología para Resolver problemas Hospitalarios, señala que “el papel de los directivos y los problemas que perciben están en función de varios factores tanto del entorno como personales”. También concluye que es posible identificar diferentes tipos de problemas que enfrentan los médicos directores en función de las características propias de la organización hospitalaria.

Este autor Ros (*op. cit; p.56*) estableció una tipología de problemas que considera bajo tres tipos diferentes de perfiles y modos de actuación: (a) problemas perceptuales, definidos como aquellos que se generan como resultado de la confrontación psicológica entre la imagen clínica y el ejercicio profesional y la expectativa de ellos como directivos, (b) problemas de contenido en las tareas y (c) problemas estructurales derivados del diseño organizacional del hospital.

En atención a la problemática expuesta estas conclusiones son valiosas al momento de plantear los objetivos y la propuesta, para lo cual se le dedica toda una fase en su implementación. Se ha concebido tradicionalmente el papel del director médico dentro de un marco de lo que se denominado proceso administrativo que engloba gerencia, gestión y toma de decisión. También se asume que la función administrativa del director médico es la misma que la del jefe de un servicio clínico, y que este debe realizar actividades de planeación, organización, dirección, ejecución y control.

Existen coincidencias en la distribución de funciones pero al tomar decisiones, las cargas funcionales se invierten. Básicamente lo bueno de estos resultados es que permite utilizar el enfoque motivacional del personal como la característica distintiva en la función gerencial, ambos enfoques son

inminentemente prescriptivos y contribuirán al modelo de gerencia sintagmática.

En los estudios realizados por *Hill, Ch.*, (1996; p.23), señalaba que “al apartarse de los modelos prescriptivos, se observan otros patrones de conducta gerencial que son descriptivos y por tanto mucho más realistas que los enfoques tradicionales”. Destaca entre otras cosas, las afirmaciones de que las tareas de los administradores, son desempeñadas en base a tres grandes categorías de roles; el interpersonal, el informador y el decisor.

Para *Rodríguez, J.*, (2005; p.34), en su obra *Las Decisiones Gerenciales Efectivas*, se esmeró en presentar cinco tipos de directivos en función de la actividad predominante y que realizan los gerentes. Para este autor los roles son los siguientes: emisarios, redactores, negociadores, resolutores de problemas y miembros de comités.

Estos estudios han permitido enfocar la atención en lo que realmente hacen los directivos y gerentes médicos en hospitales y no en lo que se suponen que deberían hacer. Con estos antecedentes se han realizado varios trabajos para definir el papel de los gerentes médicos.

Uno de ellos se centró en el rol del gerente en servicios de salud, produciendo como hallazgo de investigación los papeles genéricos y específicos de los gerentes médicos. A partir de estos resultados se identificó cuatro diferentes papeles de los gerentes médicos: (a) dirección interna, (b) desarrollo organizacional, (c) relaciones públicas en la comunidad y (d) monitoreo de entorno. Además se logró demostrar la existencia de algunas variaciones con énfasis en el desempeño de estos papeles dependiendo del tipo de organización en la que trabajan.

Bases Teóricas

Las bases teóricas de la investigación, representan los argumentos y apreciaciones que sustentan el estudio y están enfocadas dentro de las perspectivas de las teorías generales sobre gerencia y en particular la gerencia hospitalaria que pueden resultar aptas para su comprensión.

Gerencia Sintagmática

A título propositivo la teoría sobre gerencia sintagmática hospitalaria está pensada sobre pilares de la práctica en servicios asistenciales racionales y una comprensión holística que aportara modelos epistémicos que integraran diferentes paradigmas identificados en el campo hospitalario cuyo fin último es una asistencia al usuario digna, técnica, humana y cercana a su hogar.

La investigación integrativa esta llamada a producir cambios en el campo de la labor científica aplicada en gerencia hospitalaria. Hoy más que nunca se hace referencia a la declaración de Venecia de la UNESCO a través de su vocero *Pierre Weil* (1983; p.1), cuando expuso lo siguiente “la investigación integrativa reconoce que la ciencia llego a los confines en lo que es necesario que encontremos lo que llamamos abordaje holístico”

Para poder aceptar estos postulados, se debe reconocer que reina la confusión en torno a conceptos y métodos utilizados como parte del proceso de investigación holística. Lo único que resulta claro y enfático para muchos teóricos de tendencias positivistas, es la creencia de que el único tipo de investigación valido y científico es la investigación confirmatoria empírica, la cual se basa en el método científico, plantear un problema y contrastar los hechos, con base en un diseño de investigación de preferencia experimental.

Este enfoque tradicional, al dejar de lado las modalidades de investigación no confirmatorias, ha desdeñado vertientes del quehacer investigativo como investigación evaluativa, investigación-acción, investigación proyectiva e investigación prospectiva. A lo largo de la historia se han desarrollado y difundidos otros modelos epistémicos, o concepciones de investigación, con la idea de generar procesos acordes con el quehacer científico; algunos de estos modelos epistémicos han sido agrupados por autores como Cerda (1991); Cook y Reichardt (1986); Martínez (1994); Barrera (2000), bajo la denominación del paradigma cualitativo de la investigación.

Las distintas categorías de los paradigmas existentes, también denominados cadena sintagmática, al ocurrir los cambios, tienden a crecer semánticamente en esta dirección núcleo sintagmático y cadena sintagmática que evidenciara posteriormente los distintos niveles de abordaje conceptual de la propuesta de gerencia teórica de gerencia sintagmática.

La concepción original para el estudio de gerencia sintagmática se orienta hacia una práctica organizacional sustentable en una realidad dispuesta a atender lo humano, lo existencial, lo sanitario, lo organizativo en los establecimientos de salud del nivel terciario de asistencia hospitalaria. Asumiendo el modo de vida de las personas, los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad, los factores de riesgos para la salud, el modo de enfermar y la morbi-mortalidad aguda y crónica.

En relación con las implicaciones de las enfermedades y el estilo de vida de la población, la gerencia sintagmática por tanto está centrada en el usuario del servicio asistencial. Se trata de un constructo integrado para responder inter y transdisciplinariamente los problemas de salud-enfermedad-asistencia de la población. Se ha determinado que un cambio

en la estructura organizativa tiende a modificar también la distribución del espacio físico, los sistemas de información y el sistema de organización hospitalario.

En consecuencia dicha expansión de servicios en cada uno de los componentes asistenciales estará condicionada por la semántica de los términos contiguos establecidos para referenciar las nociones que surjan de lo entredicho entre paradigmas de la administración hospitalaria, así se presentara la *“gerencia sinérgica hospitalaria”* como un derivado conceptual inscrito en la *“gerencia holística hospitalaria”*, lo que a su vez conducirá a la *“gerencia sintagmática asistencial”* pensada en función del usuario.

No obstante, el sintagma es considerado en este estudio como una postura epistémica y metodológico que trata de presentar un nuevo enfoque de pensamiento de investigación en el cual se integran los diferentes paradigmas científicos. El sintagma como modelo de gerencia representa tres criterios; (a) el núcleo sintagmático; (b) la comprensión sintagmática y, (c) la explicación sintagmática. Los planteamientos realizados en este estudio se inclinan por una praxis hospitalaria sintagmática. Podríamos resumir que se trata de una propuesta teórica de rediseño del modelo de atención hospitalaria.

El modelo de gerencia sintagmática hospitalaria es concebido como, (a) un constructo integrador de disciplinas (sanitarias y no sanitarias) en procura de mejorar estilos y administrar servicios de atención de tercer nivel; (b) práctica sanitaria transdisciplinaria determinada por alcanzar un bienestar colectivo desde y dentro de las disciplinas; (c) proceso integrativo centrado en el ser humano en minusvalía por la enfermedad; y (d) ciencia que integra conocimientos, paradigmas y saberes en un intento comprensivo del proceso salud-enfermedad desde una óptica no tradicional.

En virtud de ello, se pretende alcanzar niveles de una gerencia productiva y competitiva adecuada al tipo de organizaciones en estudio, re direccionando el estilo de gerencia hospitalaria sin querer considerarla meta gerencia. Para efectos del texto de la propuesta describiremos los componentes en general con especial énfasis en el núcleo sintagmático de la “*atención al usuario*” razón de ser de la innovación.

Como resultados, se mencionan un conjunto de rasgos que se identifican con la vieja concepción de un hospital centrado en necesidades y que surgió en la década de los treinta (1930), para efectos de la concepción hospitalaria venezolana cuando se instalaron las bases de la modernización del Estado.

Dentro de los sistemas de salud del momento se desarrollaron instituciones con diversas finalidades (preventivas, curativas, contraloras y sanitarias), todas empresas productivas de salud con unidades prestadoras de servicios y entidades socio-tecno-económicas para toma de decisiones y establecimientos dispensadores de atención especializada con recursos complejos. Condiciones que se fueron perdiendo gradualmente, pero con posibilidades que se podrán recuperar en la concepción sintagmática de la gerencia hospitalaria.

Por eso en cierto sentido la gerencia sintagmática busca detener el movimiento destructivo de incertidumbre y fragmentación en los hospitales, presentándose como práctica innovadora, conjunto de procesos guías para la acción y ciencia que asume las coincidencias de las disciplinas administrativas, gerenciales y de gestión en hospitales, coincidiendo en ofrecer nuevos modelos de atención en salud conservando lo mejor de los viejos esquemas paradigmáticos.

El núcleo de interés común para la gerencia sintagmática es el usuario (núcleo sintagmático) y por extensión la población, en torno a la cual deriva su modo integrativo. En base a ello, se argumentan las ideas para la solución de problemas. La gerencia sintagmática es un constructo que integra contexto de servicios hospitalarios, equidad en calidad de vida, libertad expresada como desarrollo de personalidad y procesos de asistencia hospitalaria centrada en el ser humano, atendiendo al usuario y/o paciente desde las disciplinas biológica, psicológica, conductual, ecológica, social y espiritual.

El componente asistencial incluye el enfoque interdisciplinario financiero, contable, presupuestario y económico, ubicando las coordenadas de multidisciplinariedad en convergencia del conocimiento para mejorar la atención hospitalaria. Significa en una visión global pensada en una relación usuario-asistencia-acción hospitalaria, como nueva respuesta al proceso salud-enfermedad.

El trabajo en extenso y la propuesta teórica final, es una caracterización, de lo que a manera de ver del investigador es una gerencia hospitalaria con principios integradores que evite el modelo de:

- Fragmentar el conocimiento en el proceso asistencial.
- Concebir varias maneras de atender a un usuario (multidiagnósticos o grupo relacionado de diagnósticos).
- Distanciar profesional de la salud y usuario de servicio.
- Atención por contingencias.

El enfoque conceptualizado de gerencia sintagmática asistencial y gestión hospitalaria interpretara lo que ocurre naturalmente en el hospital. Por otra parte, si las nuevas realidades tienden a expandirse

semánticamente a los elementos contiguos, e imponerles su sentido humano estarán obligados de esta manera a cambiar en un plano de organización ajustada a las nuevas transformaciones y aceptando el crecimiento de demanda. Se está frente a un cambio innovador, que reclama una modificación en las estructuras de significación y organización hospitalaria.

Mientras se pueda alejar los hospitales de los cambios destructivos, permanecerá intacta su identidad, no sólo se modificara la estructura de significación anterior, sino que la supera en su esencia, conservara lo elementos de utilidad y surgirá un nuevo interés que crece con lo estructural. No se trata de un cambio de algunos paradigmas, ni de un reordenamiento por medio de nuevos y renovados conectores. Se construye sobre la realidad anterior, vale decir la cadena sintagmática surge y es necesario mantenerlas en el tiempo (la dialéctica al servicio del sintagma como salto cualitativo).

De acuerdo a las ideas expresadas en los párrafos anteriores, se ha hecho referencia a la existencia de algunos factores constitutivos muy relacionados a la sobrevivencia de la empresa hospitalaria. Estos factores constitutivos tienen una doble condición; construir y reforzar lo existente y de "restringir" lo emergente. Desde ese punto de vista, se puede apreciar entonces el carácter paradójico, en el doble sentido, en que por una parte le dan vida a la organización, la producen, la reproducen, la hacen esencialmente igual asimismo, y por otro lado la detienen, la congelan, evitan que se transforme en otra. A estas ideas hay que agregarle de manera explícita o implícita, la contradicción que se establece entre individuo y organización.

Sintagma como núcleo de la gerencia

El conocimiento y la apertura hacia nuevos horizontes están definidos por la integración de paradigmas en un proceso creativo de carácter sintagmático. Por paradigma se entiende una estructura de pensamiento o perspectiva epistémica bajo los cuales es apreciada una realidad cualquiera, en la perspectiva referida a una manera determinada de ver la realidad, simboliza una forma de actuar o una particular manera de ver el todo (*el holos*).

En opinión de algunas teorías el término *Holos* se expresa como prefijo, *hol* u *holo*, y significa entero, completo, todo, en sentido similar coincide con la noción de hospital concebido en una totalidad de servicios asistenciales destinados al usuario que requiere atención especializada. Indica también un servicio íntegro y organizado, en esencia esta es la perspectiva de atención al usuario pensado desde el proceso salud-enfermedad. Con el termino *holos asistencial*, se significara la totalidad de la asistencia destinada al usuario, relaciones, contexto o cualquier evento, aspecto, circunstancia y/o cualidad que en su momento esté siendo estudiado o tomado en cuenta, como uno, como complejidad o como totalidad referida al proceso asistencial hospitalario.

En lo esencial los sintagmas son procesos de investigación, de indagación y de creación abiertos hacia interacciones permanentes, de carácter novedoso. Sus componentes están definidos por el núcleo, la comprensión y la explicación sintagmática. En consecuencia exige estudio, investigación, apertura y comprensión, pero permite al trabajador, el intelectual, al investigador, al docente y al científico, estar abiertos a las posibilidades, percibir la complejidad con más naturalidad y proveerse de un recurso para la generación de mayor conocimiento.

Se observa que el sintagma es asumido como la integración de paradigmas, un salto epistémico entre el paradigma y el sintagma. Constituye la vinculación creativa de experiencias y saberes, los cuales mediante la condición relacional da origen a una comprensión integrativa, trascendente, compleja, sujeta a su vez al contexto y a las relaciones. Esto significa que adopta un criterio que integra conocimiento, experiencias, saberes, con posibilidades de generar maneras de percibir la realidad.

Cuando se trata de integrar paradigmas, el sintagma puede ofrecer la posibilidad de plantear nuevos modelos interpretativos y comprensivos. Cuando corresponde a la integración de teorías. Puede emerger como una nueva teoría que orienta hacia nuevas comprensiones, pues, no pretenden presentar el conocimiento como final y determinante, ya que son procesos de investigación, de indagación y de creación abierto a interacciones permanentes, de carácter creativo.

Retomando la expresión de un proceso sintagmático la comprensión generada contiene aportes fundamentales de los diversos paradigmas. El sintagma para su mayor valoración debe ser apreciado en su complejidad, pues los distintos pasos como también los variados aspectos son importantes, dependiendo de los propósitos del interesado en el estudio.

Por supuesto que en este acercamiento investigativo a los sintagmas debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, los siguientes; (a) los paradigmas originarios, (b) las relaciones entre paradigmas, (c) los niveles relacionales de los paradigmas, (d) el núcleo sintagmático, y (e) el efecto gestáltico del sintagma. De nuevo se pone de manifiesto la importancia del núcleo sintagmático para el modelo de gerencia en una aproximación teórico-práctica.

Dentro de la perspectiva gerencial, actuar paradigmáticamente significa juzgar según un modelo teórico determinado, muchas veces en detrimento de otras maneras de ver las cosas, las cuales también tienen validez, puestos que fueron verdades en su momento histórico. El pensar paradigmáticamente, obliga a ubicarse en una perspectiva nueva, sin negar otras opciones.

En una sociedad tan compleja ser paradigmático constituye un problema serio sobre todo en contextos donde la realidad debe ser vista desde distintos ángulos y aristas como ocurre en el ámbito hospitalario, para poder tener una apreciación completa. Un mundo paradigmático es un mundo dialéctico, de constantes luchas de opuestos, de tesis en contrarios enfrentado a otros saberes, pues un paradigma por lo regular es visto como opositor, contrario y percibido con recelos y temores.

Se puede considerar desde el punto de vista de la dialéctica organizacional hospitalaria, que en el proceso de organizar un proceso asistencial existen tres momentos importantes, descrito como: (a) el primer momento representa la afirmación. Es propio de la enunciación de una voluntad positiva que convoca a los participantes aunar esfuerzos tendentes a la consecución de un objetivo en común; (b) el segundo momento de particularidad consiste en la negación de esa afirmación, por la vía de la manifestación y la confrontación de los intereses particulares y (c) y un tercero identificado al negar la negación, se accede a este momento desde la dialéctica, desde la singularidad, que representa realmente el momento de la organización.

Toda organización se nutre de repeticiones y recurrencias, y la hospitalaria no es la excepción. Estas infinitas interacciones recurrentes generan valores y conductas muy estables en la organización y que son muy

difíciles de cambiar, además en las organizaciones se toma muy en cuenta el componente de la recursividad, ésta expresa la clausura organizacional que resulta de la indisoluble relación que existe entre las representaciones de lo organizado y los modos de organizar. Este contexto significa autorreferencialidad, cierre sobre sí mismo, homeostasis para mantener invariante la propia identidad organizacional.

En el plano de la gerencia y gestión de las organizaciones económicas, sociales y políticas, la holística propicia la concepción amplia, dinámica e interactiva de diversos paradigmas y mantiene posibilidades de apertura y de desarrollo hacia variados contextos. En términos de la holística, la gerencia debe estar caracterizada por la formación profesional especializada, abierta a comprensiones multidisciplinarias, con base en delegaciones de responsabilidades y liderazgos compartidos. Propiciando de esta forma la ejecución de tareas, el ejercicio del poder, la toma de decisiones y la identificación de los factores propios de los contextos en los cuales la gerencia ocurre.

La holística signada por el sintagma ha estado presente en el desarrollo del pensamiento universal. En cuanto a la prestación de un servicio asistencial, se necesita un pensar cercano a estos principios. El todo se asocia con las partes en un inicio se identificó con el modelo tradicional en salud. Entonces, a las experiencias concretas de totalidad le asisten realidades particulares que mediante procesos holísticos asumen comprensiones referenciales a otros *holos* (totalidad), imposible de abarcar pero con posibilidades de ser entendido progresivamente, a partir de los aspectos que lo expresan, en *holos* de relación continua y procesal.

En efecto una gerencia hospitalaria con criterios holista conduce a visualizar el evento en salud, su estructura organizativa, el sistema de atención, la visión de empresa, el organismo enfermo, en su mayor amplitud posible, aprehendiendo en este proceso complejo y dinámico distintos aspectos que lo constituyen (hacia el interior), sin descuidar su relación con otros contextos y proyecciones (hacia el exterior), de forma tal que las decisiones, los hechos y las circunstancias particulares puedan ser apreciadas en mayor magnitud por su propia incidencia de los hechos, por los efectos inmediatos y derivaciones que puedan tener en el marco de sus relaciones.

Aun sin embargo, uno de los aspectos claves de la actividad gerencial holística es reconocer al humano como principio, centro y fin de su gestión y, en ese reconocimiento la aceptación de integralidad. Principios que encajan perfectamente con el modelo de atención en salud. Esto implica considerar lo humano como prioritario en la atención en salud.

Además como postura preferencial sugiere no descuidar la condición de integralidad como fundamental. El todo relacional como necesario y la urgencia de potenciar la producción a través del reconocimiento de valores, potencialidades y aptitudes de todos y cada uno de los criterios holistas se convierte en prioridad. La gerencia administrativa hospitalaria desarrollada bajo criterios holistas conduce a desarrollar la gestión por competencias, mediante el reconocimiento, la exigencia, el estímulo y la información.

Sin embargo, en la organización hospitalaria que se perfila, es necesario trascender las posiciones paradigmáticas para converger a una manera abierta, participativa de la realidad. El trabajo multidisciplinario, los nuevos desarrollos tecnológicos, los alcances en ciencia, las innovaciones en técnica y nuevos avances se logran con el esfuerzo mancomunado, con el

trabajo de profesionales de distintas disciplinas quienes desde diversos modelos teóricos interpretan los eventos y en consecuencia sugieren respuestas a los dilemas de la complejidad.

Esta actitud implica “superar los paradigmas”, las maneras de ver las cosas, para propiciar la figura del sintagma, que puede ser entendida, de manera simple, como “la integración de paradigmas”. Una actitud sintagmática propicia la convergencia, el conocimiento, la apertura hacia otras maneras de ver las cosas, y esto se logra con criterios holísticos. Cuando se asume superar los paradigmas, se quiere decir conocerlos, estudiarlos e integrarlos en nociones amplias.

En eso consiste la gerencia holística por extensión a la gerencia sintagmática: tendencia, movimiento, actitud psicológica y social, enraizada en las distintas disciplinas humanas, orientada hacia la búsqueda de una cosmovisión basada en preceptos comunes para el género humano dispuesto a ver realizada su organización.

Cabe considerar igualmente la posición presentada sobre holística y sintagmas por la *Sypal*, (1995). Para comprender sus enunciados, es preciso trascender la posición paradigmática y asumir una actitud abierta, integradora, capaz de reconocer distintos paradigmas para integrarlos en contextos epistémicos más completos.

Todas estas razones parten de un sentido simple, un sintagma asume la integración de paradigmas, experiencias y saberes, los cuales mediante un proceso relacional dan origen a una comprensión amplia, trascendente, compleja, sujeta al contexto y a las relaciones. Esto significa que integra, comprende, aprehende conocimiento, incrementa sus experticias, y genera una nueva manera de percibir la realidad, teniendo en cuenta siempre los aportes de los anteriores paradigmas, pero planteándose el nuevo

conocimiento como un modelo emergente válido hasta tanto esa manera de ver las cosas pueda ser integrada en un proceso de conocimiento, esto es, en un nuevo sintagma (salto cualitativo del *digma* al *tagma*).

El valor del sintagma bajo esta concepción no se agota en el sí mismo, sino que vas más allá y orientan hacia nuevas comprensiones. Está integrado en *holos* de comprensión, y éstos a su vez tienen que ver con otros *holos* que también expresan múltiples relaciones de eventos, sinergias y contextos diversos.

Si bien es cierto que en un proceso sintagmático la comprensión generada contiene aportes fundamentales de los diversos paradigmas, el sintagma logrado entendido como nueva comprensión, ofrece una mejor apreciación del proceso. Dicho sintagma, ha de ser visto; (a) desde su propia significación; (b) en el contexto de las relaciones con los paradigmas que lo generaron; (c) en la posibilidad que se genera de percibir potenciales paradigmas emergentes; y (d) en las interacciones de (a), (b) y (c), ya que es necesario tener en cuenta, en un proceso sintagmático y la multiplicidad de relaciones.

Ahora bien gerencial holísticamente significa también apreciar el complejo organizacional en toda la amplitud y crear las condiciones para que la estructura relacional se potencie a través de la producción, de los supuestos, pero también por intermedio del reconocimiento de otros ambientes relacionales.

Dentro de este orden de ideas, la gerencia sintagmática se desarrollara atendiendo los siguientes epígrafes; (a) aspiración de presentar un modelo de integración de lo ontológico, epistémico, gnoseológico, fenomenológico y transdisciplinario de la ciencia al servicio de la salud; (b) propósito de ofrecer una teoría interpretativa acerca de la praxis gerencial en el contexto de la

organización hospitalaria y adecuar la atención de tercer nivel en el sistema de salud venezolano; (c) fundamentación reflexiva desde la organización de salud y el proceso reproductivo en la población direccionada por la acción, identidad personal y niveles de intervención; (d) presentación de modelos de acercamiento vía heurística; (e) reconociendo que la atención en la red hospitalaria es compleja cargada de valores, creencias y cultura y (f) abordaje con un pensamiento volumétrico constituido por un método generador de inventiva impulsado por la indagación, resonancia fáctica y conceptual.

En muchos casos, la gerencia sintagmática hospitalaria responde sistemáticamente a la demanda cíclica de servicios de salud especializados, como exigencia de una organización dinámica en continua evolución. Por consiguiente el componente operativo de la propuesta viable y factible, se centra en las actividades integradores de la gerencia cuyas obligaciones responden a la planificación, organización, dirección, tamaño de la organización, tipo de atención, técnicas asistenciales, procesos administrativos y gestión de la demanda poblacional (usuario de servicios hospitalarios).

La intención del estudio está referida a la formulación de un modelo sintagmático transformador de gestión hospitalaria con filosofía gerencial, incluyendo programas, tecnologías, métodos y procesos, que sólo tienen sentido en el ámbito de sus necesidades detectadas en los capítulos I, III y IV de la investigación ejecutada. Al mismo tiempo, ofrecer la oportunidad de incorporar un modelo de gestión asistencial integral con un efecto de realimentación con base a las experiencias de otros hospitales en otras latitudes. En este contexto se presenta una opción de avanzada en la relación salud-administración-atención, superando la visión organicista de los sistemas de salud (ver anexo G).

De forma que el modelo de gerencia sintagmática fue elegido para la elaboración de una propuesta viable. Estará como guía destinado a satisfacer necesidades específicas a partir de un diagnóstico elaborado. Se trata de una propuesta de acción para resolver un problema práctico en instancias hospitalarias. Es indispensable que dicha propuesta se acompañe de una investigación, que demuestre su factibilidad o posibilidad de realización.

Las nuevas perspectivas gerenciales exigen a las organizaciones hospitalarias cambios profundos y duraderos para que puedan hacer frente a la complejidad generada en su creciente desempeño asistencial. Ante esta situación, las organizaciones deben aprender a mirarse a sí mismas y conocer sus procesos internos de todo tipo. Bajo esta concepción se describe una estructura efectiva de participación, gerencia, y comunicación.

Por lo demás, se indago acerca de la situación operativa hospitalaria, y los hallazgos impactan especialmente por considerar que el recurso “cama-hospital” es la clave de la funcionalidad (recurso nuclear). Los registros destacados clasifican sus desviaciones como fallas causadas por deficiente dotación de este recurso, insuficiencias en insumos rutinarios, inadecuado equipamiento tecnológico y elevada morbilidad crónica en lista de espera por atención médica y/o quirúrgica de los pacientes censados.

Por consiguiente, las camas-hospital disponibles al corte de este estudio (Abril, 2014) es de 19.026 camas funcionales en el territorio nacional, de una necesidad real de 44.000 camas hospital para atender una población de 29.880.000 habitantes (censo INE). El déficit registrado es de 24.974 camas-hospital (76%) según estándar internacional (OMS). Esta relación explica porque un volumen de pacientes ingresa a conformar la “*lista de pacientes en espera quirúrgica*” por deficiencias de camas hospitalares. El

tiempo de espera por cama quirúrgica es en promedio un año calendario (data y registro de la memoria y cuenta del MPPS).

Para alcanzar niveles óptimos operativos de camas hospital se requiere de un esfuerzo conjunto, integrador y amplio para reorganizar los indicadores de; días-hospitalización, días-camas-ocupadas, costo cama-día y costo-paciente-día.

La situación descrita reafirma lo impactante de lo estructural asistencial como marco de referencia y convierte el estilo de gerencia hospitalario en una evidencia taxativa en un entorno donde se puede plantear nuevas alternativas de atención especializada en el tercer nivel. El constructo se inclina por tres componentes; (a) estado de salud ideal y cercana al bienestar colectivo; (b) capacidad funcional óptima y funcional y, (c) costos de oportunidad perdida en salud.

La propuesta más cercana a la capacidad operativa funcional ideal de los hospitales es poseer en un lapso de cinco años (2010-2015) una disponibilidad de 28.895 camas hospital redistribuidas en los 300 hospitales para disminuir la carga quirúrgica en espera (usuario). La planificación económica de camas hospital se vincula con la capacidad presupuestada de camas hospital, y las visiones erradas de camas inoperativas e insuficientes (administración de recursos hospitalarios). También incluye la factibilidad política de solventar en definitiva esta realidad hospitalaria.

Durante la investigación se observó la existencia de entidades federales con una concentración destacada de camas-hospital, tales como, Distrito Capital con 20,91%, Zulia con 15,39 %, Lara con 7,39% y Carabobo con 5,40%. Estas entidades representan cerca del 50% del total de camas por hospital disponible. Estas estadísticas confirman adicionalmente la gran

concentración de población venezolana en ciudades como Caracas, Maracaibo, Barquisimeto y Valencia.

Es necesario profundizar para determinar aspectos distributivos del número de camas operativas y dotaciones significativas para todos los hospitales según estándares equitativos. Esto se puede lograr con un modelo centrado en la demanda (usuario). Sin embargo este diagnóstico para efectos del estudio forma parte de la justificación argumentativa, en consecuencia si esta tendencia de máxima concentración se mantiene siguiendo la migración de la población la gerencia sintagmática también pierde sentido.

La dotación de camas-hospital por servicios va perdiendo sentido si se hace de manera no planificada. Por el contrario, si se sigue las normas de planificación demográfica y administrativa significa un obstáculo que requiere ser superado en sus instancias políticas ya que depende de un criterio de inclusión presupuestario importante para el fisco nacional. El imperativo está orientado por una concepción y administración flexible de las camas-hospital en función de las necesidades del usuario consultante. Se imponen ambientes de gestión que busquen adecuarse a las necesidades de las personas, sin embargo, el desafío no es simple, por esta razón esta propuesta es un intento de aproximación en ese camino.

Dicho de otro modo, la administración cerrada de los servicios hospitalarios, la alta especialización hace difícil la reconversión del talento humano y exige equipamiento e infraestructura compleja, y solo es posible de lograr con programas y financiamiento fijos y cuantiosos ya que se está presente ante una de las reglas de la demografía, que establece que ante un crecimiento geométrico de la población, requiere para mantenerse en equilibrio un crecimiento aritmético de servicios. Para algunos hospitales es

una política insostenible. Otra tendencia negativa derivada de esta práctica, está definida por la concepción del servicio “*hospitalcéntrico*”, donde la mayor demanda por camas se mira con el primado de la atención al adulto y dentro de esta categoría las enfermedades agudas y crónicas.

Dentro de este orden de ideas las organizaciones aprenden respondiendo de manera efectiva a las exigencias de un entorno cada día más cambiante y dinámico. Los lineamientos estratégicos de gerencia sintagmática, pretende adecuar las actividades corporativas específicas para cada servicio hospitalario con la finalidad de facilitar la elaboración de planes funcionales que contribuyan al logro de los objetivos de la administración hospitalaria.

La concepción estratégico-corporativa hospitalaria aborda el problema de la planificación estratégica intentando establecer un equilibrio dinámico entre recursos financieros, resultados y opciones estratégicas para las distintas áreas o servicios del hospital, bajo supuestos de que la corporación está en interacción con un ambiente o entorno donde participan competidores. En razón de lo expuesto, es oportuno señalar lo que plantea López (2007), en su texto, cuando afirma que;

La situación de la corporación se define por su posición en el ambiente donde se desenvuelve, dadas las fortalezas y debilidades que caracterizan a dicha organización. La determinación de la situación es la que posibilita la formulación de las estrategias y políticas que buscan resolver los problemas y enfrentar los desafíos corporativos. (p.9)

En esta concepción se establecen la utilización de la técnica de escenarios, como mecanismo para afrontar la incertidumbre y evaluar la disponibilidad de recursos exigidos por la función de producción de la organización en distintas situaciones. Otra de las ventajas de la propuesta gerencial es aquella que permite el principio de concepción estratégico-

situacional, partiendo de la iniciativa de que, “quien planifica intenta construir una teoría de las situaciones”, que posibilite el captar la totalidad relevante para la acción de un actor, así como los conflictos entre oponentes cuando estos confrontan sus planes en una realidad que se constituye como la base de problemas.

Bajo este enfoque integrador y tomando como referencia los resultados analizados y discutidos en el diagnóstico, se evidencio lo significativo del factor gerencial para la transformación de la organización hospitalaria, y de manera particular los hospitales públicos. En todo caso se trata de asumir una concepción de gerencia y gestión, en la cual participen todos los actores que hacen vida activa en los hospitales, pero entendida la participación como lo expresa Ramírez (1996):

La explicación compartida entre los diferentes actores de una institución sobre los hechos, procesos, resultados, problemas y fortalezas que se presentan en los diferentes ámbitos de la vida, para llegar así a la construcción conjunta de espacios, acciones y compromisos. (p.13).

En la medida que se avanza se piensan que la propuesta gerencial sintagmática será una vía para construir algo similar a lo descrito. Según lo expresado por Molins (1998; p.83), también existe coincidencia en afirmar que, “un modelo es un constructo mediante el cual el investigador o sujeto planificador representa un ente real o ideal”.

La propuesta antes señalada se justifica y fundamenta en la teoría gerencial aplicada a hospitales. Parte de una visión metateórica y transdisciplinaria de los procesos administrativos modernos, y con ello se quiere significar que los elementos que la componen deben estar integrados en forma dinámica e independiente.

En este sentido se advierte que los programas contemplados en la propuesta asumieron dos vías; mantener una constante homeostasis y el equilibrio gerencial; y otra orientada desde la base de impulso organizativo más allá del modelo y sus resultados, es decir su crecimiento en el proceso y realimentación.

El modelo de la propuesta se cree que, ejecutara de manera organizada las actividades y a la vez tenderá a mantener el equilibrio del conjunto de actores y componentes que la conforman, donde el valor de cada elemento, estará íntimamente relacionado con los demás, todo en función de todo y cada elemento describirá los restantes, postulados concebidos en la cadena de valor de *Michael Porter* (1985) para la empresa.

El análisis precedente, emula la cadena de valor en procesos asistenciales como propuesta innovadora, cambiante y centrada en costes por servicios. Representa un enfoque contable, clínico y gerencial con enfoque estratégico que busca maximizar el proceso de atención y minimizar el costo por proceso asistencial. Como justificación emergente significa un salto cualitativo, doctrinal y evolutivo en la visión del hospital postmoderno requerido.

Una organización hospitalaria con visión sistémica fundamentada en cadena de valor en las actividades traduce un avance frente a la utilización del concepto tradicional de valor añadido por los siguientes motivos; (a) el concepto tradicional de valor añadido excluye la necesidad de costos de los materiales utilizados en la actividades y (b) ofrecer información significativa sobre el papel estratégico que desempeñan los proveedores en la actividad productiva final del servicio.

Es necesario precisar que la cadena de valor, sitúa la organización en un horizonte amplio de actividades (sistema de valor para las actividades), otorga a los proveedores de materiales e insumos un valor de entrega (valor hacia arriba en las actividades) y define *inputs* que son utilizados por la cadena de empresa-usuarios. El concepto económico es válido ya que se concibe la cadena de valor como un todo donde las organizaciones (hospitalarias) desempeñan un papel de proveedores de servicios (aguas arriba) destinados a la asistencia de los usuarios (aguas abajo).

En efecto la filosofía de la cadena de valor como componente de la propuesta para jefes de servicios asistenciales está orientada por concebir el valor como elemento de la visión y asociación de esfuerzos. Este pensar en el momento actual, supera la gestión burocrática y jerárquica, desdibuja la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación y acerca procesos gerenciales y funcionales en el nivel primario y especializado.

Debe señalarse que una de las estrategias fallidas evidenciadas en el estudio se mostró como falta control de gestión en la práctica clínica hospitalaria. La no incorporación de directivos del área administrativa al proceso asistencial acentuó la falta de interacción con los jefes de servicio e hizo deficiente mostrar la necesidad de racionalizar las prácticas por servicios.

Al no producirse encuentros en las semejanzas, sobrevienen los desacuerdos y los efectos se distribuyen en los servicios y estos a su vez son registrados como costos elevados. Esta tendencia fue clave para plantear la propuesta en términos de aprendizaje mutuo e investigación operacional proveniente de las evidencias en los servicios. En el diseño de los componentes de la propuesta la práctica clínica en servicios representa

para la gestión asistencial lo que la gerencia para la administración hospitalaria, un modelo holístico y sintagmático.

Desde una mirada humanista de la gestión, la propuesta justifica la persona como centro de quehacer en los servicios asistenciales. En primer lugar como usuario (núcleo sintagmático), y luego como miembro de la institución. Por tanto, el trabajo en salud debe entenderse en su doble significación; (a) como contribución a la calidad de vida de los usuarios de los sistemas de salud y (b) como contribución organizacional de quienes allí trabajan. De hecho y de derecho, hay que prestar atención a la dignidad de las personas que trabajan en los hospitales (factor crítico de éxito).

Podríamos resumir que en la concepción tradicional en nuestros hospitales, las personas eran consideradas "*recursos humanos*", y se limitaban exclusivamente a los temas burocráticos de registro y control. Actualmente el énfasis se coloca en el desarrollo de políticas propias del establecimiento concordantes con el plan estratégico. Dentro de dichas políticas innovadoras se resalta la importancia de la definición de perfiles de los cargos, del poder de reclutamiento, selección con énfasis en capacitación continua (fortaleza de la propuesta), reconocimiento del personal y esfuerzo por conocer mejor el clima laboral.

Lo antes expuesto evidencia la importancia de la correcta aplicación de esta metodología sintagmática en la propuesta, ya que la misma procura organizar un proceso para la obtención de información conducente a la optimización de la gestión hospitalaria en un contexto actualizado, dinámico y cambiante.

Si bien es cierto que se han realizados esfuerzos con el objetivo de ofrecer el mejor servicio a los usuarios de los servicios asistenciales, muchos establecimientos hospitalarios, apenas reconocen la importancia de la

calidad en la prestación del servicio, sin embargo no se encuentran suficientemente preparados para aceptar los nuevos retos que trae consigo los desafíos modernos, y mucho menos para poner en práctica sus principios y técnicas que la fundamentan.

Por lo demás, el sector salud, y especialmente los hospitales, están perdiendo identificación con la sociedad y han desnaturalizado sus prioridades desdibujando sus propósitos, misión y visión. Es obvio entonces, que se requiere explorar otros modelos de gestión cuyos procesos estén liderados por gerentes que posean cualidades personales, estratégicas y de decisión.

Actualmente es esencial abrir el establecimiento hospitalario a la participación real de la comunidad organizada. Esto implicara, para respetar globalmente el modelo de atención, incorporar y traducir el concepto de salud familiar al interior del establecimiento, otorgar un rol creciente a las familias y a las comunidades en el cuidado de sus pacientes, dar responsabilidades a los propios usuarios en los procesos de atención a través de las agrupaciones de usuarios. El paradigma subyacente es aquel donde las personas y las comunidades son los principales responsables de su propia salud, y que debe volver donde debe estar radicado en sociedades realmente democráticas; las personas y los ciudadanos.

Conviene destacar que el proceso de incorporación ciudadana a la gestión sanitaria es complementario para la gestión pública como instrumento de la estrategia de gerencia pública por hacer más transparente y cercana la gestión asistencial a los ciudadanos.

Lo mismo ocurre con la toma de decisión, como expresión esencial del poder de cualquier tipo de relación social, suele concebirse como un proceso integrado. Pese a la definición anterior, en la toma de decisión se conjugan

elementos estructurales y funcionales (fundamentos Gnoseológicos y Ontológicos).

En razón de lo expuesto, se pretende con la propuesta sintagmática romper el verticalismo que caracteriza la actual gestión hospitalaria y avanzar en cuanto a participación se refiere (ver cuadro 1). Significa detener el ir y venir en la conducción para el cambio, con ideas erráticas de que el cambio no representa una cultura organizacional.

Tal como se observa, el reto de los nuevos modelos de conducción hospitalaria consiste, en lograr que la organización hospitalaria cumpla con la misión y visión que la sociedad le ha encomendado, mejorando las condiciones de vida de sus diferentes actores, brindando una atención integral y cubriendo las necesidades en materia de asistencia social.

Cuadro 1. Ejes articulantes de la propuesta de gerencia sintagmática.

Ejes	Descripción y correspondencia
1.-Integralidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fundamentada en la perspectiva de que la gestión, y cultura organizacional son elementos centrales para un programa de cambio. 2. Está basada en el principio de coordinación de actividades. 3. Planteada sobre la necesidad de acción articulada vertical (entre niveles) y horizontal (entre disciplinas). 4. Permite la ampliación de los vínculos de la organización con otras organizaciones. <p style="text-align: center;">Correspondencia con Objetivos específicos: uno, tres y cuatro</p>
2.-Diversidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar la convivencia de múltiples individualidades frente a las propuestas de cambio. 2. Reconocer la manera propia de ver, entender, e interpretar la realidad (intencionalidad implícita o explícita). 3. Aceptar el concepto de diversidad como aspecto consustancial de la gestión y la gerencia hospitalaria. 4. Busca en las divergencias y contradicciones un valor y posibilidad de expresión (acuerdos –desacuerdos) bajo tendencias negociadora. <p style="text-align: center;">Correspondencia con objetivos específicos; dos, tres y cinco</p>
3.-Interacción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vinculada a la participación, expresión de la diversidad y construcción de acuerdos. 2. Logro de acciones concertadas y compromiso de desempeño. 3. Incorporación de actores involucrados para opinión, proposición, y evaluación de gestión. <p style="text-align: center;">Correspondencia con objetivos específicos; dos, cuatro y cinco</p>
4.Realimentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proceso de indagación y valoración continua de las prácticas institucionales. 2. Reflexión sobre lo que se hace, como se hace para que se hace y quienes lo hacen. 3. Facilita la plataforma reflexiva; asegura acciones coordinadas y permite la decisión compartida. 4. Posee un valor correctivo; sus acuerdos-desacuerdos son fuente de aprendizaje. <p style="text-align: center;">Correspondencia con objetivos específicos; cinco y seis</p>

Nota: diseño propio de la investigación

Ante estas situaciones, se suman otros aspectos de interés administrativo, tecnológico y operativo con productos intermedios propios de una unidad estratégica asistencial. Seguidamente se presenta el modelo de gerencia sintagmática para optimizar la gestión hospitalaria en conjunto, donde se aprecia la integración de los componentes, dimensiones y ejes articulantes. Al introducir conceptos de eficiencia, productividad y costes, la gerencia hospitalaria se complejiza, por lo que se hace necesario la clasificación de los servicios, sus rendimientos y su grado de aprovechamiento.

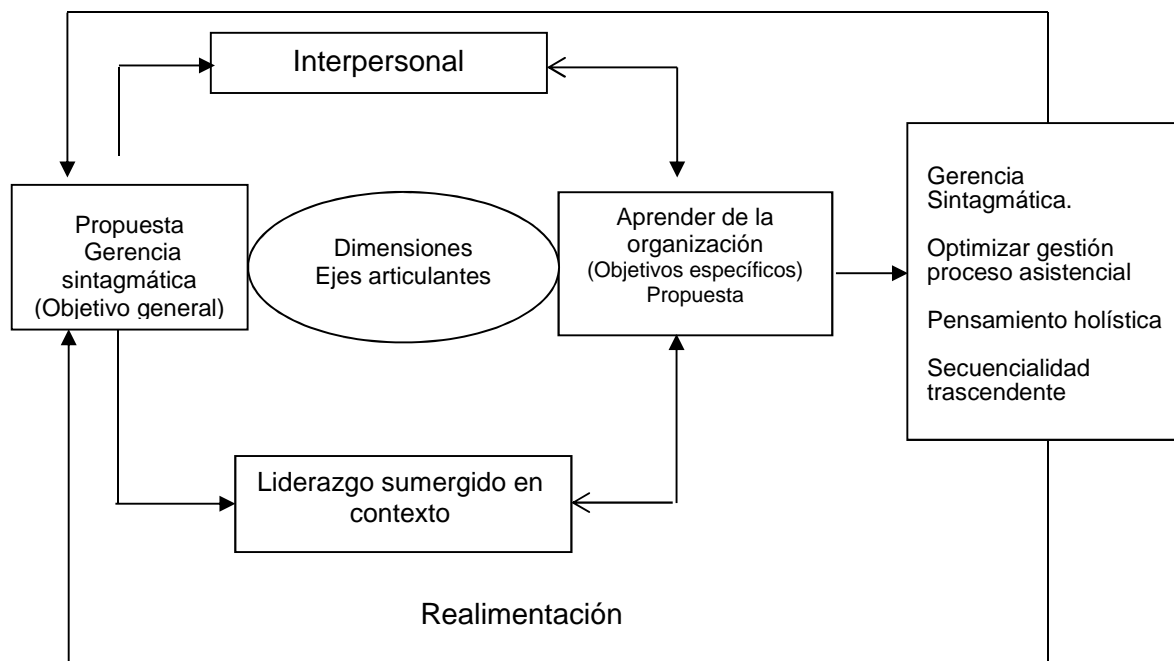
La gerencia sintagmática operaria como una ciencia con secuencialidad integrativa y trascendental del conocimiento organizacional hospitalario. Ambas considerarían las condiciones de las disciplinas, la integración de conocimientos, intención comprensiva de los eventos. El núcleo de interés común es el usuario, la población en torno a los cuales se argumenta las ideas y articulan las nociones gerenciales.

La secuencialidad integrativa del conocimiento, por su parte está presente en la aplicación y ejecución de la propuesta. En ella está inscrita la ejecución de iniciativas debido al componente volitivo, gerencial y social. A su vez comprende la verificación, que puede presentar un corte positivista, pues tiene relación con un cierre epistémico basado en el realismo (ontologismo materialista) que tiene como consecuencia la constelación de hechos y la obtención de condiciones formales, tangibles, capaces de justificar como evidencia el propósito del saber (ver figura 1). Es una iteración basada en la pragmática, en la holística y en los activos experienciales.

La secuencialidad trascendente del conocimiento, se explica con el sentido de continuidad que los acontecimientos presentan, especialmente cuando son vistos como procesos continuos. Esta secuencialidad evita el cierre hermenéutico de la propuesta. Las proyecciones de nuevo conocimiento y prácticas gerenciales migran hacia efectos analíticos, predictivos y proyectivos.

En este punto es vital destacar que esta secuencialidad trascendente explica porque el saber en gerencia no se agota, y que la actividad investigativa prosigue porque las circunstancias son distintas en cada momento y estilo gerencial.

Figura 1. Modelo de gerencia sintagmática para optimizar la gestión hospitalaria.



Nota: diseño propio de la investigación

Actividades estratégicas de la gerencia sintagmática

Los principios estratégicos de la propuesta gerencial se consideran reglas o guías que orientan el pensamiento para la toma de decisiones y la conducción de las operaciones del hospital para el logro de objetivos. Concebidos los modelos lógicos, epistémicos y eulerizados, señalaremos los aspectos estratégicos de la gerencia sintagmática en el contexto de la organización hospitalaria.

Por lo comprensible de la propuesta es esencial considerar **la noción de evento** como hecho, circunstancia, principio o fenómeno que en su debido momento es considerado para su estudio. En consecuencia un evento hospitalario es dinámico, complejo e integral. La denominación

evento parte de considerar que lo estudiado, es dinámico integrada a una realidad, fácilmente identificado en le *holos*.

El conocimiento del evento hospitalario constituye una oportunidad para seguir conociendo y acceder a procesos asistenciales mediante los cuales se llega a comprensiones integradas en administración hospitalaria que remiten a otros eventos, sinergias e indicios. Para esto se debe considerar que el evento en cualquier manifestación es afectado por el observador. El evento expresa la totalidad, hace evidente el *holos*, contienen el todo, justifica la totalidad por ende cumple con el principio holográfico.

Desde la asunción holística se explica la actividad de acercamiento al evento, aludiendo comprensión epistémica según conocimiento variado y complejo que ha de apreciarse de manera amplia interdisciplinaria y transdisciplinariamente. El evento bajo la concepción holística contradice la postura fragmentaria de la administración en servicios de salud y se aleja de la tradición de corte binario en un esfuerzo por separar la realidad sanitaria.

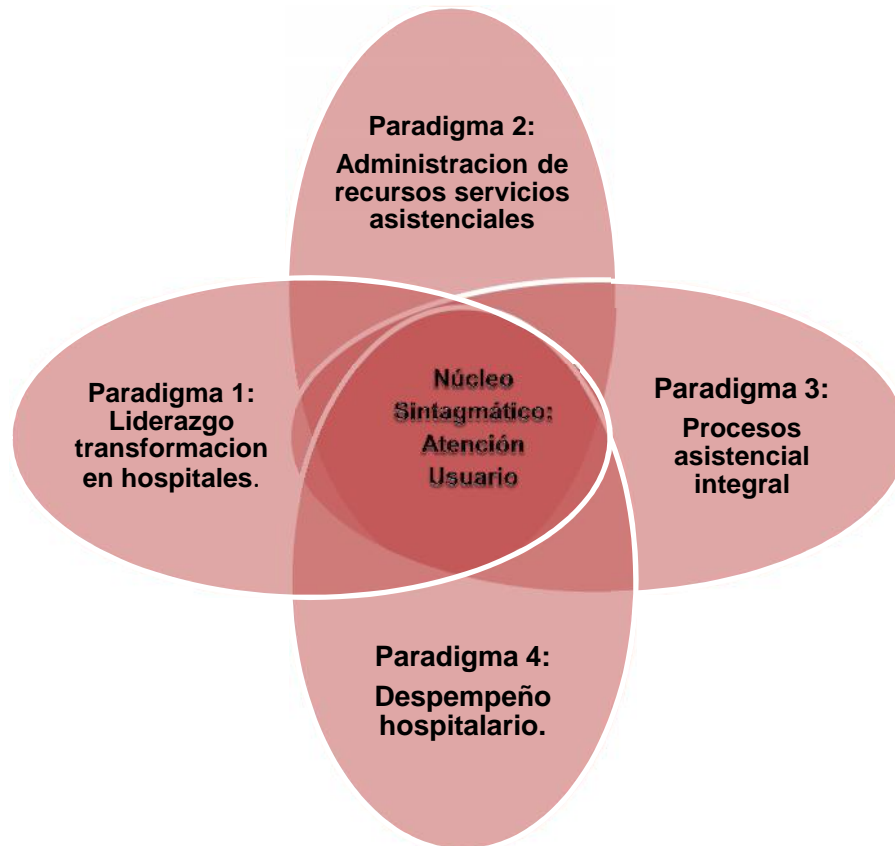
Con la seguridad de que el evento en sí mismo contiene potencialidad suficiente para remitir a la totalidad de la cual puede abstraerse, la holística orienta hacia la comprensión de la realidad, mediante la aceptación de que la realidad se expresa como pluralidad. En lo esencial es un actitud que permite abstraer, investigar, crear, inventar incluso construir condiciones reales para justificar actos creativos.

Otra de las principales estrategias de la propuesta está guiada por el **principio sintagmático** (ver figura 2). Dicho principio alude a la comprensión integrativa del conocimiento derivado de los procesos mediante los cuales se acceden a través de los niveles de complejidad producto de procesos iterativos, de las condiciones lógico abstractiva y de la actividad perceptual.

Al considerarse la realidad gerencial a partir de los modelos que apoyan la propuesta sintagmática es concebida como un todo, el efecto de apreciación y de comprensión del todo ocurre gestálticamente. El acercamiento al proceso gerencial, el requerimiento de recursos, el desempeño hospitalario, la asistencia al usuario, la administración de servicios permiten hacer abstracciones que justifican la percepción común de un problema.

De esto trata el principio sintagmático (*syn* y *tagma*), que significa sincronismo de formación estructural vía comprensión, orden y proceso. El sintagma es percibido como integración de paradigmas y está en relación con el *holos*. El proceso sintagmático es dinámico y el núcleo sintagmático es el foco de atención y las interrelaciones constituyen el contexto del evento. De esta forma indica coincidencias de factores capaces de generar formas estructurales nuevas.

Figura 2. *Representación del principio sintagmático.*



La figura 2, es una constructo representacional con un núcleo sintagmático identificado con la atención al usuario, integrando conocimientos de distintos paradigmas para comprender la propuesta de gerencia sintagmática y gestión asistencial integral.

Los sintagmas se logran por convergencia de paradigmas. También mediante el desarrollo de presupuestos conceptuales de generación progresiva de una matriz epistémica basada en la riqueza conceptual de los eventos. Requieren integración teórica y exige trascender paradigmas para integrarse en modelos epistémicos abiertos. Las políticas que se presentan a

continuación, fortalecen las acciones gerenciales de los componentes, las dimensiones y los ejes articulantes a saber;

1. Debe realizarse una revisión continua y periódica sobre la gestión y la gerencia hospitalaria.
2. Analizar de manera racional los pros y los contras de la toma de decisiones administrativas.
3. Capacitar al personal administrativo que labora en el área de administración en todo lo referente a gestión de recursos y planificación estratégica.
4. Realizar e implementar un sistema de información gerencial automatizado orientado al fortalecimiento de la gestión hospitalaria.
5. Asignar recursos financieros, humanos, técnicos, materiales y de información para los lineamientos estratégicos.

En este escenario, que plantea la propuesta de gerencia sintagmática es indispensable referirse a uno en particular, la prestación del servicio y la información tecnificada y automatizada. La información puede apoyar la gestión interna, así como permite la regulación entre entidades, personas, y dependencias. La información como servicio público contribuye a la gestión, aportando datos confiables, objetivos y oportunos que coadyuva la toma de decisión, minimiza las debilidades y mejora la prestación del servicio asistencial.

Otra de las actividades estratégicas de la propuesta está enmarcada en la **concepción planificadora** del gerente entendido como técnica para el administrador de servicios, como metodología para el gerente médico o como actitud de vida para el trabajador.

Como técnica recurre a las herramientas propias de esta disciplina para su uso. Quienes recurren a la planificación como técnica encuentran en ella instrumentos de operatividad. La planificación como metodología, implica una mayor inserción por parte de quienes recurren a la planificación, como un accionar de su profesión y como un recurso ideal para precisar tareas y para la actividad rutinaria.

La planificación constituye el *¿Cómo hacer que?* y el *¿Qué hacer para?* En esta percepción el planificador se involucra activamente en el proceso, en sus distintas fases deviniendo en una sinergia propia del proceso de su interés, pero esencialmente como recurso metodológico. La forma de entender la planificación en gerencia hospitalaria está muy asociada con el esquema de ideas, de valores, con la tradición y las expectativas del planificador. Cada modelo epistémico (ver figura 3), propicia una manera de entender la planificación, de comprender la realidad e interpretar las circunstancias del contexto auspiciando un tipo de planificación.

Existen diversas maneras de entender la planificación y de actuar según los acontecimientos, sin embargo en se insistirá en; (a) la planificación por circunstancias, (b) planificación por contingencias, (c) planificación en perspectiva, (e) planificación por escenarios, y (d) planificación prospectiva o estratégica o de largo plazo para dar cabida a los objetivos de gerencia sintagmática.

Los aspectos claves de la planificación por circunstancias atenderán inmediatamente los problemas que se vayan presentando. Sin pretender asumir la improvisación, se responderá a hechos señalando los acontecimientos, para lo cual se requiere de cierta preparación y experiencia. La planificación por contingencias, obedecerá a un grado evolutivo de la anterior, a diferencia de que la contingencia se refiere a

situaciones o acontecimientos de magnitud, los cuales obligan a atender las cosas por vía de la urgencia cuando los hechos desbordan su cauce normal, o en un grado tal que responda a situaciones graves o de peligro inminente, entonces, se actúa.

Otro grado de planificación por contingencia, se dedica a atender el proceso de planificación en situaciones de contingencia organizacional. En este sentido se identifican tres tipos de contingencias para la gerencia planificadora; una es la situacional, producidas por la acumulación de circunstancias que no fueron percibidas, como por ejemplo el deterioro de infraestructura asistencial, el incremento de ingresos de paciente a los servicios y la dotación de insumos asistenciales insuficientes para la demanda de pacientes.

Otro tipo de planificación por contingencia es de carácter natural, difíciles de predecir pero siempre con probabilidades de que ocurran, frente a las cuales hay que reaccionar imperiosamente (desastres naturales, eventos adversos y accidentes masivos). Las contingencias sociales corresponden a otro tipo de evento que se ha incrementado resultado de insatisfacción social y requieren atención del planificador (protestas masivas).

La planificación por contingencia no necesariamente implica dejar las cosas para el momento de los acontecimientos ya que se pueden elaborar planes para atenderlas en caso de presentarse. Este es un buen activo para los jefes de servicios asistenciales (planes elaborados para responder a contingencias) concebido en toda su magnitud operativa cuando así se requiere.

La planificación en perspectiva, conlleva una visión hacia el futuro a partir del presente. Requiere claridad con respecto al presente. Exige un profundo conocimiento del presente para orientarse hacia el futuro, en el espacio y el tiempo, precisando las distintas etapas. La planificación por escenarios, tienen relación con la determinación previa de situaciones posibles, llamados escenarios o realidades futuras, una situación cuya progresión de acontecimientos permiten pasar de situación de origen a la situación de futuro.

Los escenarios responden a cuatro condiciones; (a) pertinencia, (b) coherencia, (c) verosimilitud y (d) transparencia. Cuando el gerente acude a la planificación por escenarios es porque conoce suficientemente el contexto y está en capacidad de orientar la creación de los mismos a partir de los factores fundamentales, de forma tal que el riesgo lo determina el juego de posibilidades con respecto a otros escenarios.

En este momento se justifica la propuesta en su componente planificador ya que se requiere de tiempo, para la formación de equipo planificador guía con carácter permanente y profesionalizado. Por último la planificación prospectiva, proporciona una novedosa vía para planificar, que proporciona ubicación del interesado en los resultados y detalla necesidades para lograr sus objetivos.

Optimización en Procesos Asistenciales

Como resultado de los diversos enfoques en ciencias de la salud a nivel hospitalario, se hace necesario concebir la optimización en el proceso asistencial como una actividad destinada a obtener una mejor manera de realizar la prestación de un servicio de atención en un servicio de hospitalización. Igualmente permite identificar las variables que intervienen en un proceso asistencial cuyo resultado es realizarlo de la mejor manera posible.

Las afirmaciones anteriores, permiten abordar dos de las situaciones que se describen en el capítulo I de este estudio sujetos de la imperante necesidad de optimizar. Estas condiciones problemáticas son; tiempos de respuesta alargados en el proceso asistencial y la falta de eficiencia de los servicios prestados al usuario. Al equiparar las diversas causas identificadas como originarias de los problemas, ausencia de camas hospital, carencia de recursos e insumos para la atención en el momento oportuno, falta de especialidades para la atención directa, encontramos que todas derivan en incremento del tiempo normal para la asistencia en servicio hospitalario.

Además de retardar el tiempo normal para la atención del paciente, también se modifica el óptimo de la gestión asistencial. Desde el punto de vista estadístico, de las ciencias empíricas y ciencias de la administración en salud, la optimización de la asistencia consiste en una programación y selección del mejor sistema de atención respecto a criterios disponibles.

En su visión simple, optimizar la asistencia consiste en maximizar una actividad o minimizar una acción en función del proceso hospitalario, eligiendo sistemáticamente criterios, recursos talento humano de entrada para culminar la función asistencial. De acuerdo con la teoría de la optimización en salud, cada servicio debe poseer estándares que permiten

categorizar sus acciones en el paciente y obtener de esta forma, técnicas, procedimientos, indicadores y protocolos de asistencia por servicios.

En consecuencia, dentro de un pensamiento matricial de la organización hospitalaria, se requiere un dominio de cada procedimiento por patología y sistema de atención, que representa un costo para la institución. Los mejores resultados de un dominio asistencial incluye la variedad de actividades inherentes al proceso de atención (optimización asistencial). Tomando en consideración las leyes de la optimización, un problema asistencial puede ser representado de la siguiente manera:

Dada; una actividad $A \rightarrow R$, donde A es el conjunto de pacientes dentro de una realidad (R), pertenecientes al mundo de los números reales (realidad cuantificable).

Buscar; una acción X_0 en donde A tal que $f(X_0) \leq f(X)$ para todo X en A (acción de minimización **-mini-**), o

Buscar; una acción X_0 en A tal que $f(X_0) \geq f(X)$ para toda X en A (acción de maximización **-MAXI-**).

Tales formulaciones se denominan problemas de optimización que están asociados a leyes de programación matemática y estadística. En la realidad asistencial, acciones, actividades, pacientes y hospitalización son componentes directamente relacionados al programa asistencial que consideramos variables. Muchos de los problemas teóricos del mundo sanitario y administrativo pueden ser moldeados en este esquema general.

Se ha visto en el capítulo I y secciones anteriores, como se ha descrito variables y situaciones de la realidad hospitalaria nacional, caracterizada por criterios que rigen la falta de optimización de los recursos y sus instalaciones. Las condiciones de operatividad de la red hospitalaria ha

sido motivo de recurrente de quejas y reclamos por parte de la población y de sus trabajadores que demanda servicios de tercer nivel. Los usuarios reseñan casos venezolanos entre 2008-2011, que mueren dentro de instituciones hospitalarias, identificando como causas indirectas la falta de insumos, carencia de quirófanos operativos y por ultimo inadecuada atención especializada.

Por otra parte, en un estudio sobre mortalidad intrahospitalaria en el año 2011 se registró un total de 279 muertes en nueve entidades federales, estadísticamente es un hecho alarmante y sanitariamente inconcebible. Los estados con mayores indicadores de mortalidad intrahospitalaria fueron; Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Distrito Capital, Falcón, Miranda, Monagas y Trujillo.

Al revisar estudios similares, se identificó una condición similar en 2008, con 154 defunciones intrahospitalarias. En doce Estados del país; Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Lara, Mérida, Miranda, Sucre, Vargas y Zulia. Esta situación se traduce como un incremento del 45% de la mortalidad intrahospitalaria por Estado.

En ambos estudios, y siguiendo protocolos de auditoria médica, se pudo identificar las causas de muertes registradas en hospitales venezolanos. En orden de frecuencia se mencionan:

1. Traslados de pacientes entre Estado o Municipio, cuya distancia opero como factor decisivo y vital.
2. Falta de asistencia médica especializada (materna, neonatal, pediátrica).
3. Carencia de insumos, dispositivos médicos, materiales, equipos y ambulancias.
4. Negligencia, mal praxis y dis praxis médica.

5. Contaminación bacteriana de ambientes hospitalarios,

Otro estudio realizado en el segundo semestre del 2011, en 45 hospitales venezolanos se registró bajo rendimiento por causas diversas, tales como:

53% de los centros hospitalarios no poseían servicios de ambulancia.

23% no contaban con camillas o eran insuficientes.

60% reportaron tener quirófanos inoperantes.

63% de los hospitales requerían incremento de camas-hospital.

84% de los centros de tercer nivel necesitaban equipos médicos fijos y móviles.

72% con déficit de personal de salud no médico.

62% con déficit de intensivistas.

62% de los hospitales presentaron problemas generados en su infraestructura asistencial.

45% de los centros se encontraban en fase de reparaciones con obras inconclusas.

60% carecen de servicio de epidemiología hospitalaria.

73% de los hospitales reportaron necesidad de ampliaciones de servicios esenciales.

Al cruzar los resultados de los períodos en estudio en los hospitales, se advierte un rango de operatividad fuera de criterios de optimización asistencial, motivación para la investigación.

Tanto variables como situaciones se han descrito durante la formulación del problema y se aluden campos del saber fuera de las ciencias de la salud y de la medicina, a saber programación lineal, programación estadística, planificación matemática, leyes de la física y herramientas computacionales referidas a maximizar actividades o minimizar riesgos asociados al proceso asistencial, pero en términos prácticos las soluciones presentadas han sido poco realistas de ser alcanzadas.

Cuando se habla de la función (f) representamos la energía requerida en el modelo de prestación de servicios. Reconociendo A como un paciente (subconjunto) del espacio Euclidiano (R), con frecuencia especificamos que se trata de A , en un conjunto de restricciones, igualdades o desigualdades que los pacientes (A) tienden a buscar satisfacer. Se posee la teoría para abordar el problema, pero se carece de oportunidad para desarrollarla.

Es notable la frecuencia como se toman decisiones políticas en la red hospitalaria sin concebir los resultados técnicos desde una perspectiva científica, planificada y estudiada en profundidad. Me referiré a la decisión tomada en diciembre 2008, con la transferencia hospitalaria por parte del Ejecutivo Nacional y el impacto que las variables en estudio determinaron para posteriores resultados de optimización de servicios. El decreto 6.543 ordeno la transferencia de 19 hospitales y 250 ambulatorios administrados por el Estado Miranda al nivel central (MPPS).

En este contexto, la situación del Hospital Victorino Santaella (HVS), uno de los centros más desarrollados y de última generación hospitalaria de la entidad alcanzo niveles de deterioro de infraestructura y servicios importantes según el comité de expertos de nivel central que asistió la comisión de transferencia hospitalaria. Durante la evaluación postransferencia se evidencio una disminución en las competencias profesionales con

ausencia de especialistas en servicios claves. También se registró déficit de médicos generales en un 50% y un incremento del personal en condición de reposo médico con cifras que alcanzaron un 67%. El 70% de la infraestructura esperaba por los equipos y reparaciones solicitadas hace cinco años antes.

El impacto que combinó todas estas variables (controlables y no controlables), causó un perfil asistencial negativo en la gestión óptima del hospital en el corto plazo. Tal fue el impacto que pasó de ser un hospital de referencia a uno referencial con cambio de estatus hospitalario, trasladando pacientes a otros hospitales del área metropolitana de Caracas.

Bajo este esquema y retomando la optimización de servicios el dominio de (A) y de (f) llamado espacio de búsqueda o cómputo de elección de soluciones factibles se diluye o se pierde en este entramado de variables. La función (f) denominada en este nivel función objetivo y/o función de costo asistencial, sobre la cual está dirigida la acción, se impacta con consecuencias de tal magnitud que hablamos de un máximo local A (pacientes), y un mínimo local f (energía para asistir).

Este tipo de concepción representa una gestión hospitalaria difícil de lograr. El óptimo ideal está concebido sobre algoritmos racionales propuestos para resolver problemas asistenciales, incluyendo recursos disponibles para soluciones bajo ambiente de gestión aplicada y apoyadas en análisis estratégico (matriz FODA).

Retomar en un hospital este tipo de gerencia óptima implica un sistema de procesamiento de costos asistenciales basados en fórmulas que identifiquen el motivo de actuación (patología diagnosticada al ingreso), y las condiciones requeridas para la asistencia médica y no médica. Históricamente esta influencia se hizo presente cuando en los hospitales se

comenzó a utilizar métodos iterativos para concebir un movimiento hacia un óptimo de atención siguiendo leyes y teorías de las propuestas del pensamiento de *Isaac Newton; Carl Friedrich Gauss*, 1939), especialmente en lo referente a la relatividad de los fenómenos y el ciclo del fenómeno en sí mismo.

El acto iterativo de asistencia en los servicios asistenciales se trató de unificar por igual, creando más inconvenientes que ventajas, ya que se hizo repetitivo con el objetivo de alcanzar una “meta” y un resultado sin importar los costos, tiempos, ni actividades. Asumiendo que cada proceso asistencial en este sentido es una iteración y solo se justifica por un resultado, que se describe para lograr la programación de metas, cobra sentido pensar que la efectividad es la única resultante y la eficiencia queda relegada a un segundo plano, sin incluir los programas de corte efectivistas.

Este esfuerzo iterativo sobre resultados centrados en metas, también se confunde con la asistencia por servicio, ya que se estandarizó en la década de los noventa (1990) la atención en salud, siguiendo el mismo patrón iterativo para todos los servicios asistenciales, lo que hizo necesario años después la protocolización de la atención por patología y tiempo quirúrgicos de atención.

Volviendo la mirada a la optimización en hospitales, se utilizó este criterio bajo ambiente de programación lineal para poder hacerlo accesible a programas computacionales, regidos por la normativa de sistema de información gerencial (SIG). Proliferaron en este sentido diversos estándares, inventarios de recursos, costos directos e indirectos para instrumentar las actividades en el hospital sin considerar las entradas y salidas de cada servicio, que era donde residían las restricciones y desigualdades.

Si bien es necesario retomar que en ciencias de la salud se adoptó del campo militar los términos de entrenamiento, capacitación operativa, planificación estratégica, administración de contingencias, planificación logística, programación de actividades esenciales, dirección estratégica, táctica operativa, comandos operativos de acciones y planes operativos. La función objetivo en estudio de programación asistencial se equiparó con criterios cuantificables y medibles para relacionar la minimización de riesgos (acción convexa) y la maximización de actividades (acción cóncava).

Por ende las restricciones pertenecen al campo de la acción convexa y la programación lineal representó una forma de programación convexa aplicable a entornos asistenciales. La representación de las acciones y la programación convexa permitió el uso de ecuaciones que se administraban en ambientes informáticos para predicción, tendencias y examen de costos usando programas y alejándose cada vez más del componente humano asistencial.

La necesidad de satisfacción del paciente, revierte esta tendencia, representando la factibilidad de retomar el problema y reorientar los espacios para soluciones factibles de todas las condiciones posibles sin hacer caso del valor objetivo (búsqueda de la optimización perfecta), lo que originó la inserción de modelos de salud centrados en participación, diagnóstico participativos, servicios competitivos y planificación de situaciones. Esta nueva situación se convierte en un nudo crítico (NC) para la optimización, a tal punto que se incorporaron y pretendieron mejoras con las condiciones de suficiencia, calidad y holgura.

De manera que una de las condiciones necesarias para la optimización del proceso asistencial es identificar los NC, puntos estacionarios o gradientes negativos en el proceso asistencial. Estos NC generan problemas

derivados que terminan en nudos explicativos (NE) que impactan en (A) y la función (f). Las causas identificadas en esta programación, se suele llamar según *Ishikawa, K.* (1915-1989), causas de primer orden y causas de segundo orden. Las condiciones en el proceso de asistencia que distinguen a los máximos o mínimos de otros puntos estacionarios son llamadas condiciones de segundo orden.

La semántica asistencial adopta el discurso de maximizar el servicio asistencial y minimizar los riesgos y los factores críticos de éxito. Si un paciente obtiene una solución satisfactoria, las condiciones de primer orden y las de segundo orden son suficientes y superadas para establecer una condición óptima asistencial en hospitales y servicios, pero no son medibles, ni por la función (f), ni por las ecuaciones de programación lineal. En términos reales se adapta el método cuantitativo sin superar las barreras de lo cualitativo.

Con el advenimiento del pensamiento en redes en salud, se retomó el concepto de optimización de servicios asistenciales a finales de la década del 2000. Para los cálculos de la optimización se requerían disponer de:

- Identificación plena de los NC, NE en el proceso asistencial (flujograma situacional, fenosituacion y genosituacion)

- Detectar gradientes de atención según la patología (salud óptima y salud negativa)

- Minimizar funciones convexas (fuerzas de riesgos y restricciones)

- Maximizar funciones cóncavas (fuerzas centradas en actividades a menor coste posible y mayor número de atenciones)

La optimización en salud, atendió en este momento la programación situacional y estratégica de sus actividades, combinando métodos

procedimentales con herramientas de decisión estratégica, incorporando el pensamiento de *Carlos Matus* (1931-1998) y la idea central de planificación de situaciones. De acuerdo con este ambiente, surge la investigación de operaciones. La optimización asistencial logra reducir el tamaño del espacio y explora la búsqueda eficiente de acciones y resultados, creando el momento estelar al que asistimos pero no comprendemos en su totalidad.

En este contexto es conveniente hablar de optimización bajo integración multiparadigmática. Tanto el estudio de la complejidad de la optimización como el de la integración de métodos cuantitativos y cualitativos sirven para resolver problemas eficientemente, sin embargo en ciencias de la salud su campo de conocimientos sugiere que dicha complejidad crea instancias de problemas a menudo con ramificaciones sin soluciones prácticas en el corto tiempo.

Una forma de aproximar la optimización a la complejidad no resuelta de la asistencia en servicio es encontrando una solución que represente el valor óptimo de la asistencia y a partir de este, sugerir un mínimo y un máximo posible. Valor real y agregado que encierre costos directos, indirectos y atributos inherentes a la calidad de la atención (integración de métodos). La fórmula final en la ecuación de optimización asistencial podría ser:

$$(f) : M \rightarrow N$$

Dónde:

$M \subset R ; N \subset R$ (ambos son incluyentes)

M ; maximizar la actividades en la realidad

N ; minimizar los riesgos en la realidad

R ; representa el valor de la realidad asistencial en términos numéricos.

Estas funciones representan números reales y cuantificables con un valor óptimo que oscila entre un máximo y un mínimo. La búsqueda de la mejor solución puede comenzar con la organización del proceso asistencial en sus diversas variables y derivaciones por servicios. Uno de los propósitos es corregir las variaciones y ajustar las condiciones en un procedimiento estandarizado. Un proceso computacional puede ofrecer valores de referencia procesando variables y datos, pero una atención de calidad exige otros parámetros más cercanos a la persona que se atiende. Una combinación de métodos puede ayudar en este sentido.

Un servicio de calidad exige un profesional con empeño demostrado en el servicio, con pericia en seguir un método o protocolo. El esfuerzo en estas condiciones está dirigido a incrementar el proceso asistencial, se trata de una regla para mejorar la actividad asistencial que se resume en un precepto lineal de funciones, a saber.

>Pericia >Habilidad < Costo = Eficiencia

>Pericia = mejor atención > Mejor desempeño.

De esta manera también se puede definir un servicio de calidad con criterios de optimización cualitativa, mediante condiciones de referencia y procedimientos que califican la actuación profesional. Los elementos que afectan estas condiciones de trabajo son inherentes al ambiente de trabajo (recursos disponibles, ventilación, iluminación, temperatura). En tanto estén dadas todas las condiciones para un servicio de calidad, la atención es consistente en método y actuación agregando valor al proceso asistencial.

A lo largo, de estas concepciones, se comparte la definición de “mejor” como relativa al problema que se está administrando, su método de solución y las tolerancias permitidas, luego, entender la “solución óptima” dependerá

de la formulación personal del problema. La mejor solución implica que existen más de una solución y cada una de ellas no tiene valores iguales.

Es necesario precisar, antes de avanzar que la optimización en salud puede ser considerado:

1. Un modelo que puede aumentar la atención a la demanda en tiempo real.
2. Una herramienta que fortalezca el comité de contingencia con estrategias funcionales por servicios.
3. Una metodología cuantitativa y cualitativa que combine recursos, materiales, insumos con seguimiento de trabajo, estudio de tiempos y servicio con calidad.
4. Proceso integrado a la organización y la atención del usuario.
5. Estrategias de gestión integradas tales como servicio asistencial y administrativo coordinado y centrado en el usuario (núcleo sintagmático).

En todo caso, se aplica por igual a la red hospitalaria, los factores de gestión asistencial, a la gestión organizacional, a las unidades asistenciales, a los servicios de urgencias, al gasto en salud y a los niveles de atención.

El gasto de la salud durante el año 1997 llegó a 23.000 millones de bolívares, lo que represento un gasto de 650 dólares por habitante y por año. Es un monto nada despreciable para obtener resultados tan pobres en los servicios de salud de tercer nivel, con una desprotección importante en materia sanitaria, y con unos indicadores que van descendiendo si se los compara con lo que sucede en otros países con un gasto similar al nuestro.

Uno de los aspectos elementales que podría disminuir el monto de ese gasto, sería efectuar un ordenamiento, integración y coordinación de los

servicios públicos, los de la seguridad social, y los del sector privado. En primer lugar se debería ordenar en su totalidad el sistema de salud para luego poder coordinar esos sectores entre sí, lo que a su vez serviría de marco para la ley orgánica de salud (LOS), ley del Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) y la reforma institucional hospitalaria.

Resumiendo podríamos decir que por un lado tenemos un gasto en salud medianamente importante, con un impacto en la población totalmente deficiente, en especial en los sectores de menores recursos que generalmente demandan mayores servicios, y por el otro los efectores, o sea los que brindan las acciones de salud en forma directa, reciben honorarios insuficientes, que en algunas ocasiones son vergonzantes.

Estos hechos nos están indicando que hay una distribución incorrecta del gasto en salud, que podría deberse en parte a una planificación inadecuada, a una superposición de la oferta, o a un concepto errado al pretender organizar y objetivar las prestaciones de salud únicamente desde el punto de vista empresarial.

El médico fue fragmentando su concepción acerca del paciente como un todo indivisible, eligiendo debido a diferentes factores, la especialización primero y luego la superespecialización. Esta situación se produjo como consecuencias de la necesidad de un conocimiento más profundo de algunas enfermedades correspondientes a una especialidad determinada, pero también en algunos casos fue promovida por las autoridades nacionales que privilegiaron a través de indicadores de tipo económico financiero, una actividad determinada en el marco de una especialidad frente a otra, sin ningún tipo de planificación que estuvieran relacionados con la demanda real o las necesidades sanitarias de la población.

Tenemos que destacar que la especialización produjo un mejor conocimiento de la fisiopatología, clínica médica y tratamiento de patologías determinadas, lo que llevó en muchos casos a una disminución de la morbilidad y de la mortalidad. Pero la superespecialización inspirada por la aparición de la alta tecnología, o equipamiento electrónico, motorizado a través de la industria y promovido por los aranceles fijados por el nomenclador nacional o sus modificaciones, fue uno de los factores que llevó a una distorsión del accionar profesional y a un incremento concomitante del gasto en salud, desvirtuándose el objetivo real de la especialización que es lograr un conocimiento más profundo de la patología existente, para disminuir la mortalidad, o mejorar la historia natural de la enfermedad.

Considero como punto central para racionalizar, optimizar y disminuir el gasto en salud, considerar que la clave del sistema, la puerta de entrada al mismo debe ser el médico clínico, de familia, de cabecera o médico generalista. Bajo este esquema de trabajo profesional se minimizaría la carga hospitalaria innecesaria producida al no utilizar los niveles de atención correctamente.

En su momento histórico apareció la figura del médico de cabecera, pensando que sería la panacea y que a través del mismo se producirían soluciones ante la inequidad en salud. Lamentablemente tampoco pudo cumplirse con esta visión. Recientemente se antepone el médico de familia, y con su aparición el programa de atención integral la familia.

La denominación que ocupó espacio en el pensamiento sanitarista fue el médico generalista que contribuyó a administrar correctamente los niveles de atención. Era el facultativo al cual se le consultaba por todos los problemas inherentes a la enfermedad y a su vez era adecuadamente

orientado siguiendo los criterios en cada nivel de atención.

El primer paso que debería adoptarse por parte de nuestras autoridades es la modificación de la nomenclatura nacional priorizando el trabajo clínico intelectual del médico ya sea generalista o especialista, por sobre la actividad instrumental, pensando siempre en las necesidades reales de nuestra población, en especial aquellos con recursos financieros insuficientes. Se debe garantizar al facultativo que con su trabajo profesional calificado, puede vivir dignamente y continuar capacitándose.

De esta manera tendríamos normalizado para un paciente con una enfermedad determinada, los exámenes complementarios que se deberían efectuar, y el plan terapéutico a instituir. Los días de reposo en su domicilio o en los sitios de internación. En el caso de una misma patología en diferentes grupos etarios el comportamiento diagnóstico y terapéutico se especificaría a tales efectos. También habría indicaciones si surgiera algún tipo de complicación. Igual temperamento se implementaría para el resto de la patología ya sea para pacientes agudos o crónicos, tal como lo expone *Ferdman, M.*, (1998) en su artículo en la Revista Nuestro Hospital, cuando se refiere a la optimización del gasto en salud y el rol del médico de familia;

El médico clínico generalista pasaría a ser la puerta de entrada y el centro del sistema, que debería girar alrededor del mismo. Estos facultativos atenderían a los pacientes en su consultorio privado, en la clínica, en el hospital, o en el domicilio cuando las circunstancias así lo exigieran. Supervisarían la atención del paciente durante su internación y seguirían la evolución del mismo cuando fuera dado de alta. De esta forma tendría un conocimiento más cabal del paciente y su acción podría evitar la aparición o gravedad de diferentes enfermedades, con las consiguientes re-internaciones. El médico clínico sería auditado en forma continua y sus actos comparados con las normas establecidas, en cuanto a tipos y números de estudios, internaciones, y terapéutica instituida. Hay diferentes alternativas para auditar el proceso del accionar profesional y

extraer conclusiones que posibilitaría paulatinamente un mejoramiento de la norma y de los resultados obtenidos por este sistema de salud (pág. 2-6).

La evaluación no solo deberá ser cuantitativa sino también cualitativa. A través del tiempo podremos conocer el impacto que esta forma de atención de la salud pudiera tener sobre los indicadores sanitarios provocando una disminución en los índices de morbilidad y mortalidad y sobre la satisfacción del acto asistencial. Se podría conocer el impacto de la presencia del médico generalista y si se registran diferencias significativas en la historia natural de la enfermedad.

El otro aspecto, que se producirá indefectiblemente es una disminución abrupta del gasto en salud, con lo cual se podría optimizar perfectamente los recursos del sistema.

Si se tiene en cuenta que una sociedad transita hacia una pirámide envejecida y si el porcentaje de la población igual o mayor a los 60 años está entre 8 y 10% incluido países como Venezuela con una población económicamente activa que crece y una población que envejece, son lugar a dudas que se están invirtiendo los indicadores de dependencia socioeconómicos. El sistema de salud venezolano tendrá que atender una demanda de pacientes como nunca antes se había visto, y un modo de optimizar la atención a la población es reduciendo los tiempos de espera para soluciones quirúrgicas, siguiendo las pautas de mejor desempeño y mayor pericia.

Todos estos factores han promovido la búsqueda de nuevas formas de gestión para subsanar el déficit estructural en términos hospitalario y en general a nivel de toda la infraestructura sanitaria llevando a consideración de los gobernantes de varios países a repensar

la reforma hospitalaria como una alternativa a la modernización del sistema de salud. La reforma se apoya en la evidencia de la presencia de procesos ineficientes de gestión que incurren en la generación de costos que encarecen el funcionamiento del servicio. Tornando esta organización asistencial como entes inviables. Por ende una asistencia eficiente será aquella que se dispense al mayor número de usuarios, al menor coste posible y mejora calidad en la atención, es una forma simple de optimizar el servicio asistencial.

Por este motivo, el principal propósito de las reformas en salud y hospitalaria es lograr que estas instituciones sean autónomas, con sistemas sostenibles y dispuestas a propiciar una atención oportuna y de calidad. El estudio de la gestión en las organizaciones de salud es cada vez es más comprendido desde un enfoque financiero, el cual incluye la gerencia estratégica y se centra en la gestión de procesos operativos. Esta es otra forma de optimizar la gerencia hospitalaria mejorando la gestión asistencial.

En este sentido, se ha generado la meta de lograr una buena gestión mediante una atención oportuna, confiable y de calidad, utilizando como principal herramienta la *“logística hospitalaria”*, en la cual la Investigación de Operaciones (IO) constituye una disciplina de apoyo transversal, dado el enfoque cuantitativo otorgado a la optimización de los procesos administrativos.

Los servicios de urgencias hospitalarios son en la actualidad uno de los servicios más concurridos dentro de los establecimientos de salud y también uno de los más cuestionados por los usuarios. Dichos servicios son unidades de atención médico-quirúrgicas hospitalarias inmediatas y esenciales para la vida del paciente. Están destinadas a la atención rápida

y eficiente de pacientes graves, víctimas de accidentes, intoxicaciones u otras situaciones clínicas urgentes. En este escenario, los servicios de urgencia presentan cuellos de botella dentro de su funcionamiento. Entran en colapso no sólo por la demanda creciente de pacientes, sino también por la interacción de este servicio con otras dependencias del hospital tales como cirugía, ortopedia, hospitalización y las unidades de cuidado intensivo (UCI). En hospitales públicos se ha observado una tendencia creciente a mantener una secuencia de colapso operativo de servicios, cierre técnico de unidades de urgencias y por ende cierre administrativo del departamento quirúrgico (1990-2010).

La investigación de operaciones en sistemas de salud como ciencia utiliza esencialmente dos tipos de aproximaciones cuantitativas de modelos para la toma de decisiones: la optimización y la simulación. La metodología parte de la identificación de una situación problemática en un sistema que requiera una solución. Posteriormente se determinan las variables relevantes del problema y las relaciones entre éstas, con el objetivo de construir un modelo que permita mejorar la situación problemática.

Una vez superada la etapa modelística, se hace necesaria la identificación de un proceso sistemático que consiga determinar la solución óptima que mejore las condiciones del problema. El encontrar una solución al modelo teórico supondrá encontrar la solución del problema real, evitando la costosa inversión en tiempo y recursos.

Los temas más comunes y polémicos en este escenario se describen como: la falta de capacidad en planificación y gestión en hospitales, carencia de un servicios de ambulancias debidamente equipado, ineficiente gestión de la cadena de suministros en bancos de sangre, imposibilidad para la

estimación de los riesgos de la salud pública, falta de estimación de costos de tratamientos prolongados en pacientes críticos, ausencia de planificación y asignación de recursos en sistemas de salud, carencias de programación de servicios de salud a domicilio y la simulación de tiempos de servicio.

También se requiere presentar algunas consideraciones adicionales; en el caso específico de los servicios de urgencias, se han encontrado aplicaciones de la IO que abarcan tanto metodologías de programación matemática como de simulación de sistemas. A continuación se mencionan algunos ejemplos dignos de tomar en consideración si se piensa en el hospital virtual. Se mencionan las experiencias:

-Departamento de urgencia de *Cooper Health System (2000)*, en *hospitales norteamericanos*, la cual permitió la creación de un modelo de simulación que representó las operaciones actuales y evaluó las posibles alternativas para reducir la duración de la estancia de los pacientes en el servicio. Por medio de esta simulación también pudieron ponerse a prueba nuevos procesos y evitar costos importantes al no añadir camas al servicio, ya que se descubrió que este cambio no acortaba la duración de la estancia.

-Creación de un modelo de simulación de las operaciones del departamento de urgencia en el *Hospital Gubernamental en Kuwait (2002)*, para determinar el número óptimo de médicos, técnicos de laboratorio y enfermeras para maximizar el rendimiento del paciente y para reducir el tiempo de éste en el sistema de atención quirúrgica.

-Simulación de eventos discretos modelados en el servicio actual de urgencias en el *Habib Bourguiba University Hospital en Sfax, Túnez (2004)*. Para esto ensayos se consideró el tiempo de espera de los

pacientes en filas, la utilización del servicio y programación de los recursos.

La revisión de estas prácticas de simulación en ambientes quirúrgicos reveló que la gestión hospitalaria está cada vez más presionada por los estándares de calidad y eficiencia que el mundo impone, lo que ha llevado a los investigadores a incursionar en el estudio y evaluación de la aplicación de diferentes metodologías como la optimización asistencial, la programación matemática aplicada a pacientes críticos para dosificaciones y tiempos de evolución y la simulación de sistemas para el desarrollo de procesos de calidad en el sistema de salud.

Esto ha obligado a establecer una nueva búsqueda de la gestión hospitalaria, creando instituciones auto sostenibles, llevando a que la investigación de operaciones se esté aplicando en estudios tan diversos como: la evaluación de las implicaciones de la implantación de políticas de salud, la programación de actividades médicas y asistenciales, la evaluación de los procesos de atención a pacientes.

Adicionalmente, y teniendo en cuenta que los servicios de urgencias hospitalarios constituyen el vértice de la pirámide de un sistema no preventivo. Los investigadores en diferentes perspectivas muestran una particular preocupación por los problemas hospitalarios: 37% de los investigadores ponen énfasis en estudiar y aplicar metodologías de la investigación de operaciones para evaluar la capacidad y programación del personal asistencial en urgencias; 19% se dedicó al estudio de la ineficiencia del flujo de pacientes dentro del servicio de urgencias; 16% evaluó la capacidad del servicio de urgencias versus la demanda; 13,2% indagó sobre tiempos prolongados de espera; 6% se orientó por la saturación que presentan los servicios de urgencias; 4,4% se inclinó por

tiempos de estancia prolongada hospitalaria, y otro 4,4% se preocupó por la optimización del tiempo de atención por el médico de urgencias.

Dados estos porcentajes los problemas a los que dan prioridad los investigadores, se puede establecer con un ineficiente flujo de pacientes dentro del servicio de urgencias, debido a la falta de capacidad de atención, que puede generar tiempos prolongados de espera para la atención.

Impacto de la Optimización en servicios de emergencia hospitalaria venezolana.

Al destacar la necesidad de optimizar los servicios de salud, inmediatamente se asocia al servicio de emergencia y urgencia en los hospitales. En este sentido el estudio se apoyó en la investigación realizada por *Sonia Cedres* (2008), sobre los departamentos o servicios de emergencia en hospitales de alta complejidad del área metropolitana de Caracas publicado en la Revista de la Facultad de Arquitectura de "La Universidad del Zulia" (LUZ), año 9, vol. 2, No. 18, Julio-Diciembre 2008, p. 142-155. Los resultados demostrados son compartidos con esta investigación y se relacionaran los más importantes en función de la optimización de espacios para servicios críticos asistenciales.

Los departamentos de emergencia (DE) en proceso de remodelación desde 2006, mediante el programa Barrio Adentro Hospital, generó una situación que se consideró causal de falta de optimización de servicios asistenciales, reducción de atención en paciente en situación crítica, disminución del número de atención por concepto de emergencia en hospitales tipo III y IV del área metropolitana de Caracas.

A este respecto se seleccionó un grupo de hospitales venezolanos a fin de incorporar nuevas tecnologías y adaptarse a los actuales protocolos de atención médica y a la creciente demanda originada por el aumento de la criminalidad, accidentes de tránsito y deterioro de la calidad de vida. Con la finalidad de presentar criterios sobre la planificación, programación y diseño óptimo de futuras remodelaciones hospitalarias, se realizó un análisis crítico y descriptivo, basado en una evaluación cualitativa y cuantitativa de los ambientes de seis hospitales públicos de alta complejidad del área metropolitana de Caracas.

Entre los resultados de esta evaluación del área de emergenciología se incluyen: (a) índices de utilización del espacio destinado a las áreas de emergencia y urgencia, (b) organización espacial del espacio de emergencia, (c) funcionamiento del servicio de emergencia, (d) normas técnicas y (e) criterios de análisis aplicados a servicios de atención crítica en emergencia. Las emergencias a ser atendidas en hospitales tipo III y IV, han aumentado como consecuencia del incremento de la población y el deterioro del estado de salud y calidad de vida del venezolano, así como de la insuficiente capacidad de resolución de la red de atención existente (hospitales tipo I y II), evidenciada en las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria especializada y de la falta de insumos, entre otros.

Esto hace que los Departamentos de Emergencia (DE) excedan su capacidad de atención, lo que provoca largas esperas de usuarios y un continuo traslados de pacientes desde otros centros de referencia. Cabe destacar que la complejidad de los hospitales III y IV está representada por la capacidad resolutoria del más alto nivel tecnológico, diagnóstico y terapéutico.

El congestionamiento creado por la saturación del volumen de pacientes derivados de otros hospitales sin capacidad resolutive por fallas de funcionamiento, también afecta la calidad de la atención en estos hospitales de alta complejidad (tipo III y IV), comprometiendo la seguridad del paciente e incrementando los niveles de estrés del personal profesional, haciendo que estos centros incumplan con su misión óptima en la atención, pasando a ser categorizados hospitales con menor optimización de asistencia.

La sobrecarga de los DE, tal como lo señala *Harris, R.*, (2002; p.73)), en un artículo sobre adecuación de la emergencia en hospitales es un síntoma de la ineficiencia hospitalaria en dar respuestas adecuadas a diferentes aspectos de salud-enfermedad. También revela la falta de camas en condiciones normales para la atención de los pacientes en cuidados intensivos críticos, la escasez de personal y otros problemas derivados de su baja capacidad resolutive.

Podemos afirmar que los DE representan el punto de accesibilidad restrictiva y crítica en nuestro sistema de prestación de servicios médicos (factor que minimiza la asistencia de emergencia), al considerar que debido su misión y visión deben estar disponibles y abiertos las 24 horas de los 7 días de la semana y durante los 365 días del año, dando demostración de la importancia clave para una institución sanitaria.

En este sentido, se equipara con una organización continua y permanente de alto valor para la relación costo-beneficio en salud y dispuesta para atención del nivel decisivo entre la vida y la muerte con personal profesional con alta formación científico-técnica. Constituyen la primera respuesta a las situaciones de emergencia de todos los estratos sociales.

Entre los años 1986-1990, se presentaron 11.928 muertes violentas en Venezuela (*Rodríguez y otros 2003*) y durante el año 2000 la cifra alcanzó a 19.942 (*Carrero y Ottolino 2004*). Estos índices del quinquenio muestran directamente el aumento vertiginoso de la criminalidad y la violencia en los últimos años, asimismo el impacto en la atención repercute en el incremento de la demanda de los servicios de emergencia en los hospitales de alta complejidad. Se estima que sólo el 25% de las emergencias del Área Metropolitana son atendidas por el sector privado (*Sanabria, 2004*), lo que deja bajo la atención pública un 75% de los pacientes críticos que consulta estos servicios.

Tomando en cuenta la concepción arquitectónica de los hospitales y las políticas de planificación y diseño de los servicios de emergencia se pueden resolver algunos de problemas asistenciales asumiendo la práctica profesional del arquitecto para avanzar en planes de adecuación ambiental y estar continuamente informado sobre estos aspectos inherentes a la optimización de servicios críticos y esenciales.

Se pretende analizar los DE con una visión integradora que relacione su diseño con la optimización de las acciones en la planificación, programación de actividades, atención de la demanda, requerimientos de los usuarios, aspectos socio-culturales, normativa sanitaria, atención continua y permanente con el fin de mejorar el funcionamiento y la humanización de estos espacios y orientar nuevas construcciones o remodelaciones.

De los seis hospitales del área metropolitana de Caracas estudiados se obtuvo datos correspondientes a estadísticas sobre el número de consultas realizadas en servicios de emergencia en una serie de cinco años y su clasificación según su morbilidad y los grupos etarios (adultos o niños). Se dispuso del plano original de cada centro hospitalario y se procedió a su

actualización, señalando la cantidad y dimensiones de los locales, el espacio ocupado por áreas funcionales, el área neta y el área bruta, tanto en las escalas del departamento, de la unidad funcional y del local.

También se recopiló información sobre el equipamiento y el mobiliario en emergencia hospitalaria y se realizaron apreciaciones en cuanto a sus condiciones de habitabilidad, nivel de confort, estatus de privacidad, presencia de ruidos y dinámica acústica, temperatura, grados de iluminación, sistema de accesibilidad y funcionalidad; además se registró la expresión de satisfacción de los usuarios en cuanto a los tiempos de espera, la conformidad con el ambiente físico y las facilidades ofrecidas por los centros hospitalarios. Acompañando estas acciones se revisó la bibliografía reciente sobre proyectos, normas provenientes de la sociedad venezolana de salud pública y requerimientos en el ámbito nacional e internacional, a fin de hacer comparaciones y evaluaciones.

Como casos de estudio se seleccionaron; (1) el Hospital Universitario de Caracas (HUC), (2) el Hospital Pérez Carreño (HPC), (3) el Hospital José Gregorio Hernández (HJGH), (4) el Hospital Domingo Luciani (HDL), (5) el Hospital Victorino Santaella (HVS) y (6) el Hospital Pérez de León (HPL). La escogencia de estos seis hospitales se debió a que son los más complejos, están clasificados como tipo III y IV y son centros de referencia nacional. Todos tienen una capacidad entre 300 y 1.200 camas, cuyos departamentos o servicios de emergencia se desarrollan en áreas que oscilan entre 1.000 y 3.000 m². Además, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

1. Son hospitales públicos de referencia, tipo III y IV (más de 300 camas, alta complejidad y especialización, con programas de docencia e investigación).
2. Operatividad como hospitales pilotos (hospitales de trauma u

hospitales de choque).

3. Están ubicados en distintas zonas del área metropolitana (Caracas, Petare, Los Teques).
4. Ser representativos de diferentes sistemas de prestación de servicios (Seguro Social, Alcaldía Mayor, Estatal y autónomo).
5. Los hospitales Victorino Santaella y Domingo Luciani, se escogieron por ser los últimos hospitales generales construidos en el Área Metropolitana y con diseños más recientes (década de 1980).
6. Se seleccionó la construcción de la nueva sede del Hospital Pérez de León por su diseño novedoso, y por ser un hospital solamente de emergencias.
7. La accesibilidad a la información (planos, datos estadísticos y disponibilidad del personal para las entrevistas).

En la década de 1980 comienza a aplicarse en Venezuela el concepto de medicina de emergencia (emergenciología) y se decretó la creación del Servicio de Emergencia y Medicina Crítica, como el quinto servicio perteneciente a los hospitales, concibiendo cinco servicios médicos (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Ginecoobstetrica y Emergencia). Paralelamente, se desarrolla la especialidad y los procesos terapéuticos para el manejo de los pacientes traumatizados, apareciendo, a partir de 1990 nuevos conceptos: Centros de Trauma, Servicios de Trauma-Shock, Profesionales emergenciológicos y Medicina crítica.

Estos desarrollos evolutivos y pragmáticos introdujeron modificaciones en los procesos de prestación de los servicios hospitalarios y por consiguiente se refleja en la necesidad de mejorar el nivel de conocimiento del personal, y optimizar el equipamiento e infraestructura

asistencial. Sus funciones y características fueron definidas mediante resolución oficial del Ministerio del Poder Popular para la Salud publicada en Gaceta, año 1993 así como los requisitos arquitectónicos y de equipamientos requeridos y establecidos por normativa oficial publicadas en 1996.

El Área Metropolitana de Caracas (AMC), con aproximadamente 5 millones de habitantes (INE, 2008), revelando un censo de 30 hospitales públicos que, en su gran mayoría, están ubicados en la zona oeste de la ciudad, en el municipio Libertador. Según su tipología están distribuidos en; (a) 13 hospitales tipo I y II, (b) 7 hospitales tipo III y (c) 10 hospitales tipo IV. La capacidad instalada y funcional representa 8.904 camas-hospital. Administrativamente dependen de distintos organismos como el Seguro Social (IVSS), la Alcaldía Metropolitana, las gobernaciones de los estados vecinos: Vargas y Miranda y otras dependencias públicas y autónomas. Estos 30 hospitales, junto con los ambulatorios urbanos, forman la red de servicios de salud del Área Metropolitana.

Los hospitales de Caracas poseen una vigencia en su construcción de 25 a 50 años de funcionamiento, han presentado adaptaciones, ampliaciones y cambios de uso en sus espacios durante su tiempo de vida útil. Principalmente, se observa en los últimos años la incorporación de nuevos espacios para atender la demanda producida por el aumento de la criminalidad y de accidentes de tránsito, convirtiéndolos en hospitales de choque.

En la actualidad (2006-2012), casi todos los Departamentos de Emergencia (DE) son sometidos a proyectos de remodelación y equipamiento que se continuarán, en el futuro inmediato, producto principalmente de la incorporación de las nuevas tecnologías, sin embargo, estas remodelaciones han sido escasamente analizadas y evaluadas, aun cuando en el campo

internacional los hospitales venezolanos representan una de las tipologías edificatorias más estudiadas.

Los hospitales de referencia o de alta complejidad, tipos III y IV del Área Metropolitana acumulan el 90% (8.056 camas) del total de camas existentes (8.904 camas). En los hospitales estudiados se han eliminado las salas de espera para familiares, aun cuando estaban contempladas en los diseños originales. A excepción del HVS, que aún conserva un área reducida de espera interna, el HUC dispone de una fila de espera a lo largo del pasillo de entrada al hospital, y el HJGH tiene una espera de triaje. Estas áreas fueron reducidas y/o eliminadas para incorporar áreas de atención crítica por exigencia de crecimiento interno del servicio de emergencia del hospital.

El nuevo modelo adoptado en todas las remodelaciones consiste en ubicar las esperas de familiares en el exterior de la edificación, con limitados o ningún servicio, al aire libre y sin protección especialmente durante la noche y desprovistos de seguridad personal.

Estas salas de esperas permiten la integración con la naturaleza en algunos casos. Se pierde en consecuencia áreas de optimización para familiares de pacientes, saturando los espacios internos con equipamiento y personal creando condiciones cuya máxima expresión de atención y de emergencia constituye un riesgo restrictivo para la atención óptima del paciente, además de crear dificultad con el acceso de ambulancias y vehículos por lo cual la entrada-salida de pacientes constituye una suerte de distracción morbosa. En este ambiente, las personas pueden escoger donde ubicarse sin niveles de privacidad, carencias de servicios y ausencia de comodidades, así como de información sobre la evolución de sus familiares y pacientes.

La estrechez relativa de los corredores por donde son transportados los pacientes es un problema muy común en todos los DE estudiados. El ancho más común de los corredores en hospitales venezolanos es de 2,40 mts, sin embargo en algunos de los hospitales estudiados resultan mediciones de hasta 1,20 mts (menor del 50% de la norma). El paso de dos camas por el corredor asistencial solo es posible asumiendo que el corredor está completamente libre y vacío.

En estos hospitales el giro de una camilla en 90° para entrar al área de observación de traumatología desde el corredor resulta dificultoso, con doble cruce en dos sentidos en camilla con paciente. Por lo general, debido a la falta de espacio, los corredores están ocupados por camillas o pueden ser usados como salas de esperas por pacientes y familiares, tal como sucede en la entrada del área de emergencias quirúrgicas del HDL.

Suele ocurrir que en estos centros de emergencias, los pacientes pueden permanecer en observación en camillas ubicadas en los corredores públicos cuando las camas están ocupadas en servicios de hospitalización. Lo más grave observado para el rendimiento y optimización de servicios es que el tiempo de observación es contabilizado como tiempo de hospitalización con historia clínica y revista médica en emergencia.

Muchas funciones de trabajo incluyen actividades de transporte y movilización de pacientes que implican recorrer largas distancias para transportar y traslados de pacientes, historias médicas, exámenes, suministros, medicamentos, muestras, desechos, y otros. Observamos que en el caso del HUC las movilizaciones de las muestras hacia el laboratorio son realizadas por los familiares; para la utilización del servicio de Radiología, las enfermeras transportan los pacientes hacia el piso 6, donde se encuentra ubicado, recorriendo una distancia de 1,10 mts. (Si no es posible movilizar el paciente se

utiliza un equipo portátil y se moviliza el técnico radiólogo hasta el sitio de emergencia), creando mayor grado de dificultad en transitar, atender y movilizar los pacientes.

En el HDL la farmacia está ubicada fuera del área del DE, y requiere la movilización constante de las enfermeras para buscar medicamentos y suministros. Transito que complica la atención por la posibilidad de infecciones extra hospitalarias y su efecto directo en pacientes intrahospitalarios. La falta de optimización en servicios de emergencia crean las condiciones para incrementar las complicaciones de pacientes hospitalizados.

Estos largos recorridos durante la jornada laboral causan fatiga, contaminación, fómites y estrés. En los DE más complejos y más espaciosos como el caso del HPC, al disponer de servicios auxiliares propios descentralizados, contribuyen a reducir los recorridos del personal y de los pacientes hacia áreas externas al DE. También se acepta una regla operativa para esos hospitales que establece que los servicios descentralizados y programados pueden contribuir a optimizar la asistencia en emergencia.

La ubicación del área de descanso del personal es un punto controversial para la operatividad y para el estudio. Algunos trabajadores prefieren que esté situado lo más alejado posible del centro de actividades para relajarse y desconectarse de las tareas. Generalmente, esto constituye un problema en los DE durante los turnos nocturnos, cuando el personal se reduce al mínimo, pues la llegada de pacientes debe estar continuamente vigilada.

El objetivo principal de esta revisión hospitalaria fue analizar el funcionamiento, capacidad operativa, organización espacial y características de diseño de los DE. Entre los resultados de este análisis se incluyeron:

índices de utilización del espacio, análisis de la demanda, análisis de la organización espacial y funcional, además de algunos aspectos socioculturales.

Los resultados de la evaluación evidenciaron la carencia de un espacio adecuado para atender la demanda, la densificación del espacio de emergencia y la reducción a medidas mínimas en los servicios de atención crítica. Los DE, de los hospitales estudiados, diseñados en los años 1960, con espacios y dimensiones acordes a las necesidades del momento, han experimentado modificaciones para ampliar sus dimensiones y poder dar cabida a los nuevos usos, adoptar las nuevas tecnologías y acatar las normativas.

Este crecimiento de los servicios de emergencia se hizo a expensas de las áreas de espera y circulación del personal, lo cual eliminó los servicios auxiliares. Se comprobó que el área bruta de construcción hospitalaria no ha crecido significativamente desde el diseño original y, paralelamente, la demanda de estos espacios se ha multiplicado en forma evidente, por lo que los resultados alteran la armonía y funcionalidad del conjunto hospitalario, convirtiendo la concepción óptima de servicios inicial en un servicio saturado, y con interferencia permanente.

Además, el aumento de la demanda ocasiono una creciente inseguridad personal para pacientes y personal de los servicios víctimas de la violencia, generando conflictos en el control del tránsito interno y de los accesos por parte de familiares, amigos y enemigos de los pacientes. La mayoría de estos hospitales se corresponden con zonas ubicados en comunidades con altos índices de pobreza crítica (HPL, HJGH, HDL), en ejes viales centrales y de acceso a la ciudad (HPC, HVS, HDL), y reciben un gran número de heridos por arma de fuego y accidentes de tránsito.

La condición de los pacientes pertenecientes a la clase trabajadora genera una gran demanda por causa de accidentes laborales y enfermedades, producto de su escasa calidad de vida, falta de higiene y las pésimas condiciones de habitabilidad.

En todos los hospitales de estudio existe una división entre las áreas críticas (urgencias, trauma shock, resucitación) y la emergencia, y éstas a su vez se separan de las pediátricas, ginecológicas y traumatológicas y del área general de tratamiento. La diferencia básica responde a las áreas de tratamiento por especialidades médicas y quirúrgicas, o en la utilización de cubículos genéricos para todas las especialidades. Los conflictos principales para el funcionamiento interno se presentan en las relaciones espaciales, separaciones de tráficos de personal y pacientes, zonificación y conectores (pasillos y ascensores).

En relación a los requerimientos de funcionamiento de los servicios, y contrastando las normas técnicas se encontraron discrepancias especialmente en cuanto a las separaciones entre las camas de tratamiento, la carencia de iluminación natural en las salas de observación y de lavamanos accesibles en las áreas de tratamiento, la falta de privacidad y los largos recorridos entre los distintos espacios. Existen deficiencias en la calidad del aire y los niveles de confort, las continuas remodelaciones no siempre se corresponden con la distribución de ductos de ventilación artificial, ni atienden la separación de los flujos del aire acondicionado, lo cual aumenta el riesgo de contaminación.

La mayoría de los hospitales incorporaron al servicio de emergencias aspectos de funcionamiento novedosos, reflejo de las tendencias internacionales para este tipo de espacio, como: (1) puestos de enfermeras descentralizados, (2) servicios auxiliares satélites ubicados en el DE

(farmacia, dosificación de medicamentos, laboratorio y toma de muestras), (3) diferenciación entre los puestos de tratamiento y (4) abordaje de las emergencias con el resto del hospital.

Con respecto al uso de las camas de observación se evidencio la disposición de estas camas para terapia intensiva, para hospitalización e incluso como descanso para ancianos e indigentes. Existen cuartos separados por sexo como lo indica la normativa y cuartos comunes a ambos sexos con y sin baños incorporados. Su proporción en relación con las camas de tratamiento varia, superándolo en algunos casos, lo cual convierte a los DE en pequeños hospitales dentro del hospital.

Hoy día los hospitales enfrentan situaciones administrativas frecuentes *“el hospital intervenido”*; *“colapso hospitalario”*; *“cierre técnico del hospital”*, principalmente ante el auge de las empresas proveedoras de insumos y vendedoras de equipos. Bajo la modalidad llave en mano se entregan las instalaciones hospitalarias en fase de reparaciones, sin adecuada supervisión por parte de expertos, sin los permisos correspondientes ni supervisión por parte de los organismos competentes. Asimismo, estas obras están a cargo de constructoras sin actuación de arquitectos e ingenieros. Una construcción sin experiencia experta en el complejo campo de las edificaciones hospitalarias, puede originar instalaciones ineficientes.

Se debe utilizar criterios de flexibilidad para el cambio de uso de los espacios en emergencia, sobre todo en corredores y áreas de espera, que permitan alojar camas para tratamiento en momentos de emergencia, de catástrofe o necesidad de aislamiento. Se recomienda para mejorar la optimización del servicio de emergencia una distribución de atención por especialización en la red de hospitales del área metropolitana con el aprovechamiento al máximo la capacidad instalada, los programas de

docencia, el personal y las características de su demanda. En ese sentido los hospitales podrán mejorar la atención en las emergencias médicas.

Asimismo, es posible disminuir los tiempos de espera y descarga de pacientes en servicios de emergencia, mediante la incorporación de consultorios de atención inmediata, o vía rápida, que necesitan menos equipamiento especializado y permiten atender casos de menor complejidad. Bajo esta concepción fue concebida en una oportunidad la unidad o puesto de socorro. También es necesario apoyar la organización de planes de mitigación, prevención de emergencias y preparación de la comunidad para enfrentar desastres (OMS/OPS 2004) e incorporar elementos estratégicos para atender una demanda masiva en sus espacios internos y externos.

Evolución del hospital hacia una empresa de servicios.

La evolución del hospital hacia una entidad corporativa, con la conversión del paciente en cliente y del médico en empleado, ha manifestado cambios profundos en las últimas dos décadas. Nuestra intención es que se acentúe aún más en los próximos años y posiblemente cambie la relación empresa-clientes-empleados, hasta una nueva concepción en términos de *marketing* en salud.

A título indicativo el hospital conceptualmente ha existido desde el momento en que hubo enfermos, aunque la denominación cambie a lo largo del tiempo y recientemente en su aceptación actual como empresa de servicios de salud. Probablemente seguirá siendo el hospital la institución que represente mejor la cultura sanitaria de la sociedad en un momento determinado. Efectivamente en ella se sintetizan los valores de la colectividad, y los intereses particulares representados por los pacientes. Por otra parte, se hace evidente el nivel científico de esa misma colectividad a través de la atención dispensada por el personal sanitario.

Retomando el tema de optimización hospitalaria, asumimos el compromiso hoy de retomar la eficiencia y productividad en los servicios asistenciales. Pero en la realidad observada se ha incrementado la insatisfacción de usuarios así como el ejercicio de autoridad y falta de prestigio en el cuerpo médico. Por otro lado también es bueno destacar que esta inversión de los factores socio empresarial en salud tiene un equivalente en los elevados costos hospitalarios.

Todo hace pensar que estamos ante el surgimiento de una relación de gestión donde se pueden identificar prestigio profesional y poder de administración en los hospitales con una visión de empresa de servicios. Esta situación obedece a una paradoja que estima que *“ante la muerte o el derecho a mantener la salud de un individuo no debe tenerse contemplaciones económicas”*, mientras que para el administrador *per se*, debe considerar todo acto médico con una limitación económica.

A este respecto señalo *Abraham Sonis* (1990; p.118-123), en su texto *Medicina Preventiva y Administración de Salud*, afirmo que *“la especialidad de administración médica debe satisfacer de manera comprensiva la administración de servicios de salud”*. Este autor fue director del centro de investigaciones epidemiológicas de la academia nacional de medicina en Buenos Aires. Se destacó por su interés en la salud, la medicina y el desarrollo económico y social. Con doctorado en salud pública, en ejercicio profesional desde Londres impulso la corriente del pensamiento sanitarista, higienista y salubrista en Latinoamérica. Tendencia que se ha mantenido entre los profesionales que de salud pública desde la década de los noventa.

Resulta claro, la convicción del autor cuando deja ver que los cursos de especialistas en administración de salud son una prioridad y reciben distintos nombres según los casos y países que lo requieran. Se pretende la integración armónicamente entre administración de salud y administración hospitalaria, creando de esta manera una concepción unicista con diferentes enfoques de gestión y gerencia hospitalaria.

Por otro lado se establece que el medico director formado en administración hospitalaria debe reunir: (a) experiencia en el trabajo con personas, (b) experiencia en el manejo administrativo, y (c) experiencia en transacción comercial. Lo que sí es evidente es la existencia de una vinculación entre hospital y empresa, solo por el hecho de recurrir a la definición de términos y su similitud en su organización gerencial.

A pesar de existir varias definiciones de empresa, que incluye desde las teorías economistas hasta la bases de la organización gerencial, consideran a la empresa como la entidad que recibe capital para adquirir bienes y servicios, que al ser transformados producen un beneficio, devolviendo el capital y los intereses generados para un beneficio común. O las concepciones generales, que la definen como un ente social que utilizando Talento Humano y materiales, para ofertar un bien o un servicio que satisfaga una necesidad. Se puede acordar en definir la empresa de salud hospitalaria de la siguiente manera según la OMS (2009);

Entidad social que coordina sus actividades para conseguir los objetivos de atención integral, participación comunitaria e innovación en el mercado de salud, de responsabilidad social, de rentabilidad sanitaria, de productividad asistencial, de gestión y de formación en personal de salud, mediante la utilización de Talento Humano, con el fin de satisfacer necesidades sociales, ofreciendo servicios en salud, en diversos niveles de atención y grados de complejidad (p.90).

Asimismo, el Hospital reúne un conjunto de elementos humanos, materiales, equipos y tecnología de avanzada, bajo principios de organización adecuada para proporcionar asistencia y atención médica de tipo preventiva, curativa y de rehabilitación, a toda la población bajo su área de influencia, en las condiciones de máxima eficiencia y de óptima rentabilidad económica.

En tal sentido empleados, trabajadores y usuarios deben permanecer en condiciones óptimas, garantizadas por el diseño y mantenimiento adecuado de las instalaciones del Hospital, que a su vez tendrá que estar inscrito dentro de una organización sanitaria superior y comprenderá la formación de personal sanitario, así como la docencia y la investigación en salud.

Para efectos de la investigación se acuerda que al reunir ambos conceptos, surge la gerencia efectiva, entendida como la integración de esfuerzos utilizando racionalmente los recursos plenos de autoridad y responsabilidad, planificando, controlando y guiando la organización hacia sus fines y objetivos.

Las interrelaciones de las funciones de gerencia, con el gerente como administrador y gestor, permite otra opción, la de anticipar el futuro o los escenarios futuribles, intentando moldearlos y equilibrar sus fines a corto y largo plazo. Pero como ningún gerente puede hacer dentro de la perfección todas las actividades, queda entonces bajo su responsabilidad asegurar que las tareas más difíciles que guarden relación con la responsabilidad directa no queden sin atención, sino que por el contrario se traten con todo el cuidado posible.

Dentro de la similitud Empresa-Hospital, se encuentran puntos comunes como son; (1) presencia de talento humano con diversos grados de conocimientos y experiencias, (2) actividades profesionales y técnicas que requieren coordinación, (3) una organización orientada por la satisfacción, (4) criterios de máxima eficiencia, productividad y rendimiento, (5) formación y capacitación de personal e (6) investigación en salud.

La idea de que los hospitales tienen una misión como empresa de salud refleja la concepción de que son algo más que simples estructuras técnicas y administrativas. Son por el contrario instituciones que poseen personalidad y una meta. Formalizando su misión se llega a enunciar su principal razón de existir, como es identificar la función que cumplen en la sociedad, además, su carácter de atención y su filosofía sanitaria básica.

A través de los años la misión de nuestros hospitales ha variado en grados más o menos aceptables en equilibrios con la realidad, así por ejemplo en la década de los 60 los hospitales se caracterizaban por una asistencia médica integral. Posteriormente se otorgó prioridad a la misión de prevención sobre la curación y de esta forma generó un nuevo axioma en la gestión de hospitales como aquel destinado a mejorar la salud del colectivo con la gerencia de los escasos recursos (principio de la economía en salud), paradigma que hoy es discutible puesto que elementos inherentes a la evaluación de los indicadores de aprovechamiento y rendimiento hospitalario se contradicen en sus resultados.

La reorientación de la misión hospitalaria en el año 2000, a través de programas, estrategias, enfoques y/o lineamientos es una prioridad que ofrece un medio para la optimización de la gestión con los recursos existentes, además sirve de guía para los principios generales de gerencia hospitalaria moderna.

Como resultado de esta misión, se diversifican las actuaciones de todos los actores más allá de una realidad con acciones que permitan planear un futuro próximo (escenario futurible hospitalario), basados en tendencias presentes de los perfiles socio-demográficos, donde intervengan modelos de gestión innovadores que aseguren efectividad y cumplimiento de objetivos propuestos. Intervienen, entonces elementos fundamentales de creatividad, y adecuados procedimientos con habilidades centrados en una imagen de calidad en la gestión y toma de decisión.

Esta mezcla de principios orienta el diseño de una misión autodefinida, *“el hospital como expresión social”*. De forma cuidadosa esta formulación ideológica busca desarrollar criterios de información técnico-administrativa, decisiones y gestión hospitalaria que apoyen nuevas técnicas gerenciales, concediendo importancia al servicio de sus clientes. La política gerencial es practicar la administración por objetivos y no la administración directiva.

El análisis de estos aspectos exige una gestión hospitalaria responsable y directa de los recursos, lejos de la improvisación que caracteriza el modelo vigente. No obstante la importancia de identificar estos rasgos negativos en la gestión hospitalaria, justifica la necesidad de una propuesta con un modelo de gestión estratégica que atienda tanto a la dimensión político-administrativo, como la táctico-operacional de los hospitales, que en síntesis, responda al tamaño de la población para constituir una organización eficiente en la región.

El desarrollo de este modelo en la propuesta gerencial sintagmática debe verse como un acto gerencial destinado a los jefes de servicios asistenciales con una metodología sencilla de carácter descentralizado del gobierno central, con cambios fundamentales en los procedimientos técnicos y gerenciales.

Hasta aquí se ha presentado un marco de referencia conceptual del hospital tradicional, sin embargo, sostiene *Malagon* (1996; p.20), refiriéndose a los sistemas cerrados de salud de algunos países, que estos “demostraron con el tiempo, su operatividad con altos costos, ofreciendo servicio de mala calidad”, por ello, los centros hospitalarios en virtud de la necesidad de ahorrar gastos, se orientan a prestar un servicio que a fin de cuenta termina bajando sus costos a la vez que propicia menor satisfacción en los pacientes.

Ahora bien, para el logro de las funciones hospitalarias, aspiración que bien define la Organización Mundial de la Salud, es indispensable una adecuada dirección que gerencie todos los recursos que se disponen para la consecución de los objetivos de salud. Se trata en consecuencia de una gestión óptima que permita relacionar todos los elementos que conllevan a entrelazar auténticas posibilidades competitivas tales como: (a) planeación estratégica, (b) planes y programas de desarrollo del talento humano, (c) organización con procesos y parámetros de calidad, (d) talento humano calificado, (e) satisfacción del personal, (f) evaluación de gestión y (g) participación ciudadana.

En definitiva, una gerencia como señala *Sallenave* (1999: p.40), que permita “relacionar todas las facetas del manejo de una organización en busca de una mayor competitividad”. Haciendo énfasis en una mejor gerencia del Talento Humano, como vía para alcanzar los objetivos y metas de la institución hospitalaria. De allí que *Malagon, G.*, (2000), reafirma lo planteado al acotar que:

La gestión en el hospital moderno, implica una característica diferente al hospital de antes, toda vez que estas instituciones se conciben como empresas prestadoras de servicio de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y

demandas del usuario; así mismo dispuesta a funcionar en un mundo de competencia a base de calidad,(p.26).

El mismo autor señala en su trabajo, que para ello es necesaria la concurrencia de muchas voluntades y en particular la proacción del médico director, eje fundamental de la gerencia y quien debe ser líder, innovador, planificador, organizador, ejecutivo y ejemplo, pues es quien lleva la vocería de la institución que dirige. Al respecto, sostiene *Poton* (2000; p.22), “el director es el motor del hospital y el gestor o catalizador de las intenciones de los componentes fundamentales de la organización”. Esta evolución a lo largo del tiempo puede contemplarse desde el punto de vista de los cambios producidos en la organización predominante.

El sector público, se muestra reticente a esta conversión privada del hospital y presenta su modelo público de atención con financiamiento del Estado y con una red de distribución de servicios en todo el país, con una organización vertical, normativa y como figura rectora en salud, estableciendo los lineamientos para las políticas públicas de salud.

Desde otro punto de vista surgen hitos de esta etapa como son: (1) la diversificación profesional responde a la necesaria especialización del mundo industrial y (2) los niveles de cuidados obedecen a un modo de distribución de los recursos para su atención, en relación directa con su patología presentada. Ya no se trata de un criterio uniforme de atención, sino de nuevas opciones de atención, como son; Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en donde las últimas tecnologías y técnicas son necesarias y por ende costosas, pero que deben ser puesta a disposición de los pacientes cuya gravedad lo justifique, siendo atendidos por profesionales superespecializados.

Al mismo tiempo tiene como objetivo la unidad asistencial planificada en base a una atención estructurada en 3 niveles: (1) nivel preventivo, (2) nivel asistencial y (3) rehabilitación. Se trata de una generación de hospitales que, con su poder tecnológico, amplía su ámbito hasta la comunidad. Podemos asistir al agotamiento de este modelo generacional de hospitales por ineficiencia en su gerencia y gestión, y a su vez dar paso al pensamiento del hospital postmoderno, tendencia que abarcaría desde su concepción hasta su gerencia, pasando por su planificación y organización en tiempos de urgencia social, motivo que anima esta investigación.

El mandato del médico director debe aplicar la autoridad con el fin de imponer parámetros que le permitan el cumplimiento de una función eficiente y eficaz, junto al personal que lidera. Debe saber escoger y reconocer personal en caso de necesidad extrema, debe saber ubicar adecuadamente cada uno de los factores que inciden en la implementación de un buen ejercicio hospitalario visto este como un servicio empresarial pues, “no se puede concebir la gestión y generación del desarrollo institucional de los hospitales, asilado del contexto del enfoque empresarial” (*Padrón, 2000: p.97*).

Como toda empresa, la sanitaria elabora una serie de servicios que son intangibles y complejos de identificar. El producto sanitario por excelencia es la salud y la finalidad de esta empresa no es otra que evitar enfermedades, o por defecto una vez instalada la enfermedad, curarlo, recuperarlo, rehabilitarlos, o en definitiva mejorar el estado de salud del paciente. Es por ello que se requiere de una perfecta integración de todos los factores que interactúan en el desarrollo de procesos de producción de salud. Ahora bien esta interacción se amplía de acuerdo con el nivel de atención que se preste en cada hospital, tomando en cuenta los siguientes modelos por niveles de atención propuestos por *Malagon* (op. cit.; 2000).

Para el estudio las comparaciones en la década de los noventa, son utilizadas como un mecanismo de apoyo en la propuesta de una gerencia efectiva para una gestión óptima, más que un ejemplo a imitar (ver cuadro 2). Todos estos países modifican sus políticas sanitarias por los crecientes cambios sociales, el nivel socioeconómico determina la distribución del Producto Bruto Nacional (PBN) en el sistema sanitario y la ideología política determina el tipo de sistema en términos de mercado.

CUADRO 2. *Matriz de sistemas sanitarios por categoría y tendencias.*

Países	Tendencias de los sistemas sanitarios
España – Italia Alemania	Ley de reciente promulgación y en periodo de adaptación de servicios asistenciales.
Holanda - China Canadá.	Reformas en marcha con cambios importantes en los servicios.
EEUU	Modelo de libre mercado con intercambio con multinacionales.
Suecia Reino Unido.	Modelos opuestos a libre mercado.
Grecia	Modifican sus políticas sanitarias para programas colectivos.

Fuente: Temes, gestión hospitalaria, 1997, p.12-13.

Respecto a esta última característica, la universalidad debe incluir la provisión de un sistema de asistencia adecuada, accesible y aceptable para todos. La equidad está arraigada y es complementario al de la universalidad.

En el ámbito sanitario la equidad se basa en la igualdad de trato, en las condiciones de accesibilidad a los servicios, en la disponibilidad y en la igualdad de los rendimientos del servicio asistencial expresados en datos demostrables. Los modelos sanitarios suelen complicarse cuando incluimos factores como el costo-oportunidad que equivale a lo que se deja de ganar mientras se está atendido.

Retomando la expresión de las características de atención, la justificación de servicios asistenciales a la población es consecuencia de la compleja relación que los mismos tienen con su comunidad y cuyos resultados se expresan en la satisfacción que las acciones y estrategias empleadas representan en el sentir de los usuarios que demandan atención médica. Esta respuesta que ha resultado ser un parámetro difícil de medir por carecer de métodos específicos y objetivos confiables ya que se encuentran modificados por el comportamiento subjetivo de la comunidad y la respuesta de la oferta que se le dispensa. La tarea de encontrar un indicador que refleje las acciones, esfuerzos, aceptación con los objetivos institucionales es un desafío para el estudio.

Visto de esta forma, la necesidad de ser asistido médicamente surge como consecuencia de síntomas, molestias y deseos experimentados por el individuo, condicionado por las tantas variables socioculturales que le identifican y las del medio ambiente donde se desenvuelve. De tal manera que la definición de demanda, en sentido práctico, vendría a ser la asignación de recursos para atender al individuo en su salud o enfermedad, es decir, que desde un punto de vista operativo, sería la adecuada asistencia que le brindan los servicios y recursos disponibles.

Conviene aclarar los conceptos de demanda atendida o utilizada, como aquella demanda que se percibe y cuantifica. La demanda no atendida es descrita como la no informada y que en ocasiones se produce por evidente deserción de los usuarios. Ambas son útiles para evaluar la estructura y cuantificar los servicios ofrecidos, así como también los criterios de accesibilidad.

La demanda inducida, suele resultar de aquellas necesidades de salud preventivas y que el Estado impone mediante leyes, por sus obligaciones constitucionales de protección a la población o por los mismos servicios médicos en sus acciones de detección precoz a gran escala sobre determinadas situaciones de salud.

De acuerdo a lo expresado es fácil deducir que las necesidades de la población, la demanda de los servicios y la asignación de recursos, coinciden casi siempre pero lo hacen en forma parcial, originando por tanto áreas o situaciones de desajuste que conllevan necesariamente a la crítica de los servicios ofertados. Por ello frecuentemente observamos las siguientes interacciones:

- Existencia de verdaderas necesidades, en especial sociales, donde el usuario no tiene conciencia ni conocimiento para reclamarlas y en otras ocasiones, porque no hay oferta.

- Necesidades atendidas, pero sobre las cuales no existía una demanda manifiesta.

- Demandas que son satisfechas, pero que no responden a necesidades reales de la población.

- Oferta innecesaria que no se demanda.

- Personas que asisten a un servicio de salud y de alta complejidad (hospital tipo III y IV), que necesitan de una atención especializada y que pudo ser suministrada en otro establecimiento (hospital tipo I y II), más cercano a su residencia.

- Inexistencia de necesidades y nula utilización de servicios.

Por esta razón y otras el concepto de equidad sigue siendo objeto de debate, otro factor indispensable que equivale a los gastos estructurales por desplazamientos propios de los usuarios y de familiares para recibir atención sanitaria. Para la investigación todos estos factores y otros como las desigualdades sociales, la falta de accesibilidad a servicios sanitarios, son importantes mantenerlos en consideración para las etapas de la implementación de la propuesta de gerencia sintagmática, puesto que se espera por mandato constitucional adecuar los servicios de salud, para detener las consecuencias socio-sanitarias derivadas de las acumulaciones sociales.

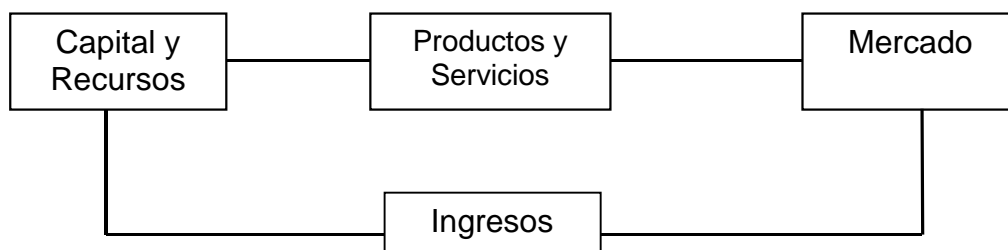
Lo que sí está claro por estudios es que las desigualdades persisten en todo sistema político, que las necesidades aumentan exponencialmente y la población crece geométricamente, de aquí que solo se han logrado soluciones parciales en los modelos sanitarios, se requiere de un salto generacional y una planificación estrategia de por los menos 50 o 100 años para lograr una solución integral y total, ideas fundamentadas en países como Japón que comenzaron a pensar en función de soluciones seculares (plan de educación y salud para 100 años).

En las dos últimas décadas ha tomado fuerza en la organización hospitalaria, el concepto de empresa de servicios para definir la esencia del hospital. Entender el hospital como empresa de servicios es algo que trasciende el tipo de hospital concreto tipificado como público, general, quirúrgico, pequeño o grande, inserto en sistema sanitario o aislado del mismo. No se trata de separar el enfoque de hospital como parte integrante de un sistema de atención sanitaria, y no es tampoco una aceptación antagónica, ni mucho menos reduccionista, con este planteamiento.

De hecho, los dos pilares conceptuales para entender el papel del hospital actual son dos; el hospital como parte integral de un sistema de salud con sus relaciones y conexiones entre sí y con otros dispositivos sanitarios y el hospital como empresa de servicios.

El análisis pretende identificar el conjunto de características que definen una organización empresarial. Existen dos ciclos íntimamente unidos, pero diferenciados. El ciclo del capital y el ciclo de la producción. El ciclo del capital o recursos es fácil de comprender (ver figura 3).

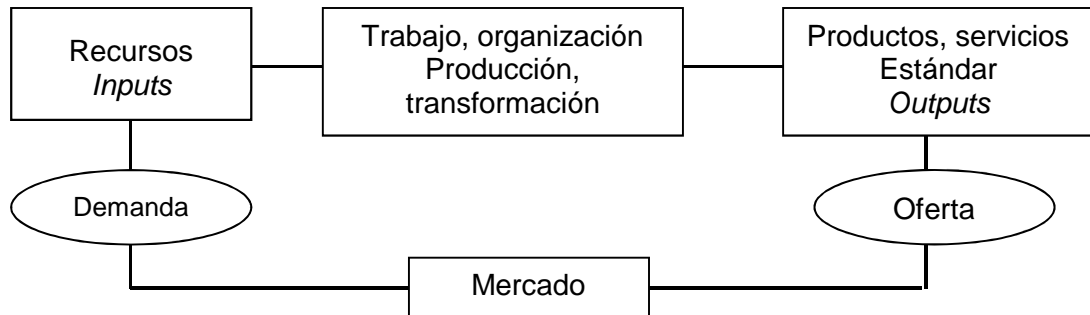
FIGURA 3. *Ciclo económico en el hospital.*



Fuente: Temes, gestión y costes hospitalarios

A partir de recursos económicos concretos en dinero, materiales, instalaciones y personas, se procura a través del mercado al que se le ofrecen unos productos o servicios, ingresar dinero que permita reponer el capital, para seguir funcionando y aumentando en lo posible (crecimiento organizacional) mediante unos ingresos superiores a los gastos. El *leitmotiv* o guía que dirige el ciclo económico es la esencia del capital (recurrente), para lograr beneficios que permitan crecer y desarrollarse. Sin beneficios, las empresas acaban antes o después en la quiebra y desaparecen. El otro ciclo íntimamente unido es la producción (ver figura 4).

FIGURA 4. *Ciclo económico y relación demanda-oferta.*



Fuente: Temes, gestión hospitalaria.

La figura 8, demuestra como el ciclo de capital termina produciendo servicios y con recursos una serie de personas, de manera organizada, transforman mercancías preexistentes en productos o servicios nuevos (ciclo empresarial). Estos son enviados al mercado social donde tienen interés para otras personas, grupos o empresas, que los adquieren o utilizan como bienes o servicios que demandan para sus necesidades.

Por supuesto la realidad es más compleja, existe el ciclo del capital financiero, el ciclo del mercado de trabajo, los mercados intervinientes, las multinacionales y otros factores socioeconómicos. Esencialmente, los fines de una organización empresarial son tres: crecer generando beneficios, aumentar el capital y producir servicios que la sociedad necesita.

Las empresas públicas se generan en sectores socialmente estratégicos en los que se presentan necesidades ciudadanas que exigen ser satisfechas por la iniciativa del Estado con criterios de seguridad, estabilidad y equidad.

Últimamente ha surgido con fuerza (mundo anglosajón), el concepto de organizaciones de profesionales frente a organizaciones rutinarias, como lo plantea *Peters, T.*, (1984) cuando expone que:

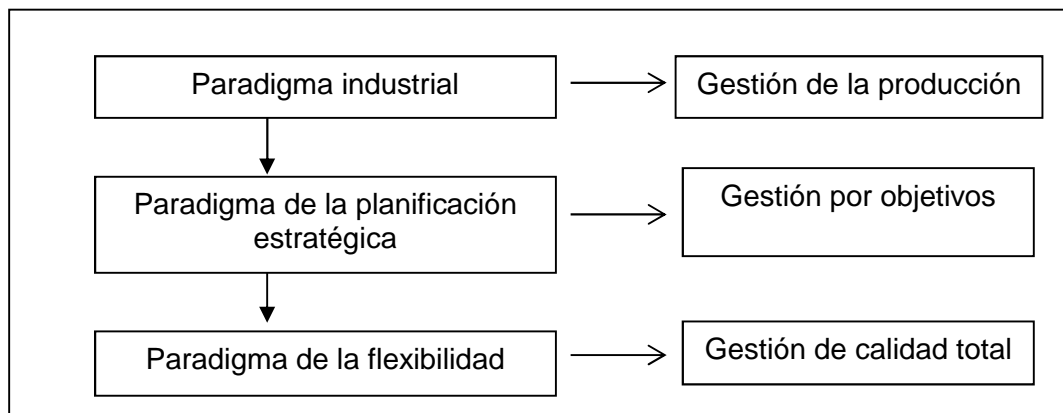
Se trata de organizaciones de servicios con un alto valor de añadido intelectual, donde las decisiones se toman en tiempo real, el producto (servicio) no es repetitivo e igual, sino modulado y concretado en el mismo momento de su realización, con alta variabilidad, (p.378)

Las dificultades para conceptualizar un hospital como empresa de servicios se centran en las especiales connotaciones que presenta la doble relación médico-paciente y la relación oferta-demanda, que es el eje alrededor del que giran las prestaciones de asistencia hospitalaria.

La asistencia hospitalaria no es por regla general un servicio que se oferta y que se compra como consecuencia de una valoración diferenciada de compra-venta y del que se espera una satisfacción inmediata de la demanda y claramente percibida en justo precio. Los paradigmas estratégicos en los programas de las escuelas de negocios plantean diversos enfoques para analizar la situación evolutiva, histórica y estratégica de la gestión empresarial (ver figura 5).

Desde el comienzo de la revolución Industrial hasta tiempo posterior a la Segunda Guerra Mundial el paradigma imperante era el industrial. Al ser fácil su colocación en un mercado ávido de productos y servicios, bien por necesidad, o bien por los deseos consumistas, toda la actividad empresarial giraba alrededor de la producción.

FIGURA 5. Evolución histórica de la estrategia y gestión empresarial.



Fuente: Malagon, administración hospitalaria.

Terminada la reconstrucción de la posguerra se produjo un incremento en la competitividad, paralelo al desarrollo de muchas empresas y la mejora en los procesos productivos y de servicios, que movilizó los cimientos del proceso productivo industrial. Comienza entonces en la década de los años 60 a imponerse el paradigma de la Planificación Estratégica, de modo que las empresas se hacen conscientes de que para tener éxito necesitan un enfoque más cuidadoso y comienza a desarrollarse el *marketing* hasta los momentos actuales.

Los sistemas de gestión se orientan por administración por objetivos (APO), que es el resultado formal de la planificación estratégica. La introducción y rápida generalización de las tecnologías de la información, la presencia del pensamiento globalizador de las economías en un entorno rápido y cambiante al que se tienen que adaptar para sobrevivir las empresas propias de los años 70 y 80, genera el nuevo paradigma de la flexibilidad empresarial.

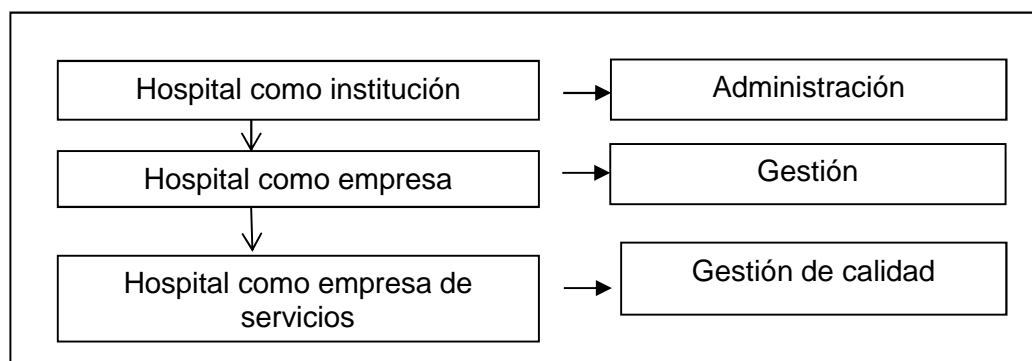
La capacidad de adaptación rápida a los deseos de los consumidores cada vez más informados, y por tanto con mayor capacidad de discriminación, hace que estos, constituyan el eje de la acción de las empresas que, en un marco de flexibilidad avanzan adaptándose a los cambios, sumando vectores de calidad y atención al cliente, que pasa a ser el factor competitivo esencial y en consecuencia el sector salud adopto muchas de estas tendencias que hoy son todavía evidentes.

Gestión Hospitalaria.

Actualmente con matices propios y particulares del mercado, también se puede hablar de la evolución de la gestión hospitalaria, en la que cabe diferenciar tres enfoques históricos que muestran un cierto paralelismo con los paradigmas estratégicos ya descritos (ver figura 6).

En tal sentido el paradigma industrial puede hacerse coincidir en su crecimiento con el momento en que la cobertura sanitaria estaba limitada y los hospitales prestaban sus servicios en redes dispersas que se financiaban de diversas maneras o dependían de la caridad.

FIGURA 6. *Evolución histórica de la gestión hospitalaria.*



Fuente: Temes, gestión hospitalaria.

En esencia se podría decir que los hospitales tenían una función aislada, en unos casos, o se constituían en un simple soporte del quehacer médico, con una estructura que necesitaba cierta administración, gerencia y gestión, que se asumía en forma particular y poco organizada por los médicos. En este sentido *Temes (op. cit.)*, expresa:

El nacimiento de los sistemas públicos de seguridad social, basados en los mutualismos preexistentes cuyos anclajes se hundían en lo gremial, no marca, contrariamente a lo que podría pensarse, el advenimiento del paradigma de la planificación estratégica, sino, muy por el contrario, la culminación del paradigma industrial (p.36)

Los problemas y las distorsiones inherentes al mercado sanitario se encuentran en el origen de un retraso entre el modelo empresarial y la gestión hospitalaria, que ha generado una distancia evidente entre servicios sanitarios y la transformación del entorno poblacional.

En este sentido el propio concepto de necesidad, y su diferenciación de lo que podría considerarse como consumo sanitario, resulta ser una variable difícil de manejar por los sistemas sanitarios de los países en los que existe una cobertura pública. Desde este punto de vista es ya clásica, la diferenciación entre necesidad sentida, necesidad expresada, necesidad normativa y necesidad real, que ilustra las dificultades del proceso de planificación sanitaria.

El concepto de hospital como empresa de servicios, que se está imponiendo en momentos históricos determinados apunta hacia la importancia que tienen las aspiraciones de sus usuarios, que quieren algo más que un tratamiento de sus dolencias. Tal como señaló *Aldeguer (1999)* en su texto gestión de producción hospitalaria;

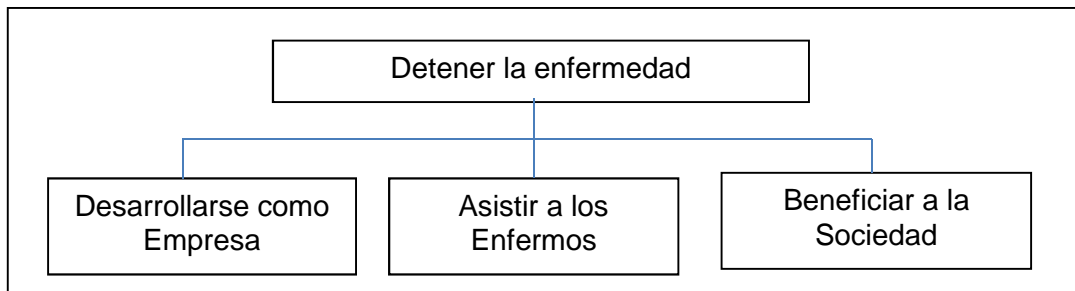
El problema de los hospitales, tanto del sistema público como del privado, es si la búsqueda de esta satisfacción del cliente puede sumarse a los términos existentes que están conduciendo a una escalada del gasto sanitario del que podrían llegar a suponer un factor inflacionario importante. Así, una competitividad salvaje entre hospitales basada en elementos extra asistenciales podría conducir, paradójicamente, a un incremento de los costes en lugar de su disminución (p.39)

Con el razonamiento que antecede, entonces el problema de la asimetría en la información de los usuarios (necesidad percibida versus necesidad real) podría hacer de catalizador de un alza en los costes que, aunque siempre se pudiese matizar, para lograr mejoras en la gestión, terminaría siendo muy peligroso.

Los planteamientos realizados hasta ahora, han sido dentro de un contexto de los sistemas sanitarios en los que se encuentran inmersos todos los ciclos empresariales, factores del macro ambiente económico y necesidades de la población. Sin entrar a considerar la diversidad de sistemas existentes. Si podemos señalar que cualquiera de ellos es siempre la resultante, en un momento histórico dado, de la interacción entre los elementos que son recogidos y presentados en la figura 7.

Resumiendo las apreciaciones, la sociedad se convierte en depositaria de ciertos valores, los usuarios o pacientes tienen unas aspiraciones, las organizaciones sanitarias, poseen normas, por la que se rige su funcionamiento, y los profesionales sanitarios (supuesto axiológico).

FIGURA 7. *Misión integrada de los hospitales.*



Fuente: Temes, gestión hospitalaria.

Al lado o por encima de lo anterior, se describen códigos deontológico y reguladores de su práctica profesional que, aunque se encuentren basados en el nivel actual del conocimiento científico, pueden tener en cada momento un carácter de imperativo ético que condiciona completamente la naturaleza de las prestaciones sanitarias.

Misión Barrio Adentro Hospital

Con referencia al papel del Estado en la Política sanitaria y su impacto en el sector salud, y en consideración de lo planteado en el Capítulo I, y II del estudio se debe presentar los lineamientos generales y políticos así como la estructura operativa de la Misión Barrio Adentro, en particular la extensión hospitalaria, su descripción por niveles y especialmente los establecimientos de tercer nivel, en este sentido:

Barrio Adentro I. Se inició en Diciembre de 1999 en el marco de la actuación del personal médico cubano durante la tragedia del Estado Vargas por causales de eventos catastróficos, a partir de esta experiencia se suscribe un convenio con la Republica de Cuba para implementar la misión Barrio Adentro Salud en la geografía venezolana con especial énfasis en el

abordaje profesional de las comunidades donde se encuentren clases desposeídas.

Posteriormente en diciembre del 2003, se crea la comisión presidencial, con el compromiso de presentar un viraje profundo con cambios en las políticas sociales venezolana. Bajo estas premisas se corresponde con el nivel primario en base a la Atención Primaria de Salud (APS) y bajo la denominación de consultorios populares se constituye el primer nivel de atención para dar respuesta a la concepción misional de la salud.

Los principios rectores del primer nivel de atención en el contexto de la misión barrio adentro son: gratuidad, universalidad, integralidad, equidad e integración social. Su prioridad es la promoción y prevención de la salud. La Misión Barrio Adentro I, es la concreción de la APS como prioridad de la política de salud para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente los excluidos, bajo principios de equidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, participación, pertinencia, justicia y corresponsabilidad social.

Las normas de organización y funcionamiento de los consultorios populares en el primer nivel de atención, establece en su artículo 1º, que la Atención Primaria de Salud Misión Barrio Adentro en todo el territorio nacional incorporara al Ambulatorio Rural tipo I, Ambulatorios Rural tipo II, y Ambulatorios Urbanos tipo I, como Consultorios Populares, los cuales constituyen la unidad base del Sistema Público Nacional de Salud, así como un escenario para la promoción de calidad de vida en el ámbito local.

Barrio Adentro II. Evoluciono destinada para la atención del segundo nivel y bajo la denominación de Clínicas Populares. Se presentó bajo anuncio presidencial el 14 de enero del 2005 durante su mensaje anual al país y es

en junio de ese mismo año que se dio inicio a la Misión Barrio Adentro II, con la inauguración en todo el país de 30 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) e igual número de Salas de Rehabilitación Integral (SRI), como un plan integral de desarrollo de las comunidades, a través de un conjunto de políticas transversales concebidas para elevar la calidad de vida de la población, promoviendo la organización social y comunitaria.

Mientras se fue avanzando en la ejecución de su política sanitaria y atendiendo la disposición de los entes involucrados se decidió la ampliación de Barrio Adentro II. Para el 2006 se fijó como meta la construcción de 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 35 Centros de Alta Tecnología (CAT), con la adquisición de equipos tecnológicos de avanzada para apoyo diagnóstico.

Barrio Adentro III. Se extiende para el nivel terciario, bajo la denominación de hospitales del pueblo. Es una iniciativa de Estado y del Gobierno Venezolano (agosto, 2005), que tiene por objeto el fortalecimiento del tercer nivel de atención como integrante del sistema público nacional de salud. Comprende la “modernización de la red de hospitales públicos” constituida por los establecimientos pertenecientes al Ministerio del Poder Popular para la Salud, Gobernaciones, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Petróleo de Venezuela S.A. (PDVSA), Sanidad Militar e Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), en su totalidad constituyen trescientos hospitales, con una única rectoría.

Esta misión asistencial conjuga una visión integral de atención que abarca; (a) modernización y actualización tecnológica hospitalaria, (b) cambios del modelo de atención, (c) reestructuración del modelo de gestión

donde se pretende potenciar la sinergia y la participación comunitaria como elemento central de la contraloría social consagrada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y (d) la construcción de nuevos hospitales para garantizar el acceso a la salud de todos los ciudadanos (as) para transformar la condición de excluidos del subsistema de salud.

Los objetivos estratégicos de la Misión Barrio Adentro III u Hospitales del pueblo, se establecen en función de:

1. Modernizar y actualizar los equipos médicos y electromecánicos que garanticen el funcionamiento de los hospitales. Esta actualización lleva implícita dotación de equipos de acuerdo a las necesidades de atención médica de la población, disponibilidad de servicios en área de influencia, pertinencia tecnológica en relación a grado de complejidad de atención que brindan los hospitales y disponibilidad del recurso humano para la operatividad de los mismos.
2. Remodelar, reparar y/o ampliar la infraestructura para adecuarla a las necesidades de la renovación y actualización tecnológica de los equipos médicos y no médicos.
3. Coadyuvar al desarrollo del sistema público nacional de salud, como ente único descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo.
4. Promover la salud privilegiando la calidad de vida y superación de inequidades.
5. Incorporar a los trabajadores al proceso de cambio que se espera dentro del quehacer cotidiano en los hospitales al contar con equipos e instrumental que le permitan prestar una atención medica de calidad.

El desarrollo del proyecto de modernización gubernamental de equipos médicos y electromecánicos, tiene por finalidad la actualización tecnológica de la red hospitalaria, renovación de equipos por servicios, dotación de mobiliario clínico, actualización y modernización de red informática hospitalaria y de telecomunicación, así como potenciar la red de ambulancias para atención pre-hospitalaria, en todo el territorio nacional.

En su primera etapa, se pretende atender 43 hospitales de mayor complejidad, sedes de enseñanza universitaria. En una segunda etapa, 50 hospitales de mediana complejidad. En su tercera etapa, abarcar 150 hospitales tipo I y II de menor complejidad. En total equivale a 243 hospitales actualizados y modernizados para la atención de tercer nivel (ver cuadro 3).

Barrio Adentro IV. Para la denominación de hospitales especializados, se evidencio al momento de la investigación que se disponía de poca información sobre los criterios de funcionamiento, distribución de necesidades y ajuste por equipamiento sobre este plan extensivo a hospitales de alta complejidad y especialización desde este plan, solo se puede precisar que buscaría con esta política, la solidaridad internacional de la atención médica.

CUADRO 3. *Definición y distribución de actividades y tiempos de ejecución MBA-III, 2006-2009.*

Definición de actividades en Barrio Adentro III.	Tiempo de ejecución
Equipamiento y dotación de 43 hospitales	308 días
Identificación de hospitales y equipos para reparaciones útiles.	44 días
Primer bloque de equipos e instalados.	238 días
Elaboración de especificaciones técnicas. Revisión de base de datos de hospitales según equipamiento y reparaciones.	48 días
Realización del proceso licitatorio para adquisición de equipos.	73 días
Recepción de los equipos, instalación y puesta en servicio de los equipos en hospitales.	139 días
Capacitación del personal operador <i>in situ</i>	15 días
Segundo bloque de equipos, instalación y capacitación técnica.	230 días
Tercer bloque de equipos, instalación y capacitación técnica.	218 días

Fuente: Informe *on line* Gubernamental, portal de la Misión Barrio Adentro.

Planificación Estratégica en hospitales.

El reordenamiento organizacional a finales de la década del noventa, hizo posible, el incremento de conocimiento en temas de interés para mejorar productividad y rendimiento hospitalario. Uno de los avances más significativo fue el auge de la planificación estratégica adaptada a los hospitales.

El proceso de planificación en servicios de salud tienen cuatro elementos que se deben destacar: (1) el tiempo, (2) el espacio, (3) el modo y (4) la satisfacción de las necesidades de salud de la población. En cuanto al primero hace referencia al momento de vigencia del proceso de planificación centrado en las políticas sanitarias, que debe surgir de la decisión política de planificar.

El segundo componente, el espacio sería la delimitación geográfico-poblacional cubierta por los servicios de salud, por ejemplo un municipio, una parroquia, una comunidad. El modo hace referencia a las técnicas y las formas como se va a planificar. La satisfacción de necesidades de salud de la población se refiere a la finalidad o como definen los autores la imagen objetivo del proceso planificador en salud.

El enfoque estratégico busca privilegiar la estructura de los objetivos dimensionando las estrategias para reconocer las categorías de complejidad, minimizar la fragmentación de objetivos y acciones, reducir la incertidumbre, disminuir los conflictos y dependencias de los servicios en el plan global. También se deben considerar el poder envolvente del proceso planificador, admitir la existencia de diferentes fuerzas sociales, la necesidad de integrar elementos normativos que corresponden al “deber ser” desde la perspectiva ontológica con componentes estratégicos del “poder ser”, en una actitud anticipativa y exploradora que nos permita crear situaciones futuras,

intermedias y finales, que se corresponden con la situación objetivo probable y deseable para la fuerza social que planifica.

Los principios para el Proceso de Planificación Estratégica (PPE), se derivan de: (1) un diagnóstico, para conocer donde estamos, a donde queremos llegar y el cómo lo podemos hacer, (2) el planteamiento de alternativas, (3) posibilidad de cambio sobre la marcha (diferencia con la planificación normativa), (4) análisis del proceso causal, (5) análisis de las variables, (6) compromiso con el “como” y (7) compromiso con el cambio.

La consecuencia inmediata de la existencia de varios actores en la realidad asistencial, es la condición con la que la planificación estratégica no puede identificarse para producir una norma. El cumplimiento del “deber ser” de un actor partiendo del supuesto ontológico, y representado por el conjunto de aspiraciones, valores, objetivos y medios necesarios para alcanzarlos, tiene que enfrentarse al problema de vencer la resistencia activa de los oponentes.

En la planificación estratégica, el acto del planificador es solo una parte del diseñar y ello precisa una instancia para hacer ese cálculo, es así como se distinguen cuatro momentos. Los momentos de la planificación estratégica se pueden describir como procedimientos dentro de los planes con alto grado de reflexión sobre los aspectos y factores que intervienen, a saber:

Momento Explicativo: representa él fue, es y tiende a ser.

Momento Normativo: corresponde al debe ser.

Momento Estratégico: identificado con él puede ser.

Momento Táctico Operacional: expresión del hacer.

Estos cuatro momentos se desarrollan como un proceso en conjunto y estrechamente articulado, donde cada uno tienen como referencia a los otros tres para sustentarse y que suponen un orden predeterminado, como se detallan a continuación:

Momento explicativo:

1. Análisis situacional en contexto real (situación observada).
2. Identificación de los actores comunitarios y sociales relevantes.
3. Identificación de necesidades y problemas por los actores.
4. Explicación situacional (flujograma situacional).
5. Selección de prioridades y ordenamiento.
6. Definición, descripción y explicación de problemas.
7. Identificación y selección de Nudos Críticos (Nc).

Momento normativo:

1. Situación Objetivo (SO): describe la situación deseada
2. Definición de la Situación Objetivo (misión- visión)
3. Programa Direccional
4. Diseño de Proyectos
5. Definición de acciones
6. Análisis de viabilidad (política, técnica, operativa)

Momento estratégico:

1. Análisis de la Viabilidad y factibilidad (política, económica, organizacional)

Momento táctico-operacional:

1. Análisis de coyuntura
2. Evaluación de impacto
3. Dirección Estratégica

4. Gerencia Estratégica

5. Presupuestos-programas

Tenemos pues, que el Momento explicativo, es aquel en el cual el actor que planifica está permanentemente indagando sobre las oportunidades o problemas que enfrenta e intentando explicar las causas que las generen. Este momento equivale al llamado Diagnostico de Situación de la planificación normativa. Los submomentos correspondientes son el análisis situacional y la explicación situacional. Se refiere a la explicación de la situación por un actor que planifica, a la caracterización de cómo fue, como es y como tiende a ser la situación.

De esta manera el análisis situacional inicia todo proceso de planificación, en el, un actor social, inserto en una realidad, sintetiza alguno de sus elementos o hace una apreciación de los mismos. Esta apreciación de la realidad hecha por un actor en relación a las acciones que proyecta producir para preservar o alterar la realidad en que vive, es lo que constituye para él una "situación". El análisis situacional plantea la compleja tarea de seleccionar problemas, desechando otros, para explicar seguidamente las causas de los problemas.

Dicho análisis que los actores realizan de los problemas en salud, implica que ellos identifican su posición de acuerdo a su escala de valores, aparato ideológico, experiencia, intereses y/o aspiraciones. Las formas de abordar un problema depende la consideración de los actores, se puede enfrentar en su espacio pertinente, disolverlo en un espacio superior, controlarlo transitoriamente actuando sobre el espacio donde se expresan sus manifestaciones o ignorarlo.

Desde el punto de vista de la planificación estratégica en salud, un problema no es más que una brecha entre una situación real que tienen características negativas y una norma o situación que se desea alcanzar. En este sentido un problema en salud puede ser evitable e inaceptable. Ahora bien, además de la evitabilidad e inaceptabilidad, los problemas también tienen la característica de la relatividad. Lo que es problema para un actor social, no necesariamente lo es para otro.

A pesar de ello identificados los problemas por los actores en compromiso, se procede a interpretar las causas de cada problema en su conjunto, obteniendo una matriz para el *flujograma situacional*. Este submomento se cumple a través del juicio de un grupo de trabajo específico o un comité. Es fundamentalmente un grupo de expertos y técnicos que se encuentran con los diferentes actores sociales relevantes.

La constitución del grupo de expertos debe ser el resultado de una nominación democrática de cada grupo de actores sociales relevantes. Este grupo de experto puede tomar un nombre y actuar además, como un órgano asesor o consultor de la comunidad.

La definición, descripción y explicación de los problemas, se realiza desarrollando una técnica que se formaliza en un "*flujograma situacional*", que consiste en un diagrama donde se presenta la causalidad sistemática captada por la experiencia de los actores sociales participantes, por el conocimiento sistemático teórico-práctico de expertos y por la verificación empírica de algunas relaciones causales. En este flujograma se intenta explicar problemas parciales, conjuntos de problemas o la situación inicial del plan. Se ofrece al final una explicación mediante la lógica del proceso de producción social.

El momento normativo. Es aquel en el cual el actor que planifica diseña como debe ser la realidad o la situación, es un momento donde es frecuente confundirse con la planificación tradicional y su totalidad. Es el momento que se mueve en el plano del “debe ser” denominado supuesto ontológico de los actores y planificadores. El momento normativo se centra en la eficacia direccional de las operaciones para alcanzar la Situación Objetivo (SO) a diferencia de la planificación normativa que se concentra en el problema por comprobar.

El momento normativo contiene la descripción de la situación deseable del deber ser y la propuesta de acción del actor, para alcanzarla. Es el momento o instancia del diseño del contenido propositivo del plan, que precisa la realidad en contraposición con los problemas. Implica el diseño de estrategias indicativas, el proceso de toma de decisiones, el control y la evaluación. Podemos apreciar que en el momento normativo, también están presentes los otros momentos.

Desde que se inicia el proceso de selección de problemas se colocan en juego un conjunto de criterios valorativos que son, básicamente, normas sobre lo deseable y que en alguna forma se contrastan con la realidad actual y previsible. Es prácticamente, imposible para un actor social tener conciencia de la situación actual y seleccionar problemas sin tener en ese momento una visión inicial del debe ser o en otros términos la Imagen Objetivo (IO).

Retomando la expresión de situación objetivo significa aquel momento que marca la direccionalidad de una estrategia. Los objetivos son las variables terminales que marcan la direccionalidad (el que) y el alcance (el cuanto) de la SO. Los objetivos son además el vector de resultados, como se señaló en párrafos anteriores, que esperamos alcanzar con el plan. Las

condiciones situacionales que cada uno de los planos ofrece tales como reglas, acumulaciones y flujos son necesarios para que se obtenga el vector de resultados, y complementa el resto de la SO.

Cuando el conjunto de objetivos adquiere un rango estructurado se habla de Conjunto Estructurado de Objetivos, traduciendo un componente más de la SO que aún no llega a considerarse el todo pero por ende se aproxima a él. Otro gran componente es precisamente el espacio general, particular o singular en donde se dan las reglas básicas las acumulaciones y los flujos que caracterizan la nueva situación. Las propiedades inherentes a la SO se describen como la:

1. Dimensión totalizadora y no incremental. De hecho la SO es concebida como una totalidad situacional imaginada.
2. Potencialidad de agregación-desagregación. Por lo tanto la SO tendrá carácter general y difuso, pero también específico.
3. Disyuntiva flexibilidad-rigidez. Tal como se concibe y define un proceso dinámico mantiene una visión cambiante.

Siguiendo las pautas del enfoque cuantitativo la situación objetivo debe ser reelaborada periódicamente, de acuerdo a las modificaciones ocurridas en el tiempo y el espacio de la situación inicial, así como, del carácter específico de los problemas y sus explicaciones, traduciendo el carácter bidimensional de la situación problema y respondiendo a coordenadas cartesianas precisas. En lo cualitativo, la SO admite un espacio de calificación normativa interpretada por los actores del plan mientras que la situación inicial exige una explicación exenta de ambigüedad, ambas posiciones se encuentran en un espacio binario de categorías interpretativo-normativo y explicativo-comprensivo.

En la perspectiva de lo cuantitativo las normas que concentran la SO serán por lo general rangos numéricos, indicadores e índices, mientras que la situación inicial se requiere de indicadores numéricos puntuales. La SO está orientada a la utopía concreta ideologizada de una realidad abstracta y no a la utopía abstracta preconcebida que es la Imagen Objetivo.

La situación objetivo es una proyección prospectiva, es el momento de lo que el grupo desea, por ende puede estar en diferentes escenarios en relación a diferentes proyectos y puede diseñarse a corto, mediano y largo plazo. Finalmente debe ser flexible, atractiva, posible y creíble causando gran atractivo para los actores involucrados. En la planificación estratégica el concepto de escenario sirve para lidiar con la incertidumbre que está presente en todo proceso de planificación.

Se quiere con ello significar que la situación objetivo se compone de juicios de valor que representa el deber ser y por elementos prescriptivos que se fundamentan en la investigación ciencia y conocimiento. Un escenario es entonces ese contexto situacional del programa direccional imagina como algo alcanzable, así como es posible identificar múltiples escenarios es necesario pensar distintas trayectorias alternativas para cada uno de las proyecciones relevantes que se pueda construir.

Los objetivos propuestos están interrelacionados, no es posible alterar los problemas sin modificar el sistema que los produce. Por lo tanto la SO se plantea en una dimensión totalizante, que no puede ser concebida como una serie de cambios específicos sino como una nueva situación donde el cambio, en uno de los elementos del sistema supone la modificación de los otros elementos relacionados con él.

El programa direccional es el instrumento metodológico que considera todas las operaciones que el plan busca materializar simulando su aplicación a partir de la situación inicial para constatar la dinámica de cambio que desata, para cotejarla con aquella necesaria para alcanzar la SO. Aquí es donde surge el concepto de potencia de cada operación y del conjunto de operaciones del plan como operadores de cambio capaces de lograr que la situación resultante coincida con la SO.

Ahora bien, el programa direccional es un conjunto de medios o actos de intervención social capaces de gestar una dinámica causal de cambio situacional hacia el curso dirección y viabilidad necesaria y suficientes para alcanzar con buena aproximación cuantitativa y comprensión cualitativa la SO en el área de salud y en la sociedad en su conjunto, donde los problemas tienen un carácter multidisciplinario, transcomplejos y multifactorial.

Visto de esta forma la situación objetivo deseado es un plan cuasi estructurado con un programa direccional. No se puede proponer la plena seguridad de su transformación, sino que se mueve en un espacio de incertidumbre, en donde se buscara la mayor eficacia de las operaciones y acciones pero siempre existirá una probabilidad menor a uno en el fondo que determine esa oscilación entre la certidumbre e incertidumbre. El programa direccional es una apuesta razonada del plan y una opción concertada por actores.

Por su parte el momento estratégico consiste en la construcción de la viabilidad de la propuesta. En consecuencia el problema de la viabilidad del plan está presente en todos los momentos del proceso de planificación, pero es dominante en el momento estratégico y sus acciones. En este momento el actor analiza las formas de sortear los obstáculos y restricciones que se

oponen a la ejecución de los proyectos y operaciones seleccionados por su eficacia direccional.

Resulta claro que en este momento la estrategia es un medio para encadenar situaciones crecientemente favorables, usualmente es empleado en su forma derivada para denotar algo prioritario, en relación a la dedicación o atención que se le debe prestar. En otras circunstancias se usa para señalar el camino elegido para desarrollar una acción, en este caso se persigue optimizar la relación recursos-objetivo, base de la propuesta estratégica.

Analizando conceptos de distintas corrientes y pensadores, especialmente *Henry Mintzberg*, *Peter Drucker* y *Michael Porter* en donde establecen ideas muy interesantes y a su vez diferentes sobre esta planificación estratégica. En primera instancia, se desarrollan los distintos conceptos y pensamientos, se analiza a la persona clave de este proceso: el gerente como estratega, continuando con el análisis de impacto en el cambio organizacional. Por último, se realiza una comparación entre los distintos pensadores con la finalidad de mostrar, en un cuadro general, las distintas visiones. La elaboración de dicho análisis tiene la finalidad de poder comprender el debate actual, ventajas, desventajas y las ideas más relevantes en la actualidad.

Actualmente existen variadas definiciones de estrategia. *Henry Mintzberg* integra cinco definiciones para poder comprender mejor el concepto bajo su pensamiento: estrategia como plan, estrategia como pauta de acción, estrategia como patrón, estrategia como posición y estrategia como perspectiva.

La *estrategia como plan*, es un curso de acción conscientemente determinado, una guía para abordar una situación específica. Como plan, también puede ser una *pauta de acción*, una maniobra para ganarle al competidor. Como no es suficiente definir la estrategia como plan, se necesita definir una *estrategia como patrón* abarcando el comportamiento que se quiere producir.

La *estrategia como posición*, ubica a la organización en el medio ambiente elegido o nicho en términos económicos. Esta definición de estrategia se puede relacionar con cualquiera de las anteriores, se puede aspirar a una posición mediante un plan o una pauta de acción, como también puede ser preseleccionada y lograda o ambas, o tal vez descubierta, en razón de un patrón de comportamiento.

La *estrategia como perspectiva*, implica una manera particular de percibir el mundo. Es una perspectiva compartida por y entre los miembros de la organización por medio de sus intenciones y acciones bajo el ámbito "mente colectiva"; individuos unidos por afinidades de pensamiento, comportamiento o ambos.

El pensamiento de *Henry Mintzberg* define al término estrategia como el *patrón de una serie de acciones que ocurren en el tiempo*. Este modelo enfatiza la acción en donde la empresa tendría una estrategia aun cuando no tuviera planes definidos, incluso aunque nadie en la empresa dedique tiempo a establecer objetivos formales. Lo único que se requiere es un patrón de una serie de actos de la organización. Dichos actos deben ser congruentes; la congruencia puede ser resultado de la planificación formal o la definición de metas, o no serlo.

Ninguna organización, incluyendo la sanitaria sabe lo suficiente como para resolver todo con anticipación y nadie puede ser lo bastante flexible como para dejar todo al azar, como para renunciar al control. Por tal motivo, el modelo requiere control y precisa de capacidad de respuesta con el material que dispone. Por lo tanto, la estrategia deliberada y la emergente forman los puntos límites de un continuo a lo largo del cual se pueden encontrar las estrategias que se modelan en el mundo real.

Las estrategias pueden formarse, así como pueden ser formuladas. Una estrategia concebida puede surgir en respuesta a una situación cambiante o puede ser generada de forma deliberada, mediante un proceso de formulación con la consiguiente implantación. No obstante, cuando estas intenciones planeadas no producen las acciones deseadas, a las organizaciones se les deja con estrategias que no cristalizan o que de algún modo no se realizan. Cuando una estrategia no se realiza con el reclamo de que ha fallado la implementación, la responsabilidad recae sobre el estratega quien no ha sido lo suficientemente inteligente y concentrándose en el axioma según el cual *“el pensamiento es independiente de y anterior a la acción”*.

Cuando una organización puede integrar intenciones y avanzar hacia su realización estará ante el concepto denominado *estrategia deliberada*. Cuando la empresa actúa en forma consistente, con actos que no son parte de sus intenciones formales tendrá un modelo de *estrategia emergente*. Puede ser que en el futuro la empresa de salud adopte esta estrategia como formal, pero en el momento que se presentan no son conscientes ni deliberadas.

Una estrategia exclusivamente deliberada impide el aprendizaje una vez que ha sido formulada; la estrategia emergente lo promueve y lo estimula. La propuesta de gerencia sintagmática pretende encauzar estas tendencias en un programa permanente de capacitación para jefes de servicios hospitalarios siguiendo la premisa que entiende que *“todo desarrollo de estrategia avanza sobre dos instancias, una deliberada, la otra emergente”*.

Otro pensador, *Peter Drucker*, establece que toda organización actúa de acuerdo con una teoría de los negocios. La estrategia convierte esta teoría de los negocios en desempeño. Su finalidad es posibilitar que una organización alcance sus resultados deseados en un medio ambiente impredecible. Puesto que la estrategia permite que una organización sea deliberablemente oportunista.

La estrategia también es la prueba de la teoría de los negocios. Su fracaso en producir los resultados esperados es por lo común la primera indicación seria de que es necesario volver a reflexionar profundamente sobre esa teoría. Y los éxitos inesperados también son a menudo los primeros indicadores de que hay que repensarla. En efecto, sólo puede decidirse qué es una “oportunidad” si existe una estrategia. De lo contrario, no hay forma de decir qué es lo que hace que la organización avance genuinamente hacia sus resultados deseados, y qué es desvío y fragmentación de recursos. Este principio operaría para el componente del hospital contable y financiero adscrito al sector público.

Según lo previsto *Peter Drucker* menciona cinco fenómenos que pueden considerarse certidumbres. Sin embargo, son diferentes de todo lo que consideran las estrategias actuales. Sobre todo, no son esencialmente económicos. Son primordialmente sociales y políticos. Estas

cinco realidades son:

-El derrumbe del índice de natalidad en el mundo desarrollado y en consecuencia la tasa de reproducción y fertilidad también disminuye. Por cada ser nacido vivo se requiere de dos personas que lo engendran.

-La declinación del crecimiento vegetativo de la población en los países desarrollados y ricos está acompañada por un crecimiento demográfico en la mayoría de los países vecinos y pobres del Tercer Mundo.

-Las presiones en los movimientos migratorias no se podrán impedir y causarán grandes problemas, especialmente aquellas migraciones internas de tipo cultural y religiosa con diversas creencias.

-Cambios en la distribución de los ingresos per cápita. Los cambios en las proporciones del ingreso por persona son tan importantes como los cambios de población, y por lo general se les presta aún menos atención.

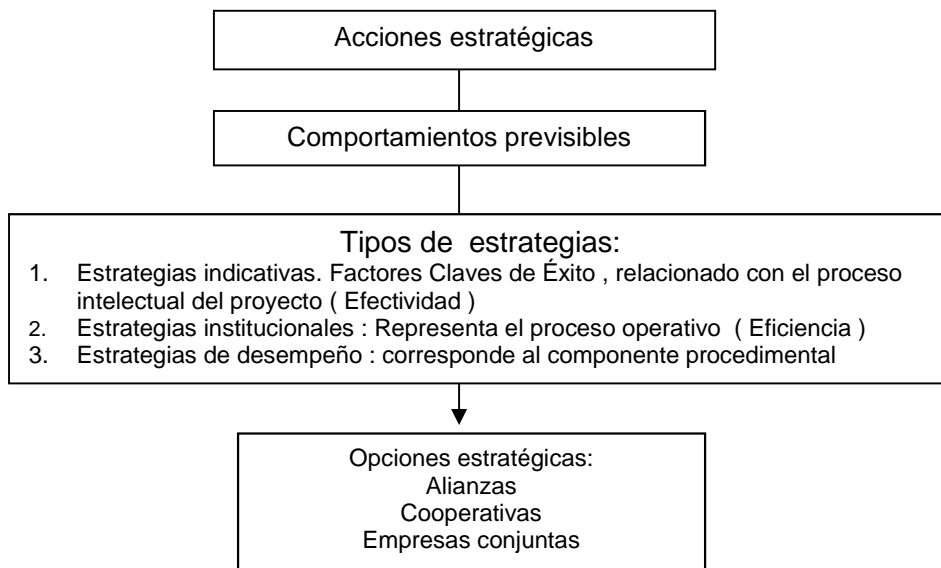
-La definición del desempeño organizacional. El promedio de vida de las empresas, al menos como una organización exitosa, nunca fue en el pasado de más de treinta años. Por ende, habrá que aprender a desarrollar nuevos conceptos sobre el significado de "desempeño" en una empresa y también habrá que desarrollar nuevas mediciones por lo que todas las instituciones deberán pensar qué significa desempeño. Por todo lo comentado, la estrategia tendrá que basarse cada vez más en nuevas definiciones de este concepto.

Todas las instituciones tienen que hacer de la competitividad global una meta estratégica (ver esquema 1). Ninguna institución, sea una empresa, una universidad o un hospital, puede tener la esperanza de sobrevivir, y hablar de ser exitosa, a menos que esté a la altura de las

pautas fijadas por los líderes en su campo, en cualquier lugar del mundo.

La naturaleza del momento estratégico, es la construcción de la viabilidad del plan que está presente en todos los momentos del proceso de planificación. El análisis de viabilidad se concentra en la relación que existe entre el “debe ser del plan y él puede ser”, entre lo ontológico y lo pragmático, tal como se presentara en el capítulo VI de la propuesta.

ESQUEMA 1. *Tipo de acciones estratégicas y estrategias derivadas.*



Fuente: Temes, Manual de Gestión Hospitalaria.

Dicho de otro modo el momento estratégico articula el “debe ser”, con el “puede ser”. En el espacio de un sistema local de salud, los problemas de viabilidad más importantes llegan resueltos y los que restan por resolverse deben enfrentarse bajo las restricciones que impone el sistema en el espacio de determinación general, por consiguiente a nivel local el análisis debe ser informal y muy simplificado.

Demos pues por hecho que el análisis de viabilidad no es estático, no está referido a ejecutar hoy las operaciones en su programa direccional, sino a las posibilidades de construir la viabilidad del plan a partir de una situación concreta. El cálculo estratégico que ello implica se hace más complejo a medida que se amplía el espacio donde la acción del actor es pertinente.

Cuando se planifica desde el gobierno o desde el Estado, las variables y la complejidad del cálculo son mayores que las de un actor de salud, sin embargo no puede obviarse ese cálculo estratégico, aunque a algunos actores les basta asumirlos como una forma de pensamiento permanente. En igualdad de condiciones los actores se someten a la elaboración de una matriz que presentaran como análisis Fortalezas Oportunidades Debilidades y Amenazas (análisis bajo matriz FODA) que constituye para el estudio parte de la situación encontrada y evaluada por los ellos mismos.

Para intentar materializar el programa direccional, es posible pensar en las siguientes estrategias: (a) estrategias de cooperación con otros actores sociales, (b) estrategias de cooptación con otros actores sociales y (c) estrategias de conflictos sujetas a mediación y negociación.

En las generalizaciones anteriores la estrategia posibilita que los cambios de situación avancen a un objetivo. La matriz FODA es una herramienta de información gerencial y de decisión por medio de la cual se aproxima el estratega a un diagnostico externo podemos concebirla como una matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE) e Interno denominada matriz de Evaluación de Factores Internos (EFI) para luego convertir la información obtenida en definición de objetivos estratégicos y posteriormente en un plan con direccionalidad y pensamiento estratégico.

En la medida del análisis externo de los Hospitales, las oportunidades, las amenazas y la evaluación del entorno por matriz EFE, también suele llamarse análisis ambiental del entorno y los factores, procesos, y agentes que se identifican afectan el futuro de la organización sanitaria o visión. De esta manera la categoría oportunidad, facilito y contribuyo al cumplimiento de la misión y visión. La categoría amenaza, limito e impidió el cumplimiento de la misión y visión. Siguiendo la metodología de la matriz EFI, se utilizaron las mismas capacidades para el análisis.

En consecuencia la matriz FODA, permitió entrecruzar los indicadores externos de amenazas y oportunidades (A-O), con los indicadores internos de debilidades y fortalezas (D-F), con la finalidad de preparar la formulación de las estrategias de la gerencia Hospitalaria. La generación de una serie de estrategias alternativas, se obtiene de la combinación de ambas matrices y por comparación se listan Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA). La alternabilidad de estrategias, se fundamenta en las Fortalezas, con el fin de explotar Oportunidades, contrarrestando las Amenazas y corrigiendo las Debilidades.

La premisa implícita en el análisis FODA, es que un plan estratégico elaborado a expensas de los actores involucrados y considerado un diagnostico simultáneo e interrelacionado. Por esta razón es clave cuando se trata de elaborar planes estratégicos para satisfacer necesidades colectivas. El entorno de las comunidades es el actor que mejor conoce sus capacidades internas. Para esto se precisaron cuatro tipos de relaciones entre los indicadores externos y los internos que traducen una forma de operacionalizar las estrategias:

1. Relaciones FO: Fortalezas con Oportunidades.
2. Relaciones DO: debilidades con Oportunidades.

3. Relaciones FA: Fortalezas con Amenazas.

4. Relaciones DA: Debilidades con Amenazas.

El procedimiento para establecer la planificación estratégica metodológicamente en un programa de salud fue la siguiente:

1. Encontrar el punto *mini-MAXI*: minimizar debilidades y maximizar oportunidades. La resultante en consecuencia es entrecruzamiento de debilidades y oportunidades (estrategia DO)
2. Encontrar punto *mini-mini*: minimizar debilidades y minimizar amenazas. En la condición final tendremos una estrategia combinada de debilidades y amenazas (estrategia DA).
3. Identificar los puntos críticos o escenarios de riesgo.
4. Planeamiento estratégico de variables a largo plazo.
5. Fijar políticas de viabilidad impulsora para logro de objetivos.
6. Identificar el punto óptimo: las fortalezas y oportunidades contribuyen a fijar el plan de desarrollo o plan rector (factores claves de éxito)
7. Identificar punto crítico: las debilidades y amenazas conjuntas o de máximo riesgo para el plan de contingencia, es una condición estratégica para la amenaza y táctico para debilidad (factores críticos de éxito).

Dentro de este orden de ideas el proceso de planificación estratégica en salud es continuo, integral, complejo y disciplinar. No puede decirse que tiene un comienzo ni un final claramente diferenciado pero si es claro que es exigente durante todo su trayecto de plan, a su vez pasa por distintas instancias, ocasiones o coyunturas que se mueven en constante variabilidad. Por esta razón, la planificación situacional utiliza el concepto de "momento" contentiva de un antes y un después, de un anverso y un reverso, en lugar

de etapa referido a las distintas instancias u ocasiones por las que pasa el proceso de planificación de un modelo de gestión.

En ese escenario futurible se presenta la oportunidad de expansión, crecimiento para mejorar la solución de problemas siguiendo la metáfora de espiral para conocer y comprender lo sucedido, también visible en la interpretación holística de la realidad que prepara un lugar común de encuentro en saberes o núcleo sintagmático derivado desde diversos paradigmas.

Al referirnos a momentos nos inclinamos a indicar instancia o coyuntura que domina o sobresale de un proceso continuo o encadenado. En el proceso de planificación, los límites de los momentos no son precisos puesto que un momento contiene a otro. Ambas concepciones son útiles para interpretar la realidad. Los planes estratégicos sirven para contrarrestar los efectos de peligros potenciales en las actividades del planificador, ya que están centrados en estrategias proporcionados por los actores involucrados en el proceso de desarrollo local.

Muy a menudo los presupuestos se preparan sin un plan de acción específica para implantar la estrategia. Se recomienda, seguir una serie de pasos para las corregir las desviaciones:

1. Identificar hechos favorables y desfavorables que podrían afectar la estrategia.
2. Especificar los puntos de arranque o alertas, determinando donde pueden ocurrir las contingencias.
3. Evaluar el impacto de cada contingencia.
4. Estimar cuanto se aprovechará, eliminara o resolverá con cada estrategia.
5. Determinar las primeras señales de alarma y verificar peligros.

El proceso estratégico desarrollado desde sus momentos, se ve obstaculizado por:

1. Falta de creatividad en el desempeño (proceso), convirtiendo el proceso estratégico en un rito mecánico sin sentido, muchas veces termina el plan en una simple *“orden desde arriba”*. La estrategia se traduce como una extensión inadecuada del absurdo.
2. Fallas en la disponibilidad de información (práctica), expresando información no actualizada, escasa, inestable con efectos perversos, aumentando el volumen pero con poca confianza en su contenido. Si la información se convierte en fuente de poder, es fácil tener una idea de lo grave que resulta para la planificación estratégica.
3. Separación o abismos en la organización (situación), que la brecha diferencial de comportamientos que compromete los entes responsables de la elaboración de estrategias y las personas que deben ejecutarlas. Los ejecutores se sienten como peones, al solo cumplir órdenes y los responsables se sienten prepotentes y piensan que tienen el control.
4. Resistencia al cambio como una actitud negativa y hostil.

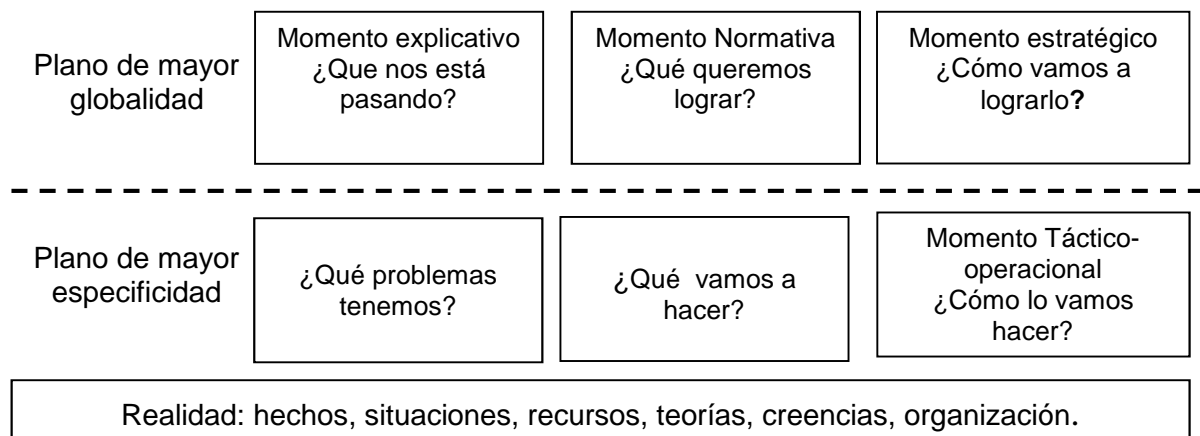
Frente a la realidad encontrada durante el estudio, compleja y difícil, pero necesaria de abordaje por teorías que acerquen el objeto de estudio a soluciones viables se reconocen dos tipos de análisis: uno de mayor globalidad, que se corresponde al análisis general o macro, de mayor distancia y de mayor comprensión y que persigue responder las preguntas ¿Qué está pasando? ¿Qué queremos lograr? ¿Cómo vamos a lograrlo? y otro análisis de mayor especificidad, equivalente al estudio particular y específico

y por consiguiente bajo las interrogantes ¿Qué problemas tenemos? ¿Qué vamos a hacer? ¿Cómo lo vamos a hacer?

Impera y por muchas razones podemos afirmar que ambas actitudes sirven para la comprensión del problema y se adecuan bien a la resolución del mismo y también permiten enmarcar la propuesta en una condición factible y viable del estudio. Los análisis en el plano de mayor especificidad, se debe realizar en “asambleas de trabajadores y ciudadanos”, los análisis en el plano de mayor especificidad se deben ejecutar entre “grupos de trabajo específico, jefes de servicios, expertos en salud”.

Para realizar las categorías de análisis indicados, se identifican “variables” que son guías de análisis, que orientan generando otros momentos o submomentos (ver esquema 2).

ESQUEMA 2. *Momentos y planos de la planificación estratégica.*



El esquema 3, proporciona las interrogantes que se deben responder ante la propuesta de un modelo de gerencia y gestión hospitalaria, al revisarse detalladamente se obtienen los siguientes razonamientos según los momentos:

1. Si admitimos que el campo de la planificación administrativa es la organización y el de la planificación normativa es el desarrollo, el campo de la planificación estratégica, por supuesto, es la estrategia.
2. Si bien nace desde el ámbito militar, posee elementos que son extensivos a otras actividades incluyendo las gerenciales, como la secuencia lógica y simulada, el engaño y la sorpresa, los cambios de situación, la maniobra, la acción por previsión, la predicción, la vulnerabilidad y el más importante, el oponente o adversario.

La investigación hace énfasis en este enfoque, pues considera que existen argumentos para así plantearlos, tal como, aceptar que la planificación del desarrollo organizacional se hace urgente y necesaria en los países en crisis por la necesidad de organizar el proceso económico bajo control centralizado. También por las formas de previsión por sustitución en condiciones coyunturales y estructurales. Por el pensar en el otro o ponerse “en caso de”, considerando la otredad y alteridad como caras de un mismo momento.

La planificación estratégica debe ser entendida como un proceso participativo, que no va a resolver todas las incertidumbres, pero que permitirá trazar una línea de propósitos para actuar en consecuencia. La convicción en torno a que el futuro deseado es posible, permite la construcción de una comunidad de intereses entre todos los involucrados en el proceso de cambio, lo que resulta ser un requisito básico para alcanzar las metas propuestas.

El proceso de planificación estratégica así entendido, debe comprometer a la mayoría de los miembros de una organización, ya que su legitimidad y el grado de adhesión que concite en el conjunto de los actores dependerán en gran medida del nivel de participación con que se implemente.

Es una forma concreta de planificación en la toma de decisiones que aborda el futuro específico que los gerentes quieren para sus organizaciones, de ahí el adjetivo estratégica. Es un proceso continuo que refleja los cambios del ambiente en torno a cada organización y se adapta a ellos, por eso es fácilmente aplicable a los establecimientos de salud del sector público. Es el proceso de establecer metas y elegir medios para alcanzar dichas metas.

Suele ser demasiado lenta, puesto que está basada en ciclos de planificación anuales, con la mirada enfocada hacia el pasado, y con la intención de intentar explicar que fue lo que salió mal para su corrección. Esto resulta ser demasiado estático, ya que refleja una correspondencia entre las antiguas condiciones del sector en estudio y de las competencias de la empresa. Para adaptarse, las organizaciones deben agilizar sus procesos estratégicos, lo cual supone, por supuesto, importantes desafíos.

La ventaja de este tipo de planes es que obliga a reflexionar y analizar situaciones presentes, producto de su evolución histórica, y proyectarlas en el futuro, de manera que permite vislumbrar el comportamiento de hechos actuales y tomar iniciativas para conducir los cambios desde el presente hacia la fisonomía deseada. Son planes muy generales, con los cuales se intenta tener una imagen del futuro.

La clave está en comprender la planificación como un modelo previo de acción, en lugar de entenderla como una imposición de tipo centralizada. La planificación es lo que se quiere hacer en teoría, aunque el resultado en la práctica sea muchas veces diferente.

Ello implica tomar decisiones previas de carácter práctico sobre qué es lo que se aprenderá, para qué se hará y cómo se puede lograr de la mejor manera. Desde este punto de vista, es relevante determinar los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales que se abordarán, en qué cantidad y con qué profundidad (el qué). Pero no basta con eso. También hay que pensar en la finalidad de lo que estamos haciendo, ya que para los trabajadores deben reconocer algún tipo de motivación o estímulo frente al nuevo aprendizaje (el para qué).

De lo contrario, no perciben en las funciones laborales un sentido que vaya más allá de la obtención de rutina de trabajo. Finalmente, se debe considerar también la forma más adecuada para trabajar con el personal, pensando en actividades que podrían convertir el conocimiento en algo cercano e interesante para un grupo, dentro de un determinado contexto (el cómo).

La planificación estratégica no es una enumeración de acciones y programas, detallados en costos y tiempos, sino que involucra la capacidad de determinar un objetivo, asociar recursos y acciones destinados a acercarse a él y examinar los resultados y las consecuencias de esas decisiones, teniendo como referencia el logro de metas predefinidas.

De este modo, podemos comenzar a comprender la planificación estratégica como un proceso y un instrumento. En cuanto proceso se trata del conjunto de acciones y tareas que involucran a los miembros de la organización en la búsqueda de claridades respecto al quehacer y

estrategias adecuadas para su perfeccionamiento. En lo referente a su visión como instrumento, constituye un marco conceptual que orienta la toma de decisiones encaminada a implementar los cambios que se hagan necesarios.

La planificación estratégica se fundamenta en tres enfoques; (a) el de la demanda social, (b) el potencial humano y (c) el costo-beneficio. Es oportuno puntualizar que para algunos autores la planificación se puede dividir en dos grandes tendencias, según *Julio Corredor* (2004), en su obra corrientes de planificación, capítulo II, hace referencia sobre la planificación del sXXI caracterizando la planificación normativa, la planificación estratégica y su influencia en los planes de la Nación en el proceso planificador.

En todo caso se trata de dos vertientes, una en las que se hace planificación según las normas y no generan ningún tipo de conflicto, y aquella en la profundiza las acciones que puedan desarrollar fuerzas opositoras coincidentes en el objetivo.

Al entender lo anterior para la primera clasificación estaríamos hablando de la planificación normativa, que es aquella que parte del diagnóstico de una situación y se desarrolla en función del modelo de cómo debería ser y culmina diseñando el plan para llegar al estado deseado. En el otro estilo correspondería a la planificación social en función de la búsqueda de la manera organizada de alterar el futuro con un fin específico, que privilegie algún elemento del sistema social. En síntesis la planificación estratégica que no es otra cosa que decretar que queremos lograr y aplicar las estrategias necesarias para alcanzarlo.

Según Corredor (*op. cit.*) realiza varios análisis para conocer los diferentes enfoques de la planificación tomando en cuenta los conceptos en el contexto administrativo como los son, la logicidad, la sistemicidad, las

cuales forman partes de las características comunes al pensamiento planificador. Según el autor la Planificación Administrativa es definida incorrectamente tal como lo explica textualmente:

En Venezuela se ha permitido llamar planificación administrativa a aquel proceso dirigido a reformar las estructuras organizativas de la administración, lo cual es incorrecto. La planificación o programación es una metodología para la toma de decisiones, para escoger entre alternativas, que se caracterizan porque permiten verificar la prioridad, factibilidad y compatibilidad de los objetivos y permite seleccionar los instrumentos más eficientes (p.28- 30).

Haciendo énfasis que el término correcto a esta definición es reforma administrativa. Llegando a la esencia conceptual la planificación de organizaciones evoluciona desde un concepto primario, apenas esbozado por Taylor en 1910, hasta un conjunto de técnicas y teorías que hoy nos permite aproximarnos a la ciencia de la planificación, la cual tiene una apariencia propia como es la planificación administrativa.

El concepto de la planificación tiene dos interpretaciones diferentes a la vez que complementarias. Desde el punto de vista técnico, la planificación puede ser considerada como un proceso que se lleva a cabo dentro del límite de la política y el punto de vista administrativo, a través del cual se hacen más racionales las decisiones referentes a los fines y métodos de las grandes organizaciones.

En otras palabras, puede decirse que es el proceso que conduce hacia la definición y esclarecimiento de las metas de una organización para luego reducirlas a programas y métodos específicos de acción. Desde un punto de vista ideológico, la planificación puede considerarse como un medio para el logro de cierta medida de auto-dirección en la evolución del sistema social; esto es, que se trata de un instrumento para obtener un importante

grado de dominio sobre el destino del hombre. El componente utópico del pensamiento humano se ha aferrado a la planificación, considerándola como su vehículo y método de expresión particular

El estado de incertidumbre en que vive la sociedad actual, explica el desenvolvimiento de variables y el uso de viejas teorías, con incorporación de nuevos métodos, para estudiar las situaciones, lo que hace de un estudio factible, el asumir la realidad en constante cambio y la transformación como la herramienta del plan estratégico. También explica el resurgimiento de la planificación estratégica en salud desde la óptica de la OMS/OPS. El autor *Corredor (2004)*, en su texto *Planificación, proposiciones para el sXXI*, explica con mucha claridad este hecho que lo coloca en una posición adelantada en el pensamiento previsor:

Así en nuestra época, se presenta marcada por la confluencia y a veces en conflicto de dos corrientes de pensamiento: la corriente combinatoria, que tiende a dominar la complejidad por los programas y la corriente contra aleatoria, que tiende a combatir la incertidumbre por la estrategia. Hoy son practicadas estas tendencias, tanto en el área comercial (mercadotecnia), como en empresas de servicios. En este contexto se considera la planificación estratégica como el conjunto de tácticas que tengan probabilidad de alcanzar los objetivos, (p.43-44)

Interesa explorar nuevos caminos de la planificación, en salud a partir de sus elementos, que sin ser nuevos en el tiempo, constituyen una opción para la viabilidad de los procesos sociales. Nótese que sin dejar de reconocer la importancia de la planificación estratégica empresarial, consideramos que esta es una modalidad de la planificación en las organizaciones con un elemento de incertidumbre que es la competencia, y que no compromete otro actor diferente al predeterminado.

Uno de los principales aportes a la planificación estratégica lo hizo *Carlos Matus (1987)* economista Chileno, cuyo trabajo y experiencia sirvió de fuerza asesora para la CEPAL. Dirigió equipos de técnicos para el desarrollo de planes operativos anuales (POA) que se difundieron en América Latina, a través de su obra *planificación de situaciones* desde 1982. Fue consultor de CORDIPLAN, asesoró la reforma de planificación y aplicó el diseño de planificación estratégica situacional (PES) en muchos países.

Su pensamiento fue siempre orientado a sentar las bases de una investigación que vaya más allá del problema de la estrategia de acción económica y se adentró en el ámbito de una teoría general de la acción política de clases, de la cual la planificación económica es un método auxiliar. Desde este enfoque hace una crítica a la Planificación y es, precisamente por su carácter exclusivamente normativo que originó muchas de las causales de investigación, como se planteó en los antecedentes del estudio a propósito de la década perdida de los años ochenta para Venezuela. A este respecto el citado autor expresó:

El procedimiento “normativo” se caracteriza por; (a) una brusca discontinuidad entre historia y futuro programado, por la simple razón que, bajo esa concepción, el futuro se proyecta como un acto de voluntad normativa y la historia pasada registra el resultado de “la voluntad–posibilidad” de las fuerzas sociales en pugna y (b) una desconexión entre lo necesario y lo posible. La norma plan se refiere a lo necesario y se deduce como requisito para alcanzar un objetivo. El problema de cumplir esos requisitos, incitando y controlando el sistema dentro de los márgenes posibles en cada etapa del proceso político constituye un problema ajeno al procedimiento normativo. En otras palabras, la viabilidad política del plan aparece como algo determinado y no como algo que se construye. (p-45).

Más adelante agrega el autor, que la planificación, en el ámbito normativo deja de ser un método para decidir y actuar, y se convierte en una guía informativa mal interpretada por los actores de acuerdo con sus intereses particulares. Para abandonar el marco restrictivo, tiene que redefinirse tanto en su teoría de base como en las técnicas que le sirven.

Esta redefinición implica el concepto de estrategia hacia la construcción de la viabilidad del plan y aplicar efectivamente las teorías de sistemas y de probabilidades como factores complementarios a las técnicas de programación.

Por lo que es comprensible que la búsqueda de nuevos horizontes de planificación en salud debe situarse en la posibilidad, la factibilidad y la viabilidad del cambio y en el entendimiento que de él tengan los actores. Estos tres elementos marcan la evolución de la planificación desde un proyecto posible en un enfoque de previsión programada hasta la construcción de nuevas realidades con base en el análisis y la práctica de los proyectos de factibilidad.

Para que ésta sea eficiente, y se pueda cumplimentar, la organización debe contar con los estrategas y las capacidades adecuadas en todas sus áreas de interés ya que el proceso de pensamiento estratégico, es una combinación de procesos mentales lineales y creativos derivados de la estimulación del ingenio y la perspicacia. Es importante contar siempre con equipos de trabajo capacitados y proactivos con la finalidad de hacer “sinergia de conocimientos y experiencias”.

Para poder comprender el proceso relacional de las sinergias en planificación como categorías superiores integrales y complejas, es fundamental que, lejos de ser estudiadas y analizadas de maneras individuales o desagregadas, se haga mediante unidades de análisis. Cabe

señalar, que a diferencia del elemento, la unidad es una parte del todo que conserva las propiedades esenciales de ese mismo todo y a partir de su interacción con otras unidades similares conforman la totalidad del sistema sinérgico del cual forma parte.

Con base a lo anterior, se puede decir que en la sinergia están inscritos los principios informacionales de la totalidad del sistema, por lo que a manera de holograma, sin ser la totalidad cada una de ellas la contiene. Cada parte contiene prácticamente la totalidad de la información del objeto representado, en toda organización compleja no solo la parte en el todo sino también el todo está en la parte. Ver la sinergia en planificación como un holograma ayuda a integrar los conceptos previos de sintagma, ya que representa lo mejor de cada paradigma de conocimiento, integrándolo en un todo (holos) y le imprime un grado de comprensión tal que permite ir y venir en su interpretación de los hechos y su causalidad.

La razón al final del tema en estudio será pues plantear un modelo de gerencia sintagmática que apunte a cumplir el objetivo propuesto de planificación estratégica con una visión sinérgica, donde las variables se apoyen en un supuesto (núcleo sintagmático) que será la base de ese objetivo general que se complete en el marco de la comunicación y el trabajo en equipo, ambos son fundamentales para el éxito de cualquier organización y deben ser parte de toda estrategia.

La teoría de la gerencia sintagmática presentada plantea que el gerente pueda sincronizar sus acciones en la organización referenciando un conjunto de saberes integrados que propicien a su vez un conjunto de sinergias (cultural, social, política, económica, organizacional, planificadora) en interacción permanente. Este efecto multisinérgico para la gerencia sintagmática puede ser visto como unidad superior y pudiera ser tomado

como referente teórico y praxiologico para comprender la organización hospitalaria pública venezolana y actuar como gerentes sintagmáticos.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

El proceso metodológico que se presenta a continuación describe los métodos, técnicas y procedimientos que se aplicaron para realizar el estudio propuesto. El momento metodológico responde a la interrogante, ¿Cómo vamos a hacer para investigar?, y esencialmente al abordaje del objeto de estudio y los supuestos científicos desde su fundamentación empírica y gnoseológica, pasando por una comprensión integral de la lógica sanitaria, orientado a la investigación hospitalaria y teorías existentes de acuerdo al Marco Teórico para finalmente ajustarlo con los datos de la realidad observada.

Es notable que en los últimos años las preocupaciones inherentes a la red hospitalaria hayan determinado un interés gerencial que será relacionado con el problema en estudio, de allí la importancia que tienen el tipo y diseño de investigación. La transición paradigmática de la concepción del hospital moderno a la postmodernidad asistencial ha reanimado el viejo debate sobre enfoques cuantitativo/cualitativo como método de investigación en ciencias gerenciales.

El estudio de campo, se inicia como un diseño exploratorio, trasciende lo básico del nivel descriptivo y conduce al siguiente nivel donde el análisis se realiza sobre el dato recolectado y existente sin modificarlo. Se trata de una metodología ex-post-facto, bajo la modalidad de propuesta de modelo operativo viable o proyecto factible.

El estudio se concibe bajo un conjunto de procedimientos y combinación de métodos donde se destaca lo interpretativo del dato y su importancia para otras propuestas metodológicas que permitan su complementación con técnicas descriptivas.

De igual manera el investigador descubre una situación que se viene presentando, en la cual no se tiene control directo de las variables independientes por el hecho de haber ocurrido y desarrollado con sus manifestaciones, por ende no son manipulables, pero si pueden ser objeto de un criterio reflexivo e interpretativo.

El ámbito de la investigación y los objetivos propuestos ofrecen la oportunidad de aportar datos suficientes para justificar la tesis de una integración de métodos bajo metodología mixta. El paradigma cuantitativo se sustenta en lo expresado por *Busot* (2001), quien afirma que:

El enfoque cuantitativo posee una concepción global positivista, con énfasis en la actividad orientada a los resultados, ya que dicho enfoque se interesa en describir, verificar, identificar relaciones causales entre conceptos que proceden de un esquema teórico previo (p.4).

Visto de esta forma, la realidad socio-sanitaria es de tal complejidad que se requiere explicar con profundidad los resultados obtenidos. De esta manera, como cada procedimiento y técnica tienen sus potencialidades, haciendo uso de recursos combinados se podrá ser más fructífero y sustantivo en la discusión de resultados para el tema de investigación, en cuanto a la interpretación del mundo real y en la confianza que puede inspirar y probar como recursos demostrativo de la realidad.

No obstante lo anterior, no se puede negar la influencia que todavía tiene el paradigma positivista en la investigación hospitalaria. La investigación que se publica actualmente en revistas profesionales, se realiza en un 60% bajo este paradigma, de allí que los enfoques cuantitativo y cualitativo se mantengan todavía como dos opciones posibles en la investigación gerencial hospitalaria (*Bolívar, R., 2008*).

Históricamente, el origen de la controversia entre los métodos para el abordaje de la realidad sanitaria pareciera estar asociado al advenimiento mismo del enfoque de la medicina social. Se trata, por una parte, del monismo metodológico, derivado de la filosofía positivista del siglo XIX, según el cual solo es válido aquel conocimiento que logre una explicación científica mediante la experimentación como único método de indagación.

Las bases para la actual dicotomía cuantitativo/cualitativo se encuentran en la expansión de la tradición inglesa (Bacon, 1620) que favoreció el desarrollo de orientaciones cuantitativas y la herencia idealista del pensamiento Alemán en los planteamientos fenomenológicos y antiempírico en las ciencias de la salud. En este caso el reduccionismo en salud, es más un modismo intelectual que una perspectiva onto-epistemológica.

Si bien es cierto que existen considerables diferencias, epistemológicas, gnoseológicas y filosóficas entre ambos tipos de investigación, tanto en la perspectiva cuantitativa como la cualitativa, en combinación proporcionarían importantes aportes que al complementarse facilitarían la comprensión de los fenómenos sanitarios a nivel hospitalario en su justa dimensión integradora y holística.

La flexibilidad y apertura del estudio está asociado al aprendizaje analítico y evita la urgencia de la incertidumbre. La propia investigación, se atempera con la comprensión de que los fenómenos son complejos y sus significados no se vislumbran con facilidad.

Tipo de investigación

Para la realización del presente trabajo de investigación se consideró como objeto de estudio la problemática que existe en los servicios asistenciales en los Hospitales tipo III y IV pertenecientes al sector público, para comprender la realidad operativa disfuncional y proponer una solución efectiva y eficiente para la gerencia hospitalaria y gestión asistencial proyectada no solo a los servicios asistenciales hospitales en estudio sino al resto de los establecimientos de salud en iguales condiciones.

Según los objetivos propuestos, y la definición aceptada de investigación de campo, esta posee un carácter exploratorio, descriptivo, analítico, explicativo, y proyectivo. El estudio se caracteriza por ser una investigación de tipo indagatorio en su primera fase, descriptiva de campo para una segunda fase y tipo proyecto factible para la fase de la propuesta.

Además guarda relación con un nivel de investigación de carácter exploratorio. De acuerdo a la finalidad que persigue es descriptivo, ya que selecciona una serie de eventos con sus variables y se miden cada una de ellas independientemente y luego relacionadas en sus argumentos teóricos metodológicos y organizacionales.

La utilidad de este estudio es mayor cuando se trata de realizar indagaciones sobre temas complejos asociados con el desempeño hospitalario y la asistencia al usuario, para formular sus variables

involucradas y obtener categorías fundamentadas en un conocimiento bastante completo acerca de las funciones y componentes de una estructura asistencial hospitalaria y sus mecanismos de gerencia y gestión.

Atendiendo la naturaleza de esta definición, en concordancia con los objetivos del estudio, el presente trabajo reúne los requisitos de una investigación proyectiva. Esta investigación proyectiva intenta además de proponer soluciones a una situación determinada, explorando, describiendo, explicando y planteando alternativas de cambio, persigue en su esencia una propuesta permanente en el tiempo de mejorar la asistencia hospitalaria.

Sin embargo a esta propuesta se puede llegar por vías diferentes, y métodos combinados que pueden ser entendidos más adelante al plantear la visión que se tiene de la perspectiva, la prospectiva y la holística. Si bien la experiencia acumulada hasta ahora no ha sido total, se puede afirmar y sostener que esta investigación está vinculada con la anticipación y visualización en el futuro de una gerencia asistencial y una gestión hospitalaria que sigue los siguientes pasos: diagnóstico de la situación problemática, análisis de situación gerencial hospitalaria, determinación de la factibilidad del estudio, propuesta de solución operativa.

Diseño de investigación

A través del presente trabajo y de acuerdo a los objetivos, el diseño de investigación se vincula a la estructura, funcionamiento y desarrollo de los fenómenos gerenciales dentro de hospitales tipo III y IV según su tipología descritos en el capítulo II de la investigación. El resultado de los hallazgos proporcionara información en cada fase que pueda derivar en criterios útiles para las nociones sobre gerencia sintagmática. Por tal razón el estudio

adopta un diseño de investigación de campo descriptivo de la realidad identificada en los servicios asistenciales de los hospitales.

Posteriormente a estas fases, la investigación hace imprescindible definir las operaciones que se realizaron y que complementan cada una de las fases antes descritas, a saber: las variables a medir, los indicadores seleccionados, el papel que adoptaran en relación a otras variables, los esquemas lógicos de comprobación, la interpretación de resultados, los pasos para llevar a cabo el diseño de investigación ordenado y explícitamente, los recursos materiales, el talento humano necesarios y el cronograma de actividades.

Esta investigación puede ser entendida como una estrategia de investigación en la que se utilizan dos o más procedimientos para la indagación sobre un mismo fenómeno u objeto de estudio a través de los diferentes momentos del proceso de investigación. Se considera que una de las razones para utilizar esta opción de investigación en gerencia asistencial hospitalaria tiene que ver con la mayor flexibilidad para adaptarse a las demandas de comprensión y explicación de una realidad organizacional en hospitales tipo III y IV, todo lo cual permite ir más allá en el conocimiento del objeto de estudio.

Otros autores hacen consideraciones como las siguientes “esta modalidad de indagación contribuye a mejorar los procesos existentes en la realidad organizacional” (*Tashakkori y Teddile, 2003*); su combinación produce información cuantificable y contextual (*Kaplan y Duchon, 2003*); de gran utilidad para el procesamiento de los datos. La fuentes provee de una información de mayor alcance, lo que podría resultar en un cuadro más completo del objeto de estudio (*Bonoma, 1985*).

La descripción de estos ámbitos hace uso de símiles y metáforas (*Lakoff y Johnson, 1981*) que enriquecen aún más la investigación, cuando las palabras ordinarias logran expresar las ideas o cuando se necesita mayor amplitud de los datos en categorías y clasificaciones. Las investigaciones revisadas intentan encontrarle sentido a sus datos organizándolos de acuerdo a un esquema preestablecido. En el proceso se identifican asuntos a partir de datos y se refinan según sus diversas propiedades y dimensiones generales.

Argumentación del método cuantitativo en investigación

En el aparte del tipo y diseño de investigación se presentaron las nociones fundamentales de distribución de probabilidades y se abren posibilidades de continuarse en la distribución muestral. Para realizar planteamientos razonados y apoyados estadísticamente se abordaran los métodos de inferencia estadística, los cuales incluyen los procedimientos para estimar parámetros de poblaciones y probar si una afirmación provisional sobre un parámetro poblacional se ve apoyada o desaprobada ante la evidencia de la muestra. Puntualizando, existen dos tipos de inferencia, la deductiva y la inductiva que se utilizarán según la conducción y tratamiento del dato para decantar la información que se someterá a discusión.

Este trabajo busca orientarse en las inferencias deductivas que emergen de juicios basados en *axiomas*, *premisas* o *hipótesis* fundamentadas en la teoría de la administración hospitalaria, de las cuales se deriva una conclusión mediante un razonamiento o proceso dialéctico *a priori*. Igualmente se consideran entidades conceptuales bien elaboradas (EBE). Por otro lado atenderá las inferencias inductivas, derivadas de juicios o generalizaciones obtenidas de las observaciones empíricas provistas de

principios y leyes. La conclusión se obtendrá mediante un razonamiento a *posteriori*.

El investigador de la tesis, está claro en que es necesaria la utilización de razonamientos deductivos e inductivos según las necesidades inherentes al desarrollo de los eventos investigativos. También se asume que en la medida en que todas y cada una de las variables puedan ser objeto de estudio, el último paso sería una inducción completa que daría paso a una ley universal constitutiva para fortalecer la propuesta y una teoría fundamentada que se podrá aplicar. El método hipotético deductivo se enmarca en un procedimiento o camino que el investigador sigue para hacer de esta actividad una práctica científica reconocida.

Durante la observación o fase de descubrimiento del problema que se va a investigar, se destacó la presencia de una duda o problema que origino una situación concreta ¿Por qué es difícil alcanzar una gerencia integral para dirigir servicios asistenciales en los hospitales III y IV en Venezuela? En primer lugar se evidencian y registran fenómenos que pueden medirse o cuantificarse, en segundo lugar, se advierten acontecimientos que se repiten en la administración hospitalaria cuyas prácticas parecen no acompañarse de procesos lógicos y razonados.

Para poder aceptar o rechazar esta interrogante es necesario replicar el fenómeno en estudio, destacando las variables, sus indicadores y posterior indagación a través de actores involucrados en el quehacer de la realidad hospitalaria venezolana.

Población y Muestra del estudio

Población en estudio

La población, en palabras de *Morles* (1994; p.17), se refiere al “conjunto de elementos o unidades, personas o cosas, para la cual serán válidas las conclusiones que se obtengan”, o como lo expresa *Balestrini* (1997; p. 55), quien se refirió a la población como “cualquier conjunto de elementos de los que se requiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características”.

De igual forma, *Hernández, Fernández y Baptista* (2013; p. 204), definen la población como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. Para este estudio las definiciones complementan el criterio para la caracterización de la población en estudio, en el caso particular, la población estuvo conformada por dieciséis (16) personas con cargos correspondientes a los servicios asistenciales adscritos a la subdirección médica de los hospitales tipo III y IV encuestados, de los cuales se seleccionaron para la muestra once (11) servicios asistenciales que representa un 68,75 % de la población en estudio, y que se tratara en el aparte de muestra. La distribución de la población y muestra se presenta en el cuadro 4.

El investigador de este estudio, se inclinan por utilizar el término de población presentado por *Hernández (op. cit.)* en el estudio en lugar de universo difundido por *Sabino*. Dicha población estaría representada por los servicios asistenciales de los hospitales seleccionados como tipo III y IV del sector público ya que debido a su complejidad funcional cuentan con los servicios asistenciales disponibles y accesibles para la realización del estudio muestral y por ser las unidades donde se llevara a cabo la entrevista, la encuesta y aplicación del cuestionario. La razón, estriba en que el universo

es un conjunto extenso de unidades observables cuyas características esenciales los homogenizan como conjunto.

Cuadro 4. *Distribución de la población y muestra por establecimiento, departamentos y servicios encuestados en Hospitales tipo III y IV.*

Departamentos / Servicios	Población (N)	Muestra (n)	
	No.	No.	%
I.-Departamentos Clínicos			
Medicina (médico)	01	01	6,25
Pediatría (médico)	01	01	6,25
Gineco Obstetricia (médico)	01	01	6,25
Cirugía (médico)	01	01	6,25
II. Departamento Paramédicos (de apoyo)			
Enfermería	01	01	6,25
Dietética y nutrición	01	00	6,25
Promoción social	01	01	6,25
Historias medicas	01	00	6,25
III. Departamentos Auxiliares y Diagnostico			
Farmacia	01	01	6,25
Laboratorio	01	00	6,25
Radiología e Imagenología (médico)	01	01	6,25
Anatomía Patológica (médico)	01	01	0,00
Odontología	01	00	0,00
Rehabilitación	01	00	0,00
Banco de sangre	01	01	0,00
Terapia intensiva	01	01	0,00
Totales	16	11	68,75

Fuente: datos proporcionados por la jefatura de personal de hospitales encuestados, 2010-2013.

En cambio la población para esta investigación representa un conjunto de individuos en servicios asistenciales que pertenecen a una misma clase y categoría de atención hospitalaria por poseer características similares en los establecimientos seleccionados, pero con la diferencia que se refiere a un conjunto limitado por el ámbito del estudio a realizar. Los gerentes de servicios asistenciales hospitalarios forman parte del universo, más no se

confunden con él, por otra parte son representativos de un subconjunto de la población conformado en atención a un determinado número de variables asistenciales que se van a estudiar y pueden ser mejor precisadas en una población finita.

Del universo de trescientos (300) hospitales censados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), se seleccionaron y visitaron en un periodo de tres años el 15% que corresponden a cuarenta y cinco hospitales (45) tipo III y IV por inventario real y actualizado (MPPS, Diciembre 2013) que formaran las unidades con servicios asistenciales y parámetros similares de gran utilidad para el análisis de las características de atención útiles para la selección de la población en estudio (ver cuadros 5 y 6). La ubicación geográfica se corresponde con la ubicación territorial denominada Distrito Sanitario en sus respectivas Entidades Federales venezolanas bajo el área de influencia de cada establecimiento evaluado.

En resumidas cuentas estos 45 hospitales además de los parámetros legales y asistenciales antes citados disponen por planta nominal de servicios asistenciales de avanzada complejidad diagnóstica y terapéutica acorde con su tipología (hospitales III y IV) y muy similar en su estructura organizativa y operativa. De estos hospitales todos poseen 16 servicios asistenciales que conforman la población real en estudio y de los cuales se seleccionaron 11 jefes de servicios asistenciales para la muestra a los cuales se le aplicará el cuestionario.

Cuadro 5. Distribución de hospitales tipo III evaluados por Entidad Federal.

Hospitales tipo III	Entidad Federal	Municipio
Nuestra Señora de Chiquinquirá	Zulia	Maracaibo
Central Urquinaona	Zulia	Maracaibo
Santa Bárbara	Zulia	Colon
Pedro García Clara	Zulia	Cabimas
Placido Rodríguez	Yaracuy	San Felipe
José Gregorio Hernández	Trujillo	Trujillo
Santos Aníbal Dominicci	Sucre	Bermúdez
Jesús María Casal	Portuguesa	Araure
Hospital Uracoa	Monagas	Uracoa
Luis Gómez López	Lara	Iribarren
Agustín R. Zubilaga	Lara	Iribarren
Rafael Zamora Arévalo	Guárico	Infante
Jesús Yerena (hospital de Lidice)	Dtto. Capital	Libertador
Leopoldo Manrique Terrero (hospital periférico de coche)	Dtto. Capital	Libertador
Adolfo Prince Lara	Carabobo	Puerto Cabello
Luis Razetti	Barinas	Barinas
Pablo Acosta Ortiz	Apure	San Fernando
Oncológico Luis Razetti	Dtto. Capital	Libertador
Materno Infantil Pastor Oropeza	Dtto. Capital	Libertador
Psiquiátrico de Caracas	Dtto. Capital	Libertador
Psiquiátrico San Juan de Dios	Dtto. Capital	Libertador
Miguel Oraá	Portuguesa	Guanare
Pediátrico Niño Jesús	Yaracuy	San Felipe
Psiquiátrico de Maracaibo	Zulia	Maracaibo
Sub-total: 24 hospitales tipo III (53,34%)		

Fuente: Censo de establecimientos de salud del MPPS, Dic, 2013

Cabe considerar que por definición todo hospital es un universo finito de acciones, complejas actividades profesionales y técnicas, estructurado con personal especializado, servicios asistenciales diversos y límites establecidos con atención en departamentos básicos orientados por especialidades médicas, de apoyo diagnóstico y coordinación general bajo criterio de gerencia por servicios y gestión hospitalaria (parámetros departamentales).

Cuadro 6. *Distribución de Hospitales tipo IV evaluados por Entidad Federal.*

Hospital tipo IV	Entidad Federal	Municipio
Dr. Luis Razetti	Anzoátegui	Bolívar
Central de Maracay	Aragua	Girardot
Ruiz y Páez	Bolívar	Heres
Enrique Tejera	Carabobo	Valencia
José Gregorio Hernández	Dtto. Capital	Libertador
José Ignacio Baldo	Dtto. Capital	Libertador
Universitario de Caracas	Dtto. Capital	Libertador
José Miguel de los Ríos	Dtto. Capital	Libertador
Maternidad Concepción Palacios	Dtto. Capital	Libertador
José María Vargas	Dtto. Capital	Libertador
Alfredo Van Grieken	Falcón	Miranda
Antonio María Pineda	Lara	Iribarren
Universitario de los Andes	Mérida	Libertador
Victorino Santaella	Miranda	Guaicaipuro
Manuel Núñez Tovar	Monagas	Maturín
Antonio Patricia de Alcalá	Sucre	Sucre
Universitario de San Cristóbal	Tachara	San Cristóbal
Pedro Emilio Carrillo	Trujillo	Valera
Universitario de Maracaibo	Zulia	Maracaibo
Pedro Iturbe (Hospital General del Sur)	Zulia	Maracaibo
Adolfo D empaire	Zulia	Cabimas
Sub-total : 21 hospitales tipo IV (46,66%)		

Fuente: Censo de establecimientos de salud del MPPS, Dic, 2013.

En este caso para el estudio el universo de hospitales, señalo las limitantes por estar compuesto por un número relativamente alto de unidades (300 hospitales), dificultaría por razones de tiempo acceder todas sus unidades productivas hospitalarias. Otro factor limitante para el estudio del universo, lo ocupo la distancia a recorrer (64.986Km² de extensión geográfica) correspondiente a las Entidades Federales y los distritos sanitarios.

Los costos directos e indirectos para examinar cada una de las unidades hospitalarias, exige criterios de selección muestral. Por tanto se requiere de una representación de la población como una parte del todo que

sirva para generalizar resultados y de una muestra que pueda ser estudiada según los objetivos propuestos en el capítulo I del estudio.

Muestra en estudio

Podríamos resumir que la muestra por ser representativa de los servicios asistenciales de los hospitales tipo III y IV, se comporta igual que la población. De allí los niveles de certeza al momento de generalizar. No obstante, para *Galtung* (1966) queda implícito que

La condición para las muestras, es que se puedan establecer generalizaciones, con un grado de incertidumbre conocido, ya que son probabilísticas, y que la determinación del grado de incertidumbre o de la confianza que pueda atribuirse a las inferencias depende, en su conjunto de la teoría de las probabilidades. (p.88)

Por consiguiente es conveniente anotar que la muestra justifica, hace fácil el estudio y permite generalizar resultado. Por ende la determina el propio investigador y todo dependerá de la definición del tamaño de la muestra, en donde el costo y la precisión de las estimaciones juegan un papel de corte presupuestario y de financiamiento de la investigación. Así, para una precisión estadística dada se tendrá un costo determinado y para un costo dado, se tendrá una precisión estadística.

También facilitan información necesaria de utilidad para generalizar resultados. Es equivalente de un esfuerzo deliberado por obtener una muestra lo más cercana a la representatividad de la población. La escogencia se fundamenta en los criterios de que debe poseer cada jefe de servicio como son: (a) mínimo cinco años de experiencia en el campo profesional, (b) tener un título en la especialidad donde ejerce su clínica médica y (c) ocupar el cargo gerencial por más de tres años.

Emplear una muestra observando una porción reducida de unidades de análisis, permitirá conclusiones semejantes en los servicios asistenciales tipo III y IV a las que lograríamos acceder si estudiáramos la población total. Sus conclusiones son susceptibles de ser generalizadas al conjunto de establecimientos y a la propuesta. Esto también le proporciona representatividad a la muestra en los hospitales tipo III y IV.

Los planteamientos hechos en relación con la muestra (n), lo reconoce *Hernández, Fernández y Baptista* (2003; p.181), expresando que una muestra en sentido amplio, no es más que “un conjunto de elementos seleccionados y extraídos de una población, o sea, parte del todo que llamamos población y que sirve para representarlo”. En este estudio se tomó como de selección muestral a once (11) servicios asistenciales del total de la población (N), lo que representa un 68,75 % y la fórmula que permitió este cálculo estadístico es la siguiente (ver cuadro 7):

Cuadro 7. *Distribución muestral según servicio asistencial en hospitales tipo III y IV, sector público venezolano.*

Departamentos y servicios asistenciales	Profesional de la salud
I. Departamentos clínicos	
1.1. Servicios de Medicina Interna	Médico especialista en medicina interna
1.2. Servicio de Pediatría	Médico pediatra
1.3. Servicio de Gineco Obstetricia	Medico ginecoobstetra
1.4. Servicio de Cirugía	Médico cirujano general
II. Departamentos paramédicos o de apoyo	
2.1. Servicio de enfermería	Licenciada en enfermería
2.2. Servicio de promoción social	Sociólogo (a)
III. Departamentos auxiliares y diagnostico	
3.1. Servicio de farmacia	Farmacéutico
3.2. Servicio de radiología e imagenología	Medico radiólogo
3.3. Servicio de anatomía patológica	Medico anatomopatologo
3.4. Servicio de banco de sangre	Licenciada hemoterapista
3.5. Servicio de terapia intensiva	Medico intensivista
Total	11 servicios asistenciales

Nota: tabulación e información propia del estudio.

$$\% \text{ U.A.} = \frac{n}{N} = \frac{11}{16} \times 100 = 68,75 \%$$

Dónde:

n = muestra (Unidades de Análisis seleccionada) = U.A.

N = población bajo estudio.

16 = servicios asistenciales estandarizados para los hospitales tipo III y IV.

Ahora bien el criterio estadístico aceptado fue cuantitativamente la selección muestral del 68,75 %, superando el 10 % de la cantidad de elementos constitutivos de la población, otorgándole criterio de validez cuantitativa y representativa para los servicios asistenciales en los hospitales tipo III y IV del sector público venezolano. El Límite de Confianza (LC) considerado fue de 95 % (LC_{95}), equivalente a dos Desviación Estándar ($2DE$), El error muestral permitido fue de 5 %, y un Error Estándar Muestral (EEn) aceptable para el estudio.

La selección de los once jefes de servicios se realizó mediante “muestreo probabilístico”. El muestreo probabilístico se realizó, una vez que se precisó de antemano los parámetros de la población total (16) y de él, se seleccionaron once (11) sujetos bajo criterios de inclusión, dejando por fuera cuatro miembros de la población, los cuales por razones de tiempo, negación a participar, licencia por estudios y permisología por enfermedad no se incorporaron (criterios de exclusión muestral).

En síntesis y definición estadística la muestra seleccionada es representativa de los hospitales tipo III y IV por técnica de selección, por técnica cuantitativa y por criterios agregados de carácter asistencial y administrativo. Los criterios de inclusión para la muestra se representan por:

- (a) ajustarse a los criterios legales y formales de las instituciones en estudio,
- (b) por identificarse con los parámetros de la población estudiada en cuanto a

departamento y servicios asistenciales, (c) por poseer funciones operativas vinculantes con servicios hospitalarios, (d) por representar los criterios departamentales y tecno operativos de los hospitales tipo III y IV, y (e) por similitud en la localización de servicios geográfica y sanitariamente.

La muestra reúne las siguientes características: (a) muestra accesible (b) obtención por criterio intencional, (c) asume un riesgo de no representatividad de 5% para el tamaño y (d) un 95% de probabilidad de representatividad muestral.

Este error estándar muestral del 5% indica el porcentaje de incertidumbre, pero también significa que existe un 95 % de probabilidad de que el conjunto muestral represente adecuadamente al universo del cual se ha extraído. Acudimos a un principio estadístico, definido por una premisa, a medida que incrementamos el tamaño de la muestra, el error tiende a reducirse, pues la muestra va acercándose más al tamaño de la población. También se cumple con otro principio para el tamaño de la muestra, primero determinar el porcentaje de error que estamos dispuestos a admitir, luego realizar las operaciones técnicas para poder calcular el tamaño de la muestra que nos permita situarnos dentro del margen de error aceptado.

La selección muestral se abordó con criterios administrativos y asistenciales, ya que de esta forma podrían representar la población bajo estudio y además generalizar cualquier resultado obtenido. Se procedió a seleccionar los jefes de servicios que tienen bajo su responsabilidad información útil para evaluar la gerencia y por ende medir la gestión administrativa en los servicios estudiados.

En tal sentido se incluyeron en la muestra los servicios clínicos, servicios paramédicos o de apoyo diagnóstico (ver cuadro 10). De cada uno de estos servicios se seleccionaron los responsables que participarían en la muestra, a los cuales se le aplicara el instrumento (tipo cuestionario) para recabar la información. Los criterios asistenciales de selección muestral que se establecieron fueron los siguientes (criterios de inclusión):

1. Atención directa y personalizada al usuario registrada en consulta externa o interconsulta.
2. Capacidad de decisión en base al proceso administrativo aplicado al proceso asistencial.
3. Plan de atención al usuario por servicio y personal profesional.
4. Conformación de equipo asesor conjunto con dirección (comisión técnica, comisión de bioética, comisión de compras, jefe de unidad, adjunto jefe médico).

Bajo estos criterios se seleccionó un 68,75 % del total de la población de los hospitales, para el estudio y que participara en la entrevista para aplicación del instrumento derivado del cuadro de operacionalización de variables y cuestionario de recolección de datos e información.

Sistema de Variables

Contextualización de variables para el estudio

Una vez planteado el problema, para alcanzar un grado de conocimiento mayor sobre el tema en estudio y reforzarlo sobre las bases de los antecedentes y bases teóricas, se procedió a establecer el contexto de importancia donde se evaluaron las variables de la investigación de interés gerencial observadas. A través del presente procedimiento se pretende precisar las variables destacadas en la observación de la situación problemática como consecuencia de una depuración de la matriz lógico-teórica del estudio que permitió contextualizar el problema principal y los problemas derivados, evidenciando sus vectores descriptores del problema (ver cuadro 8) y posteriormente poderlos presentar en un cuadro de operacionalización de variables e indicadores.

Cuadro 8. *Matriz para caracterización de la situación problemática observada.*

Situación problema y ejes temático observados	Indicadores – Evidencias - Consecuencias
1. Baja productividad y rendimiento Hospitalario.	1.1.-Estancia prolongada de pacientes, aumento del porcentaje de ocupación e incremento de días pacientes camas. 1.2.-Mayor inversión presupuestaria y gastos directos asociados a improductividad. 1.3.-Uso innecesario de hospitalización con aumento de lista de espera quirúrgica. 1.4.-Incremento de recursos especializados en actividades improductivas. 1.5.-Aumento de costos hospitalarios, con reducción de camas hospital. 1.6.-Incremento del uso cama sin productividad médica. 1.7.-Incremento de recursos monetarios para patología de 1er y 2do nivel no resueltos. 1.8.-Atención a pacientes hospitalizados de baja calidad. 1.9.-Incremento de atención por servicios intermedios y finales sin fines diagnósticos. 1.10.-Desviación de atención especializada hacia patología común poco especializada 1.11.-Pérdida de objetivos en 1 ^{er} y 3 ^{er} nivel de atención médica. 1.12.- Reducción en camas de terapia intensiva.
2. Deterioro de planta física, instalaciones, infraestructura y equipamiento hospitalario.	2.1.-Incapacidad de renovar planta física y equipos con obsolescencia tecnológica. 2.2.-Derivaciones socio-contractuales y conflictividad laboral con: 2.1.1.-Pérdida de Misión – Visión de la organización hospitalaria. 2.2.2.-Ausencia de liderazgo operacional y funcional. 2.2.3.-Ausentismo laboral con pérdida de horas-asistenciales. 2.3.-Inversión del 80 % del presupuesto en personal improductivo (gasto asistencial) 2.4.-Falta de productividad en servicios intermedios y finales.

	<p>2.5.-Falta de mantenimiento preventivo en equipos fijos.</p> <p>2.6.-Fallas estructurales en edificaciones.</p>
<p>3. Insuficiente asignación de recursos presupuestarios.</p>	<p>3.1.-Presupuesto insuficiente desde el inicio de año fiscal.</p> <p>3.2.-Gastos mayores en intervenciones de baja eficiencia.</p> <p>3.3.-Gastos insostenibles para servicios no productivos.</p> <p>3.4.-Baja duración de suministros –insumos y material médico quirúrgico.</p> <p>3.5.-Larga lista de espera para pacientes quirúrgicos.</p> <p>3.6.-Falta de mantenimiento de equipos.</p> <p>3.7.-Falta permanente de insumos, tasa de reposición “cero” y ausencia de control de inventarios.</p> <p>3.8.-Prolongada estadía de pacientes.</p> <p>3.9.-Incremento de infecciones intrahospitalarias.</p> <p>3.10.-Escasez de medicamentos y agotamiento de drogas terapéuticas esenciales</p> <p>3.11.-Poca atención a cobertura de la demanda con deterioro de programas preventivos y curativos.</p> <p>3.12.-Supresión en capacidad de servicio del 56%.</p> <p>3.13.-De 239 materiales médico quirúrgico de uso frecuente; 210 presentan fallas absolutas y el resto inventarios críticos.</p> <p>2.14.-Tasa de reposición de inventarios baja para dispositivos médicos.</p>

Cuadro 8 (cont.)

Situación problema ejes temático observados	Indicadores – Evidencias - Consecuencias
<p>4. Inequidad en las condiciones de atención medica hospitalaria.</p>	<p>4.1.-Difícil atención por condición de salud.</p> <p>4.2.-Inadecuada atención y tratamiento destinado al usuario y/ o paciente.</p> <p>4.3.-Desigual atención por condición socio-económica del paciente.</p> <p>4.4.-Obstáculos gerenciales y administrativos para la atención de calidad al paciente.</p> <p>4.5.-Uso irracional de tecnología –comunicación e información.</p> <p>4.6.-Costos de información y calidad de atención deficientes.</p> <p>4.7.-Falta de calidez en la prestación de servicios hospitalarios.</p>
<p>5. Interferencia en la comunicación con la gerencia hospitalaria y los servicios asistenciales.</p>	<p>5.1.-Falta de comunicación ideal y oportuna entre servicios y dirección.</p> <p>5.2.-Ausencia de un SIG y de comunicación acordes con los tiempos de modernidad.</p> <p>5.3.-Falta de utilización de la comunicación como recurso gerencial restando valor agregado a la comunicación organizacional horizontal.</p>
<p>6. Incoherencia en mandos operativos.</p>	<p>6.1.-Atención asistencial deficiente entre servicios.</p> <p>6.2.-Atención de poca calidad para usuario y paciente.</p> <p>6.3.-Inexistencia de prioridades en abordaje de problemas.</p> <p>6.4.-Falta de innovación–creatividad, para solución de problemas cotidianos para los servicios.</p> <p>6.5.-Largos debates para solución de problemas con circuitos administrativos interminables.</p> <p>6.6.-Falta de concepción de eficiencia-eficacia-calidad y productividad en servicios</p>
<p>7. Desmotivación del personal en salud.</p>	<p>7.1.-Desmotivación del Talento Humano con insatisfacción de metas laborales.</p> <p>7.2.-Conflictos interpersonales-intragrupales –intraorganizacionales permanentes.</p> <p>7.3.-Insatisfacción–depresión laboral-perdida de ánimo por deficitarias remuneraciones laborales.</p> <p>7.4.-Necesidad de negociación permanente en ambientes conflictivos.</p> <p>7.5.-Deficiente condiciones laborales de seguridad personal e institucional.</p> <p>7.6.-Falta de efectividad en la atención con logros pocos claros.</p> <p>7.7.-Permanente transición de cuadros directivos.</p> <p>7.8.-Bajos salarios e incentivos.</p> <p>7.9.-Jefes ineficientes –complacientes irradiando desconfianza.</p> <p>7.10.-Ambiente laboral hostil.</p>

	<p>7.11.-Politización de cargos. 7.12.-Compañerismo conflictivo. 7.13.-Inseguridad laboral. 7.14.-Objetivos laborales divergentes. 7.15.-Bajos recursos con presupuestos deficientes. 7.16.-Tareas independientes, horizontes laborales sin destinos. 7.17.-Falta de empoderamiento asistencial y hospitalario.</p>
--	---

Cuadro 8 (cont.)

Situación problema eje temáticos observados	Indicadores-Evidencias-Consecuencias
8. Deficiente Administración Hospitalaria.	<p>8.1.-Ausencia de normas-procedimientos-protocolos-estándares de atención administrativos y médicos con prácticas asistenciales sin control. 8.2.-Carencia de TD participativa, racional y sistemática sobre problemas importantes. 8.3.-Falta de plan de acción visible, predominando la improvisación. 8.4.-Desconociendo de pasos en la atención de patología propia del área de cobertura. 8.5.-Desconocimiento de estándares e indicadores de medición de servicios de atención médica. 8.6.-Desconocimiento de la planificación estratégica como herramienta de decisión para el futuro asistencial. 8.7.-Falta de liderazgo innovador, predomina lo la acción coercitiva. 8.8.-Ausencia de criterios de gestión administrativa. 8.9.-Intervencionismo del Estado para corregir fallas de dotación e ineficiencias. 8.10.- Fuentes de financiamiento inadecuado, sin criterios contables. 8.11.-Decisiones médicas que reclaman asignaciones presupuestarias (+70% del programa asistencial). 8.12.-Incremento de decisiones diagnosticas –terapéuticas con altos costos y bajos resultados. 8.13.-Centralización administrativa de procesos locales soluciones interminables. 8.14.-Falta de integración de servicios intra y extra hospitalarios. 8.15.-Carencias de procesos de democratización en la TD. 8.16.-Modelo de financiación de la atención en salud desconocido por jefes de servicios. 8.17.-Falta de participación administrativa en políticas de salud. 8.18.-Ausencia de competencia humana-técnica para tipificar labor asistencial.</p>
9. Atraso en sistema computarizado de información asistencial.	<p>9.1.-Inconsistencia de información contable y rezago en el tiempo. 9.2.-Falta de sistema de contabilidad de costos y atraso de inventarios. 9.3.-Carencia de sistematización de información contable.</p>
10. Conflictividad en la dirección hospitalaria.	<p>10.1.-Duplicidad de roles de director médico (clínico-administrativo / público-privado). 10.2.-Prioridad por la atención clínica sin importar costos desconociendo estándares. 10.3.-Carencia de personal de enfermería en todos los niveles de atención. 10.4.-Poco uso de elementos técnicos de planificación hospitalaria. 10.5.-Interferencia político-partidista en las decisiones de carácter laboral e institucional. 10.6.-Poca comunicación entre funcionarios y jefes de servicios 10.7.-Poca utilización de métodos estadísticos para control de calidad y de las decisiones funcionales.</p>

Nota: tabulación propia de la investigación.

De esta forma se engloban 10 rasgos distintivos para las variables dentro de la situación problemática central con 90 indicadores de gestión, múltiples evidencias y consecuencias de interferencia en la gerencia hospitalaria según las características funcionales y operativas sin rigor metodológico.

Por otro lado la concepción metodológica y su caracterización orientan hacia otra condición dentro del diseño, centrada en los datos de interés que se recolecten en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo según *Sabino* (1992; p. 58).

Como puede observarse, a través de la muestra antes expuesta, se pretende obtener información mediante la participación de las personas que están relacionadas con las actividades de gerencia, administración y gestión de los servicios hospitalarios destinados para la asistencia de los usuarios.

Cada variable en estudio posee; (a) la causa presumida del fenómeno y (b) su efecto de aparición dependiente de otra variable. En ambos casos son consideradas como componentes fundamentales a investigar, y pueden incidir en la generalización de lo que se estudia hasta proyectarse a la propuesta. Planteando estas directrices es oportuno referirse al cuadro de variables e indicadores del estudio, para luego poder apreciar la integración de la población de estudio y la interacción con muestra seleccionada.

Las variables identificadas en el estudio representan las diferentes condiciones, cualidades, características que asumen los objetivos de estudio desde el inicio de la investigación. En el cuadro de operacionalización de variables e indicadores se propone una evaluación de variables. A manera de ejemplo se destaca el objetivo específico 5, la evidencia muestra que posee un flujo de relaciones que puedan tener su asiento en la creatividad del

investigador, para posibilitar la captación del fenómeno, brindando significado a los hechos observados por medio de sus relaciones perceptibles (cuadro 9).

Cuadro 9. *Contextualización de variable del objetivo específico 5 del estudio.*

Objetivo específico	Variable	Dimensiones de la variable
Proponer un modelo de gerencia Sintagmática asistencial para optimizar la gestión integral en los hospitales tipo III y IV del sector público venezolano.	Variable Independiente (VI)	Gerencia sintagmática asistencial Hospitalaria
	Variable Dependiente (VD)	Gestión óptima Hospitalaria

Nota: diseño propio de la investigación.

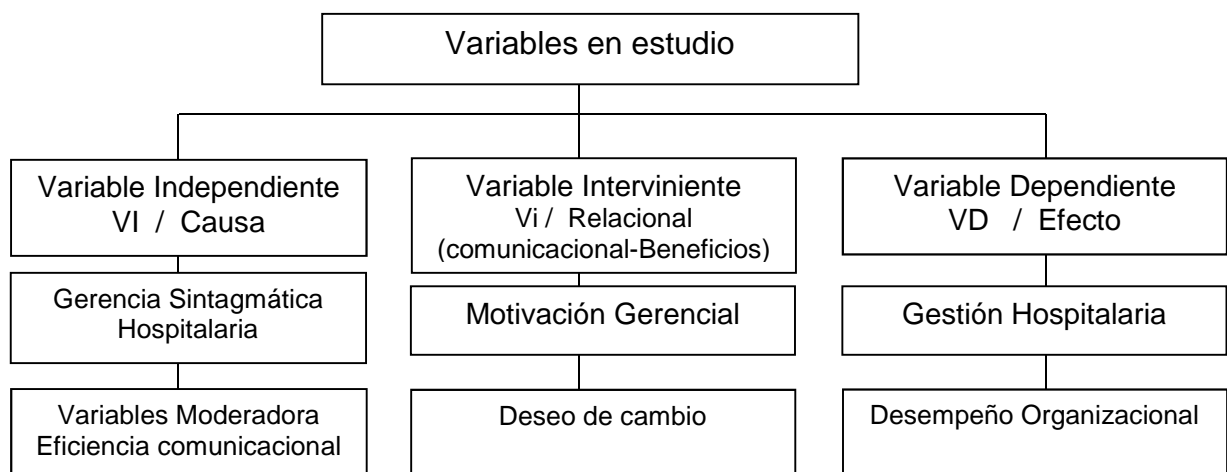
El objetivo seleccionado para el ejercicio metodológico se descompone en sus variables: la Variable Independiente (VI), es aquella que antecede y origina un problema, también conocida como causa (Gerencia Sintagmática Hospitalaria). Se conoce además como el motivo primario del objeto de estudio. Esta variable describe y explica la influencia o efecto en la Variable Dependiente (VD). Se debe destacar que en investigaciones descriptivas la relación causa-efecto es de tipo asociativa. La Variable Dependiente (VD), se corresponde con la variable que es consecuencia (Gestión Hospitalaria), como el efecto o resultado que se verá expresado por influencia de la variable independiente.

Además de describir metodológicamente las variables, es recomendable siempre colocar de primero la Variable Independiente o causal (antecedente) y de segundo, la Variable Dependiente o consecuente. En el ejemplo del cuadro 9, se puede inferir que *“a mayor desarrollo de la gerencia Sintagmática Asistencial Hospitalaria; Mejor será la gestión Hospitalaria y viceversa”*. En este caso se puede afirmar que la Variable Independiente puede transformar la Variable Dependiente en una relación dinámica y biunívoca.

Esta condición para las variables se denomina Variables Reversibles (VR), pues no representa rigurosidad alguna y son aplicadas en estudios descriptivos. Existe otro tipo de variable no medible, no concreta, no vista, denominada Variable Interviniente (Vi) que aparece o desaparece sin problema alguno (Variable Intrusa) y que aclara o no la relación entre variables (Variable Independiente/Variable Dependiente), por ejemplo la motivación del gerente hospitalario por el servicio que representa, o la proposición de nuevos beneficios para el servicio.

Al mismo tiempo esta expresión constituye una variable interviniente que se debe considerar en este tipo de estudio. Un aspecto vinculado a las variables intrusa, es el hecho que origina desequilibrios en una Variable Independiente. Cuando una de ellas se ve favorecida, la otra sufre sus consecuencias, obtenemos entonces un sobreuso sobre el resto de las variables. Esta condición origina una variable moderadora, por ejemplo la eficiencia comunicacional del gerente hospitalario con un servicio en especial, influye en la Variable Independiente y al final en la Variable Dependiente (ver esquema 3).

Esquema 3. *Distribución, tipo y relaciones entre variable en estudio.*



Nota: diseño propio del estudio

Por tanto la caracterización empieza por atender las variables asociadas a productividad de servicios asistenciales, rendimiento hospitalario, así como la necesidad de poseer una planta física dotada, infraestructura operativa y equipamiento funcional adecuado para garantizar la atención integral de tercer nivel (especializado y hospitalario). Ante tales requerimientos, surgen otras situaciones problemáticas dependientes de tales variables, como son requerimientos de recursos de todo tipo, fortalecimientos de los mandos operativos, motivaciones remunerativas para el personal, sistema de información confiables, administración y dirección hospitalaria eficiente.

Estos factores encontrados en el problema deben ser procesados posteriormente para elaborar el cuadro de operacionalización de variables e indicadores del cual se confeccionara el cuestionario para ser aplicado a la muestra seleccionada. A lo anterior se le suma otros factores que primero deben ser formulados en forma de cualidades o características que se entrelazan en el fenómeno a investigar. Gracias a esto estaremos en condiciones de construir el marco teórico dentro del cual se inserta el fenómeno de nuestro interés.

Además de expresar concretamente el comportamiento de las variables e indicadores. Antes se señalaba la diferencia entre operacionalizar el universo en estudio y las variables. Estas últimas representan una oportunidad para crear teoría de naturaleza cualitativa desde las variables y sus indicadores. En consecuencia se adopta una postura que articula ambas metodologías (cuantitativa y cualitativa) para abordar el objeto de estudio, para algunos autores se corresponde con una postura pragmática centrada en enfoque multimétodo, para otros grupos de investigadores sería

equivalente a aceptar una posición que acepta ambos enfoques (eclectica), pero en ambos casos serian tendencias alejadas de la corriente purista que suele ver imposibilidad de articular abordajes diversos.

Operacionalización de variables e indicadores del estudio

Atendiendo la naturaleza de los objetivos y de la contextualización de las variables disponibles para ser evaluadas y medidas, se debe proceder a hacerlas operables u operacionales. El proceso de operacionalización de variables e indicadores requiere de una serie de pasos a cumplir: (a) representación del objetivo de la investigación, (b) representación del concepto de la variable, (c) especificación de la dimensión de la variable, (d) elección de indicadores, (e) precisión del instrumento (f) construcción de *ítems*. En el fondo, expresa el procedimiento de transición de variables generales a indicadores y desde este, finalmente al cuestionario.

Con miras a garantizar un adecuado orden en los capítulos del estudio, fue necesario abordar el contexto de las variables por un lado vinculado con el marco teórico (momento teórico) y las proposiciones dentro de la perspectiva sistemática del problema y el diseño específico para indicar la forma en que los conceptos se vinculan a los hechos empíricos, asegurando un método (momento metodológico) para proporcionar mayor confiabilidad y validez posible.

En la metodología se expone desarrollar una actividad que vincula objetivos-variables-indicadores y que permite recoger datos capaces de verificar o no las interrogantes del estudio. Se trata de la operacionalización de variables como un proceso que se realiza sobre las variables de modo tal que se le encuentran los correlatos empíricos que ayudan a evaluar su comportamiento efectivo.

Para operacionalizar una variable es necesario partir del referente teórico dentro del objetivo específico ya trazado, si así lo requiere la variable por su mayor complejidad, esta se descompone en dimensiones. Posteriormente se requiere de mayor profundidad para obtener los indicadores que expresan el o los comportamientos de las variables. En este sentido se obtuvo seis (06) variables, once (11) dimensiones de variables, veinte (20) indicadores y un cuestionario con veinticinco (25) ítems. Se puede afirmar que las variables se definen a partir de un conjunto concreto de indicadores, y además parten del punto de vista teórico y nominal (ver cuadro 10).

Para efectos de la administración metodológica de variables, se puede disponer de variables con más o menos indicadores. Esta condición pone de manifiesto la complejidad de la variable. Mientras mayor número de indicadores posea una variable, significa que la variable es mucho más compleja y en conjunto los indicadores derivados se conocen como universo de indicadores para la variable.

A este respecto las variables representan diferentes condiciones, cualidades, características o modalidades que asumen los objetos de estudio desde el inicio de la investigación como se describe en el capítulo I. Requiriendo de la construcción de una imagen mental del concepto dado, dentro el marco teórico (capítulo II). En sí, el procedimiento de operacionalización de variables es un flujo de ideas que pueden tener su asiento en la creatividad de quien investiga, donde es posible la captación del fenómeno, otorgarle un significado al fenómeno observado y de establecer relaciones perceptibles y destacadas, que contribuyen desde la perspectiva del investigador para poder seleccionar una muestra que considere representativa de los hospitales en estudio (arbitrio experiencial).

Cuadro 10. Operacionalización de variables e indicadores sobre Gerencia Sintagmática en el contexto de la organización hospitalaria venezolana, 2013.

Objetivos Específicos	Variable	Definición real	Dimensiones	Indicadores	Ítems
1. Diagnosticar el modelo de gestión asistencial que predomina en los hospitales tipo III y IV venezolanos, del sector público.	Gestión asistencial hospitalaria.	Patrón para administrar con criterio racional recursos disponibles de diversa variedad en toma decisiones con fines asistenciales en servicios médicos.	1.Gestión de TTHH	1.1.Perfil y desempeño gerencial para el cargo 1.1.2.Capacitación de TTHH	1-2
			2.Gestión de suministros e insumos hospitalarios-	2.1.Supervisión de insumos 2.2.Control de inventarios	3-4-5
2. Caracterizar el estilo de planificación en director médico para situaciones asistenciales en hospitales tipo III y IV del sector público venezolano.	Estilo de planificación asistencial.	Disposición para elaborar una guía de acción para la alta gerencia hospitalaria útil en la toma de decisiones asistenciales en servicios básicos bajo una forma particular y demostrada de administración de los recursos disponibles.	1.Gerencia integral	1.1.Estilo de planificación administrativa de alta gerencia	6-7
			2.Talento gerencial	2.1.Planificación administrativa en servicios de gerencia media	8
			3.Toma de decisión	3.1.Proceso de TD en dirección de hospital	9
3. Identificar el proceso de planificación en situación de contingencia en los hospitales tipo III y IV del sector público venezolano.	Proceso de planificación estratégica	Conjunto de pasos que establecen los actores para tomar decisiones sobre la misión a largo plazo, trazar estrategias indicativas, conseguir competitividad entre servicios, promover crecimiento de la demanda, mantener los principios y cumplir con objetivos organizacionales. Ordena objetivos y acciones manteniendo la dirección estratégica del plan.	1. Lineamientos estratégicos de planificación.	1. Existencia de plan estratégico.	10-11
				2. Pensamiento estratégico.	12
				3. Dirección estratégica.	13
4. Determinar la concepción de planificación estratégica en situaciones problemática de largo plazo en servicios asistenciales en los hospitales tipo III y IV del sector público venezolano.	Planificación estratégica	Instrumento de integración derivado del proceso de planificación estratégica diseñado para dirigir la estrategia y medios disponibles para alcanzar objetivos, lograr cambios previsibles con énfasis en lo económico, político y social en el proceso asistencial hospitalario. Destinada a producir cambios y búsqueda de ventaja competitiva asistencial.	1. Identificación de situación crítica asistencial.	1.1.Identificación de nudos críticos 1.2. Explicación de causas.	14-15-16
			2. Proceso de abordaje de situación contingente asistencial.	2.1. Identificación de problemas prioritarios por servicios asistenciales. 2.2. Discusión de solución conjunta interdepartamental.	17-18
			3. Pensamiento para plan a futuro o Largo Plazo (PLP).	3.1. Proyección de soluciones a futuro. 3.2. Seguimiento de planes.	19-20-21
5. Proponer un modelo de gerencia sintagmática transformadora para optimizar la gestión asistencial integral en los hospitales tipo III y IV del sector público venezolano.	Gerencia Sintagmática asistencial.	Proceso integrador de gerencia holística y gestión racional asistencial vinculante con la gerencia global del hospital y toma de decisiones en servicios básicos cuyo núcleo central sea la atención al usuario.	1. Información gerencial oportuna.	1.1.Información precisa para TD	22
	Gestión Sintagmática hospitalaria		2. Efectividad gerencial.	2.1. Estándar de productividad asistencial. 2.2. Rendimiento hospitalario. 2.3. Eficacia hospitalaria.	23-24-25

Nota: tabulación propia de la investigación, 2013.

Igualmente de esta forma se engloban las características metodológicas iniciales del estudio. Las propiedades de las variables en estudio se asumen como valores susceptibles de ser medidos y cuantificados. Por ser discernibles y observables contienen el lapso de unión entre las interrogantes planteadas y la realidad observada.

Cada variable en estudio encierra; (a) la causa presumida del origen del fenómeno, y (b) el efecto de aparición dependiendo de la variable antecedente. En ambos casos son consideradas como elementos fundamentales a investigar con propósitos explicativos y que pueden incidir en la ocurrencia de lo que se estudia. Planteando estas directrices es oportuno referirse al cuadro de variables e indicadores del estudio, para luego poder apreciar en sí mismo, la población de estudio y la muestra seleccionada.

Se estima como componente porque estamos considerando a la variable como un agregado complejo de elementos que proporciona un producto único, de carácter sintético. La relativa autonomía destaca los diferentes valores que presentan una variable respecto a otra, pero siempre dentro de los límites de la congruencia experiencial, pragmática e investigativa. La dimensión está determinada por grados o aspectos en que puede cambiar u observarse la variable.

Los indicadores representan lo medible, lo verificable, el dato, el hecho, es la subvariable de la variable. Son destacados como referentes empíricos de la investigación, donde se apoya o soporta el estudio. Un indicador de una variable no puede serlo de otra variable. De los indicadores surgirán los *ítems* o preguntas para la recolección de datos. Se denominarán indicadores en este trabajo las evidencias concretas de las variables. Una vez obtenidos los indicadores de los elementos teóricos y definidos el diseño de la investigación, se hace necesario definir las técnicas de recolección de datos para construir los instrumentos que nos permitan obtener los datos de la realidad.

Además de lo expuesto, se puede precisar que la operacionalización de variables en este estudio se concibe como un proceso con tres momentos en transición permanente (devenir) entre las variables observables y los indicadores medibles, donde se encuentra lo teórico, lo empírico y el dato con lo real, lo expresivo y el hecho.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó en primera instancia la técnica de recopilación documental (descrita en el tipo de investigación), que corresponde a la fase I del diseño y donde se consultó la bibliografía disponible para afianzar las teorías que apoyan el planteamiento del problema. Se aplicó con el propósito de recabar información documental sobre el tema de investigación, a fin de construir el Marco Teórico (capítulo II), así como seleccionar y analizar el contenido de la información referente al estudio en una revisión del “*estado del arte*” para precisar el modelo teórico existente.

El instrumento de recolección de datos que se utilizó, fue el cuestionario, como dispositivo para registrar datos, y el cual es definido por *Dunnette y Kichner* (1997; p. 288-292), como “un conjunto de preguntas estandarizadas para producir información que se considera necesaria durante la etapa de planeación de la encuesta”. Al respecto, *Briones* (1998; p. 82), señala que “los cuestionarios son instrumentos destinados a recabar la información que permite cumplir los objetivos de una investigación mediante las respuestas proporcionadas por los sujetos de la muestra representativa de la población en estudio”.

Los instrumentos se utilizan porque el volumen de datos es extenso y la capacidad para memorizar deja abierta la posibilidad de pérdida de información por olvido. Es necesario entonces recurrir a un dispositivo que contribuya a ampliar esa capacidad. A tal efecto, se diseñó un instrumento con la finalidad de obtener información requerida sobre las variables en estudio, este dispositivo consta de veinticinco (25) *ítems*, ubicados en una escala nominal de respuestas con las alternativas: Siempre, Casi Siempre, Algunas Veces, Casi Nunca y Nunca (ver anexo A). El instrumento permitió la obtención de datos de la realidad y una vez recogidos podrán analizarse y convertirse en información y pasar a la siguiente fase de la investigación.

En el cuadro de operacionalización de variables debe estar la información sobre la naturaleza del dato que se requiere y la fuente donde se puede conseguir. Con estos dos elementos, se puede evaluar la técnica e instrumento más indicado para el procesamiento de datos.

Como primer paso se deben evaluar las diferentes fuentes donde es posible conseguir la información, para ello se debe precisar dos aspectos: (1) la identificación de la fuente disponible en los jefes de servicios y (2) la accesibilidad a la fuente más confiable como son los servicios hospitalarios. De esta reflexión surge una decisión, la cual se coteja con la naturaleza de la información a obtener, y proporcionara a su vez elementos suficientes para decidir sobre el tipo de instrumento más adecuado para recoger la información.

Esto indica que la decisión al respecto no debe tomarse *a priori*, sino que, como en todas las facetas del proyecto, es producto de una constante reflexión teórica sobre los elementos que nos ofrece tanto el objeto de estudio como la operacionalización de variables que incluye la realidad donde se encuentra inmerso.

Luego de haber decidido sobre el tipo de instrumento a utilizar (cuestionario), se debe proceder con ayuda de los indicadores el tipo de datos que se va a recoger. Esto evitara dispersión de esfuerzo y el desvío de atención en aspectos que, aunque interesantes, no son importantes para la investigación. Por esta razón algunos autores recomiendan incluso que en la construcción del cuadro de operacionalización de variables se establezcan en las fuentes teóricas (capitulo II). No es el caso de esta investigación, que se desarrollara a lo largo de texto del capítulo III, en el apartado denominado sistema de variables.

Los razonamientos realizados por el autor de la tesis, permiten ordenar la metodología para la recolección de datos según un esquema preestablecido donde se destaca la preparación de un plan de tabulación que consiste en proveer los cuadros que, atendiendo a los objetivos, permiten la presentación grafica de la información en forma clara y sistemática (ver discusión y presentación de resultados).

Otra herramienta de gran utilidad que se empleó, fue la técnica de entrevista. Durante el momento de preparación de la entrevista considerada como un proceso de comunicación verbal recíproca, con el fin último de recoger informaciones a partir de una finalidad previamente establecida. Al dirigir el foco de interés en la entrevista, se resaltan en la investigación la opinión de *Sabino (2002)*, en el texto proceso de investigación, quien afirma que:

Lo que se llama vulgarmente entrevista, por otra parte, es una técnica que en realidad se denomina entrevista no estructurada y lo que suele llamarse encuesta es igual a lo que denominamos, en metodología científica, encuesta estructurada. Por eso no tiene sentido hablar de entrevista y encuestas como técnicas diferentes sino de entrevistas estructuradas o no que se aplican dentro de determinados diseños de investigación. (p.107).

Agrega el autor Sabino (*op. cit.*), que las entrevistas pueden clasificarse en: (1) entrevistas formalizadas o estructuradas (2) entrevistas por pautas o guías (3) entrevistas focalizadas y (4) entrevistas libres o informales. De acuerdo al estudio y el tipo de entrevista que se adecue a la investigación, esta puede ubicarse como entrevista estructurada, formalizada basado en un listado fijo de 25 preguntas cuyo orden y redacción permanece invariable y serán respondidas directamente por el encuestado seleccionando una opción entre 5 alternativas posibles.

Por ello se elaboró un listado de preguntas generadas de los indicadores, fortaleciendo el instrumento de recolección de datos. Al final es lo que denominamos cuestionario a ser aplicado a la muestra. Según el tipo de preguntas pueden seleccionarse las de tipo cerradas, de alternativas fijas con cinco opciones y escala *ad hoc* tipo *Likert* (véase análisis y discusión de resultados).

La intención de la encuesta no es describir los individuos particulares que son parte de la muestra sino obtener un perfil compuesto de la población, esto complementa lo planteado en la muestra de la investigación. No existe una regla simple para el tamaño de la muestra que pueda ser usada en todas las encuestas. Mucho de este procedimiento depende de los recursos profesionales, económicos y tiempos disponibles (ver capítulo III, referido a la muestra). Una muestra como la seleccionada es suficiente con valor estadístico y operacionalmente ajustado a los objetivos e instrumentos de recolección de datos.

La encuesta recoge solamente la visión particular que el sujeto (muestra encuestada) tiene de sí misma. Esta es una imagen singular y subjetiva. No es lo mismo lo que las personas hacen, sienten o creen, que lo que ellas mismas dicen que hacen, creen o sienten.

Para reducir esta magnitud se omitieron preguntas en el cuestionario que se podría deducir no desearían contestar, y se buscaron formas indirectas de contrastación de los hechos. Sin embargo las encuestas resultan apropiadas para estudios de tipo descriptivos, su lógica de verificación se basa en la correlación estadística que presentan las distribuciones de frecuencias o los porcentajes de las variables sobre las cuales se supone existen relaciones de determinación.

Llegado este momento el tratamiento estadístico supone agrupar todas las respuestas dándole a cada una igual peso relativo, indicando tendencias y variaciones de los vectores de cambios en las variables estudiadas, tal como se recoge en el capítulo IV, organización de la información, análisis e interpretación para confeccionar los cuadros, tablas y gráficos más destacados.

La ventaja de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas. Nadie mejor que las personas involucradas (jefes de servicios asistenciales hospitalarios) para hablarnos acerca de lo que piensa y siente, de lo experimentado o proyectado por hacer. La entrevista se realizó en las horas más apropiada para los encuestados, esto limitó los tiempos y el tamaño de la muestra, lo que condujo a gran utilización de tiempo y distancia generando costos indirectos (ver cronograma presupuestario y de financiamiento, anexo E).

El investigador de este estudio quiere destacar, algunas circunstancias que se presentaron durante las entrevistas y que poseen vinculación con datos de interés para la investigación mediante la observación *in situ* durante la entrevista. En ese sentido se pudo apreciar ambientes departamentales con circuitos administrativos interminables, clima organizacional inestable y conflictivo, conjugación de líneas de autoridad, demostraciones de responsabilidades cruzadas, combinación de decisiones formales e informales e interrupción en el desempeño organizacional de los servicios, que pueden ser abordadas bajo la orientación del paradigma cualitativo.

Con ello se deja claro que las entrevistas no son métodos excluyentes con respecto a las técnicas de observación. Sin embargo para efectos de objetividad de la investigación, no se consideraron para el análisis e interpretación cuantitativas de los datos, pero si deja la inquietud para futuras investigaciones.

Parece apropiado en función de los planteamientos hechos, presentar el mecanismo utilizado en la investigación para desarrollar la entrevista y la encuesta *in extenso*, por tratarse de un grupo significativo que conoce los problemas en estudio y posee experiencia en el cargo que ocupa. Se argumentaron tres razones para este tipo de método: (1) el conocimiento aportado de la realidad es primario y menos engañoso, (2) la posibilidad de agrupar los datos en forma de cuadros estadísticos y facilidad para la medición de variables y (3) el método seleccionado resulto ser económico y rápido.

Dado que participaron instituciones de salud adscritas al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), se consideró importante para los actores participantes como jefes de servicios asistenciales disponer de: (1)

experiencia administrativa en el cargo y (2) tener interés y disponibilidad para participar en la investigación.

El procedimiento técnico para recabar los datos de investigación se fundamentó en concertar una cita para la entrevista con cada uno de los jefes de servicios, siguiendo las pautas de organización formal y respeto por la autoridad para responder el cuestionario y posterior entrega a cada jefe de servicio de una guía general del cuestionario y finalmente aplicarlo con las preguntas a los jefes de servicios seleccionados, todo dentro de un clima tipo taller para aclarar las dudas previas a la recolección de datos.

Validez y confiabilidad del instrumento

Validez del instrumento

Para validar el instrumento de recolección de datos que se aplicó a las unidades de análisis seleccionadas, se utilizó la técnica denominada juicio de experto o validación experta (ver anexo B) con la finalidad de que cada uno revise de manera independiente la congruencia y la claridad en la relación de los *ítems* formulados. La validación de un instrumento es un procedimiento que permite comprobar si los validadores detectan existencia de relación real entre los datos recogidos y lo que se busca analizar producto de los objetivos de la investigación.

La fórmula para el cálculo de validez se aplicó a los resultados de los expertos y su resultado fue de 0,96. Según la escala *ad hoc* suministrada ubica el resultado en una denominación de “altamente confiable”, dada la naturaleza de las alternativas de respuestas del cuestionario (ver anexo B, resultados de validación experta). Se utilizó el procedimiento definido por el coeficiente de *Haynes* de acuerdos y desacuerdos. Este coeficiente de

Haynes, se utilizó según Zambrano (2001; p.145), “mediante una sola aplicación del instrumento y se basó en la consistencia de la respuesta de sujeto con respecto a los ítems”. Los expertos, solo expresan y reportan si están de acuerdo o en desacuerdo con la estructura y construcción del ítem (pregunta). La fórmula desarrollada fue la siguiente:

$$H = \frac{A}{A + D} = 0,96$$

$$\text{Valor} = 0 - 1$$

$H = A_o = \text{confiabilidad del observador}$

$A = I_a = \text{total de acuerdos}$

$D = I_d = \text{total de desacuerdos}$

La escala de valores para medir el coeficiente de acuerdos y desacuerdos (Ruiz Bolívar, 1998) considerada fue:

0.81 – 1.00	Muy alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja
0.00 – 0.20	Muy baja

Esta fórmula de Haynes y la escala *ad hoc*, proporciona la confiabilidad entre observadores o el grado de acuerdo interobservadores H (A_o). Donde I_a (A), es el número de acuerdos entre observadores; I_d (D), representa el número total de desacuerdos entre observadores. Un acuerdo (A), se define como la codificación de una unidad de análisis en una misma categoría por distintos observadores.

Se interpreta como cualquier coeficiente de confiabilidad en un rango cuyos valores fluctúan entre 0 a 1. Se considera una confiabilidad interobservadores mínima aceptable un 0.85 u 85 %, en el caso de la investigación esta alcanzo una puntuación de 0.96, sugiriendo su aplicación.

Al respecto, *Ruiz* (1998; p.58), refiere que a “a través de los contenidos se trata de determinar hasta donde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenidos de la propiedad que se desea medir”.

Ante esta situación se deben mencionar los criterios de *Bautista* (2005; p. 45), cuando expresa que la validez del instrumento esta “referida al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”. Por tanto existen diversos tipos de validez, los más conocidos son de contenido, de constructos y de criterio. En ocasiones a la validez se le denomina exactitud.

Confiabilidad, Fiabilidad o Congruencia Interna

Este procedimiento hace referencia al grado de consistencia que debe existir entre los resultados obtenidos al aplicar un instrumento de recopilación de datos al mismo grupo de sujetos bajo condiciones muy semejantes. Equivale al grado en que su aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.

Se determina mediante varias técnicas con las cuales se calcula la confiabilidad de un instrumento de medición utilizando fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad. La confiabilidad está determinada en función de la exactitud de la medición realizada.

Se escogió para la prueba piloto el Hospital tipo III de Valle de la Pascua (Rafael Zamora Arévalo, Estado Guárico) por reunir idénticos parámetros de estudio y por la accesibilidad a la investigación (ver anexo C, resultados de prueba piloto).

La prueba piloto representa un ensayo de aplicación (prueba el instrumento), es una verificación del instrumento para conocer su confiabilidad, se realiza tomando por definición a diez (10) de los sujetos de la población (praxis investigativa), ya que de lo contrario si este valor es inferior, dejaría de ser confiable. Otro de los aspectos considerar es el referido a los elementos que intervienen en la prueba piloto, los participantes no forman parte del procedimiento de confiabilidad.

Se debe precisar que toda prueba piloto sirve para; (1) estimar adecuadamente la magnitud de las diferencias en la encuesta; (2) estimar los índices de respuestas, (3) evaluar la aceptabilidad y (4) evaluar la conveniencia del método de recolección de los datos. En su lugar la confiabilidad representa la diferencia que hay entre las medidas hechas, de una misma característica, en diferentes ocasiones. Está representada por una escala que va de 0 a 1, mientras más cercana a 1 el coeficiente obtenido es más confiable y viceversa.

La confiabilidad representa el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Varía de acuerdo al número de *ítems* que incluya el instrumento de medición; a mayor número de ítems, mayor será la confiabilidad. La medición en la praxis investigativa es imposible que sea perfecta, siempre se tendrá un margen de error. Con la confiabilidad se trata de que ese error sea el mínimo posible. Al reducir el error a su mínima expresión posible se confiere por ende mayor confiabilidad, objetividad y validez. En tal sentido, se seleccionó una muestra para efectuar la prueba piloto compuesta por 11 jefes de servicios asistenciales (ver capítulo III, la muestra).

La confiabilidad de un instrumento de medición se determinó mediante el coeficiente de *alfa de Cronbach*, con resultados de 0,69 (alta confiabilidad). La prueba del cuestionario integra la evidencia y las mediciones proporcionadas muestran consistencia con otras mediciones de otros expertos. El grado de medición establece una vinculación teórica y soporta las variables en estudio.

ALFA DE CRONBACH

$$= \frac{K}{K-1} \left(\frac{1 - S_i^2}{S_t^2} \right)$$

VALORES: 0 – 1

0= nula confiabilidad

1= máxima confiabilidad

= coeficiente alfa de *cronbach* o de confiabilidad interna.

K = constante de ítems de la prueba

S_i^2 =sumatoria de la varianza de los ítems

S_t^2 = sumatoria de la varianza total de los ítems

El cálculo del coeficiente de confiabilidad *alfa de cronbach*, representa un valor que se acerca o aleja de 0-1. Cuanto más se acerca a la unidad las mediciones se hacen estables y consistentes, por ende mayor será la consistencia interna de los ítems analizados. Cuando el valor se aleja de 1 el instrumento que se está evaluando presenta una variabilidad heterogénea en sus *ítems* y por lo tanto lleva a conclusiones equivocadas y a una menor consistencia de *ítems*. La interpretación está posicionada en una escala que va desde, muy baja, baja, moderada, alta y muy alta. De la aplicación de la formula, se obtuvo como resultado un valor de = 0,69 (69%), de acuerdo con la escala de *Ruiz Bolívar* (1998), resulta ser de alta confiabilidad (ver escala *ad hoc*).

Técnicas de análisis de datos

Antes de analizar los datos, todo investigador revisa sus datos, analiza la distribución de frecuencias de los datos. Como resultado establece las relaciones entre las variables, sus indicadores y las describe. Este proceso da lugar a una estadística asociada a los valores obtenidos de la realidad estudiada. El análisis de los datos obtenidos del instrumento aplicado se llevó a cabo a través de la estadística descriptiva, donde se detallan los hallazgos obtenidos en cada pregunta del instrumento.

En este sentido los datos se procesaron mediante medidas de agrupación (razones, proporciones y porcentajes), también mediante medidas de tendencia central (media, promedio) y se aplicaron procedimientos estadísticos para cálculos centrados en la desviación estándar. Para interpretar los eventos se realizó una distribución de frecuencias absoluta, relativa y acumuladas por cada variable y grupo de indicadores, a fin de poder determinar cómo se repitieron o no las respuestas (reactivos) en cada pregunta. Así, mismo se calculó el promedio de los *ítems* por indicadores, con la finalidad de analizarlos y contrastarlos con el Marco Teórico, en función de su deber ser (fundamento ontológico).

Una vez finalizados los procedimientos estadísticos los hallazgos y la información fue presentada en cuadros y gráficos siguiendo las pautas de construcción para la técnica de tabulación estadística y representación gráfica de los resultados obtenidos. (Ver capítulo IV análisis, discusión y presentación de resultados).

Plan de Ejecución de la Investigación y cronograma de actividades

Cuando nos planteamos la realización de una investigación, además de considerar el conjunto de aspectos teóricos-metodológicos, también se hace necesario planificar el análisis de los datos e información, de manera ordenada, secuencial y metódica, así como el tiempo que se tomara el desarrollo del estudio. En tal sentido, tanto la planificación de actividades como el cronograma de realización se deben incorporar en el proyecto, como uno de sus elementos constitutivos el plan de investigación tendiente a mostrar una connotación en términos presupuestaria de lo planificado. Dicho cronograma de actividades y el ajuste en tiempos de la investigación (ver anexo D y E), es un instrumento de gestión de proyectos donde se expresa operativamente y de manera gráfica (diagrama de *Gantt*), cada uno de los pasos, que han de desarrollarse y cumplir en un determinado periodo de tiempo, a fin de culminar el estudio propuesto.

De igual manera el cronograma de actividades permite estimar el tiempo de ejecución de la investigación, mantener su vigencia y significación del estudio en sus coordenadas: espacio-tiempo; actividades-tiempo; planificación-realización, así como la motivación y disposición en la culminación del mismo.

En consecuencia, la determinación del periodo de tiempo que disponemos para la ejecución de cada una de las etapas o fases de la investigación delimitadas en el proyecto de investigación, deberá ser planteada con gran precisión y en el menor tiempo posible, a fin de mantener en alto la motivación personal en la culminación de este propósito investigativo, (diagrama de *Gantt* modificado para la investigación).

Desde este punto de vista, cuando programamos el periodo de tiempo y las actividades a desarrollar, se derivan aspectos de la investigación que generan una variedad de recursos necesarios para realizar las fases de la investigación (aspectos administrativos, recursos monetarios, horas equipos y horas personas), es requerido también presentar un presupuesto para realizar el estudio (ver cronograma administrativo, presupuestario y financiero, anexo E).

Este último instrumento administrativo representa el plan financiero de acción integrado expresados en términos monetarios. Como todo instrumento está diseñado a partir, en este caso, de unidades horas disponibles, unidades monetarias, unidades de ejecución y una serie de decisiones conexas y niveles de actividades.

Debe destacarse que el diseño del presupuesto deberá abarcar un periodo de tiempo lo suficientemente amplio, para permitir una planeación efectiva del estudio (trienio). Sin embargo se deben seguir las pautas de la elaboración de un presupuesto de investigación, que no supere un año fiscal (tiempo fiscal) y que haga coincidir los avances con los ajustes presupuestarios y su evaluación trimestralmente. Para efectos de la investigación se comprometió 6 meses del año 2010 y 6 meses del año 2011, que corresponde a un año medido en unidades temporales de meses para su arranque e implementación inicial, pero dividido en periodos semestrales como consecuencia del diseño final para incluir los avances por trimestre y facilitar su evaluación por cortes administrativas (dos trimestre de avances de actividades equivalentes a un semestre del proyecto) y los requerimientos subsecuentes de las etapas investigativas.

La importancia de considerar el aspecto anual-financiero, radica en la apreciación de las variables económicas (inflación, imprevistos y costes de insumos) para efectuar los ajustes derivadas del contexto socio-económico donde se sitúa el estudio y que requiere de modificaciones taxativas.

La formulación del presupuesto en el proyecto de investigación, desde una perspectiva administrativa, representa de manera precisa y pormenorizada, el conjunto de aspectos que lo constituyen, en relación: (1) al personal requerido en su desarrollo y ejecución, (2) provisión de diferentes recursos y suministros que demandan el estudio, (3) requerimientos y gastos de personal, (4) conceptos de viajes, traslados y servicios personales. El objeto es dar cuenta de la magnitud de los gastos y costos operativos del trabajo, sirviendo de referencia futura para fuentes de financiamiento.

El Cronograma administrativo de la investigación permite construir un esquema de trabajo alineado, coherente y presupuestario que atienda todas las necesidades del proyecto de investigación. Son actividades expresadas en un instrumento de fácil comprensión que pueden contribuir en el proceso de administrar y gerencial adecuadamente la gestión del proyecto de investigación con el propósito de apoyar la operacionalización del marco estratégico investigativo en lo relacionado con desarrollo de las acciones requeridas para concretar el proyecto en estudio.

Por eso en cierto sentido son instrumentos de planificación, programación y ejecución que agrupa responsabilidades compartidas en la presentación del cronograma administrativo, en el plan de ejecución y en el cronograma de actividades. Aspectos que deben destacarse, tales como: (a) control de las etapas de la investigación y su progreso en tiempo real, (b) registro de datos contra actividades, (c) informe de avance, (d) taxonomía de los eventos como reuniones, expectativas, contenidos, oportunidades, ritmo

laboral, compromisos adquiridos, (e) tiempo disponible para cumplir las actividades y (f) disponibilidad con flujo de presupuesto y autonomía para decidir sobre el volumen de actividades.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo, se organiza, se fundamenta el análisis de los resultados, se deriva la discusión y se finaliza con presentación de resultados obtenidos una vez aplicado el instrumento de recolección de datos. Los mismos se expondrán en función de los objetivos, las variables y los indicadores de la investigación. Para sistematizar el análisis se evaluaron las variables con sus dimensiones e indicadores medidos a través de sus *ítems*.

Desde este punto de vista además del análisis estadístico de los resultados, también servirán para apoyar el diagnóstico de la propuesta de gerencia sintagmática descrita a lo largo de los capítulos precedentes. Una vez culminado el proceso de recolección y análisis de datos se destacaran y expondrán los resultados obtenidos según las variables en cuadros y gráficos estadísticos.

Variable. Proceso de gestión asistencial hospitalaria

Esta variable en estudio revelo que un 39,39% de los jefes de servicios encuestados en promedio siempre poseen un perfil para el cargo, conocen sus obligaciones, poseen procedimientos de supervisión y aplican la administración bajo riesgo. Para medir la variable gestión administrativa, y dar respuesta al primer objetivo específico relacionado con diagnosticar el proceso administrativo que se cumple en los Hospitales tipo III y IV encuestados, se emplearon dos dimensiones de la variable; gestión del Talento Humano (TTHH) y gestión de suministros e insumos hospitalarios.

Los indicadores relacionados corresponden a características y desempeño gerencial para el cargo, capacitación del Talento Humano, supervisión de insumos y control de inventarios. La distribución de

frecuencia de las observaciones de muestran en el cuadro 11. Al evaluar el indicador características gerenciales para el cargo que ocupan los jefes de servicios mediante los ítem 1 y 2 correspondientes, se obtuvo resultados que evidencian que el 54,54% afirmó que algunas veces los gerentes de servicios hospitalarios poseen un perfil idóneo para el cargo que ocupan, asimismo un 18,18 % manifestó que siempre poseen perfil para el cargo.

Cuadro 11. *Distribución de frecuencias correspondientes a la variable proceso de gestión asistencial.*

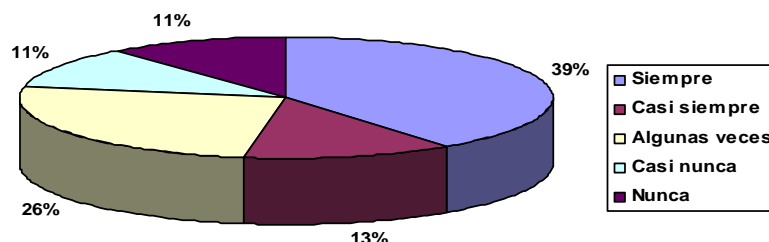
Variable	Indicadores	Ítems	A l t e r n a t i v a s									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Gestion Asistencial hospitalaria	Perfil y desempeño gerencial para el cargo	1	2	18.18	2	18.18	6	54.54	1	9.09	0	0.00
		2	8	72.72	2	18.18	1	9.09	0	0.00	0	0.00
	Supevision de insumos e inventarios	3	1	9.09	2	18.18	4	36.36	1	9.09	3	27.27
		4	1	9.09	0	0.00	3	27.27	4	36.36	3	27.27
		5	10	90.90	1	9.09	0	0.00	0	0.00	0	0.00
P r o m e d i o		-	39.39	-	12.73	-	25.45	-	10.90	-	10.90	

Nota: tabulación obtenida del cuestionario aplicado a la muestra

Estos hallazgos centrados en las respuestas en términos porcentuales de los ítems 1 al 5 (ver gráfico 1), denotan un estilo de liderazgo grupal en los servicios con libertad de expresión y de decisión que agiliza la tramitación de cualquier solución inherente al servicio a favor del debate de ideas, aceptación consensuada de criterios y directrices conjuntas.

Estos valores aplicados en el estilo de praxis gerencial, fue señalado en su momento por *Kotter (1998)*, cuando expreso hacer énfasis en plantear que este tipo de liderazgo compartido es apropiado en los casos en que se cuente con un alto respeto entre el jefe y los trabajadores, relación ideal para proyectos de corto plazo.

Grafico 1. Valores promedios porcentuales de los ítems de la variable proceso de gestión asistencial (ítems 1 al 5).



Fuente: cuadro 11.

En cuanto al *ítem 2* un 72,72% afirmó que los jefes de servicios conocen las obligaciones y funciones inherentes al puesto de trabajo y solo un 9,09% respondió algunas veces son conocedores de sus obligaciones. De la misma forma, en cuanto al indicador supervisión de insumos hospitalarios, medido con los *ítems 3, 4 y 5* se pudo constatar una tendencia variada.

Para el *ítem 3* el 36,36% señaló que algunas veces existen procedimientos gerenciales para supervisar insumos hospitalarios, en cambio un 27,27% afirmó que nunca lo ejecutan. Se aprecia una distancia estadística de nueve puntos porcentuales, hecho que llama la atención por ser tendencias que se presentan como desfavorables.

Al asociar la tendencia del *ítem 3*, de casi nunca (9,09%), con nunca (27,27%) los resultados equivalen a un 36,36%, que opina desconocer procedimientos de supervisión de los insumos hospitalarios. Al examinar el *ítem 4*, se evidenció que un 36,36% respondió que casi nunca y un 27,27% nunca poseen conocimientos, dominio ni control sobre los inventarios.

Adicionalmente un 63,63% de los jefes de servicios ratifican que la supervisión de inventarios es desconocido, respondiendo a un impacto negativo para la gerencia hospitalaria y gestión asistencial especialmente si se relaciona con la eficiencia y se pretende optimizar la gestión

hospitalaria. El ítem 5 reveló que un 90,90% respondió que siempre administra recursos en ambientes de riesgo e incertidumbre, convirtiéndose en un agravante para la gerencia directiva del hospital con tendencia negativa sobre el presupuesto y administración hospitalaria.

En virtud de estos hallazgos se plantean correctivos que se tocarán en las conclusiones, recomendaciones y en el fundamento de la propuesta gerencial. Es claro entonces que los encuestados no pueden ofertar ni poner en práctica nuevos aportes gerenciales que fortalezcan el funcionamiento de la institución hospitalaria ya que se ven limitados por la actuación normativa y centralizada de la organización. Se trata, por los resultados de una gerencia administrativa donde el desempeño es estas condiciones repercute en deficiencias presupuestarias de los servicios y con la consecuente causalidad descrita en el capítulo I.

Por otra parte, se interpreta que en promedio solo un 39.39% de los jefes de servicios siempre actúa con objetividad y equidad ante las anomalías e irregularidades en el cargo que ocupan. Es pertinente evaluar la tendencia hacia conflictos manifiestos que se suscitan por carecer de juicios racionales sobre cargos de interés, procedimientos y dominio de inventarios e insumos hospitalarios, asumiendo que la administración de dispositivos médicos es esencial para completar el acto médico asistencial en los servicios.

Estos valores promedios de la variable proceso de gestión asistencial administrativa hospitalaria refleja que los jefes de servicios encuestados planifican una gestión con praxis gerenciales desfavorable dentro de la organización hospitalaria en el cumplimiento de sus funciones y bajo riesgo permanente.

Al respecto, es necesario establecer que la planificación del proceso de gestión hospitalario como lo señaló *Carucci* (1999), debe ser “considerado vinculante a la planeación racional e incluye reflexión sobre la naturaleza fundamental de la organización y orienta a decidir cómo conviene situarla o posicionarla en un ambiente determinado”. Ante estos

requerimientos conviene decidir cómo desarrollar nuevos lineamientos de gerencia y modelos de gestión hospitalaria, así como aprovechar las fortalezas identificadas para afrontar los riesgos y oportunidades del ambiente.

Este estilo de gerencia es complejo en su apreciación por combinar seguridad de cargo en ambientes de incertidumbre. Un jefe de servicio bajo estas condiciones permanece en tensión constante para la toma de decisión asistencial.

Sin embargo al analizar las respuestas por *ítem* dentro del promedio apreciado, se evidencian variaciones tales como un 54,54% de los jefes de servicio reporto que algunas veces se posee un perfil idóneo para el cargo (debilidad para el servicio estudiado pero fortaleza para la propuesta de gerencia sintagmática), un 72,72% de los jefes de servicios siempre conocen sus obligaciones inherentes al puesto de trabajo, un 36,36% algunas veces conoce de procedimientos gerenciales de supervisión y un 36,36 % de los encuestados mostró que casi siempre existe dominio de inventarios en su servicio.

A tal fin un 90,90% respondió que siempre administran en ambientes de incertidumbre y riesgo (ver cuadro 16). Cabe señalar que a través de esta variable se pudo advertir la importancia que posee la base operativa de un servicio asistencial, la importancia del cargo y experiencia profesional y las condiciones óptimas que se requiere para laborar en un ambiente interno y de participación (Gerencia Participativa).

Más allá de esta tendencia se debe retomar la necesidad de que, tanto en el diseño de planes hospitalarios como proyectos por servicios se contemple en lo sucesivo la participación (externa), y/o comunitaria organizada, preparada y orientada hacia planes de salud, según los pautado en la teoría de gerencia participativa expuesta en el capítulo II, especialmente en los lineamientos de conservación, orden y seguridad intraservicio.

Variable. Estilo de planificación asistencial

Los resultados de los encuestados mostraron registros y tendencias opuestas, por un lado para el indicador estilo administrativo de la alta gerencia un 100% respondió que siempre (*ítem 7*) existe participación en los servicios, en contraposición para el indicador criterios de administración en servicios de gerencia media, un 54,54%, manifestó que casi nunca (*ítem 8*), se utiliza un criterio particular de gerencia (ver cuadro 12).

Cuadro 12. Distribución de frecuencias correspondientes a la variable *estilo de planificación asistencial*.

Variables	Indicadores	Ítems	A l t e r n a t i v a s									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estilo de planificación asistencial.	Estilo de administración de alta gerencia	6	2	18.18	5	45.45	3	27.27	1	9.09	0	0.00
		7	11	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Planificación administrativa en servicios de gerencia media	8	0	0.00	0	0.00	1	9.09	6	54.54	4	36.36
	Proceso de toma de decisión	9	0	0.00	0	0.00	7	63.63	4	36.36	0	0.00
P r o m e d i o		-	-	29.54	-	11.36	-	24.99	-	24.99	-	9.09

Nota: tabulación obtenida del cuestionario aplicado a la muestra

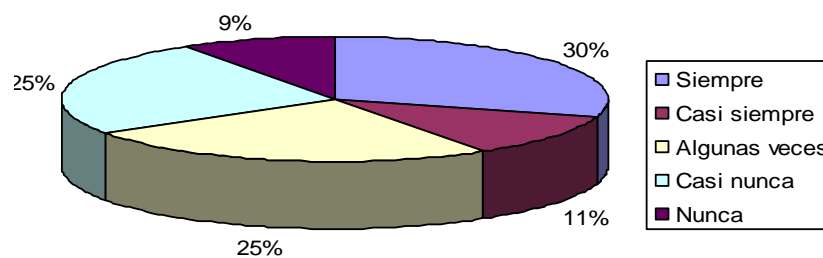
Estos hallazgos indican que las directrices se discuten adecuadamente en los servicios asistenciales hospitalarios tipo III y IV y son debatidas entre su personal. Significa que siempre en los servicios se dirige personal, se gestiona recursos asistenciales y se establece la división de tareas del personal en los servicios centradas en el paciente, condiciones ideales para un estilo democrático de gerencia, que facilita iniciar acciones administrativas para el logro de objetivos y metas programadas.

La ventaja de este liderazgo se soporta en que un 63,63% (*ítem 9*) respondió que algunas veces se toma en cuenta las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la toma de decisión hospitalaria. Esta condición permite negociar las situaciones difíciles y conflictivas con sus superiores y seleccionar sus propios métodos para

obtener resultados satisfactorios, facilitando una gerencia efectiva y eficiente.

Los valores porcentuales de los ítems 6 al 9 se presentan en el grafico 2, demostrando las tendencias registradas y cuantificadas de los estilos gerenciales de la variable en estudio.

Grafico 2. Valores porcentuales promedio de la variable estilo de planificación asistencial (ítems 6 al 9).



Fuente: cuadro 12

En este caso la variable estilo gerencial por su importancia fue desagregada en tres indicadores; (a) estilo de administración de la alta gerencia, (b) criterios de administración por servicios de gerencia media y (c) proceso de toma de decisión en la dirección del hospital. Los resultados del ítem 6 evidencian que los jefes de servicios en un 45,45% casi siempre participan en las decisiones administrativas del hospital y un 27,27% algunas veces.

Esto se puede interpretar mediante un estilo de gerencia poco ideal para una continuidad en la administración de hospitales, ya que de esta participación depende la comunicación interna y externa para la obtención de información, hecho que contrasta cuando los encuestados respondieron que dentro de los servicios existe una disposición de 100% de participación del personal en las actividades propias del servicio (ítem 7).

Si a estos hallazgos se suman los obtenidos de la variable precedente, se evidencia una contradicción en dos estilos de administración hospitalaria, uno participativo y otro excluyente, tendencia que se aleja de la visión holística de la concepción gerencial hospitalaria.

Para el ítem 8, un 54,54% respondió que casi nunca y un 36,36% nunca utiliza un estilo particular de gerencia hospitalaria poniendo de manifiesto la pérdida del Talento Gerencial en los servicios evaluados. De igual forma la mayoría de los encuestados contestaron que algunas veces (63,63%) se toma en consideración las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la toma de decisión hospitalaria (ítem 9).

Esta concepción representa como tendencia una oportunidad para identificar los jefes de servicios que están sensibilizados por la gerencia bajo ambiente analítico centrado en matriz Fortalezas-Oportunidades-Debilidades y Amenazas (*FODA*). Estos hallazgos indican una posibilidad real en el contexto de los jefes de servicios para desarrollar planes de gestión asistencial y gerencia sintagmática hospitalaria.

Esta situación se califica de poco favorable para la gerencia hospitalaria, habida cuenta que al no prestarle atención a esta tendencia interna se pierden escenarios estratégicos de liderazgo y actuación operativa. Se debe recordar que los jefes de servicios toman decisiones diariamente, escuchan su personal, emiten opiniones y orientan su mejor esfuerzo hacia la atención del usuario sin importar el orden jerárquico. Una amplia participación en los servicios, permite estructurar una organización estable, transformadora y eficiente (Gerencia con pensamiento estratégico y gestión Participativa).

Finalmente, al observar los valores promedios, obtenidos, queda claro que solo una pequeña mayoría (29,54%) afirmó que siempre se cumple con un estilo gerencial acertado dentro de la organización hospitalaria. De allí la importancia destacada por *Chiavenato* (1999; p.78), en consideración a los recursos humanos, destacando que “la organización como función administrativa se refleja en el acto de

organizar, integrar y estructurar los recursos y los órganos involucrados en la administración” (ver cuadro 17). A pesar de que este autor pensó en recurso humano en su momento, hoy se puede concentrar ese esfuerzo en el Talento Humano (TTHH) orientado siempre hacia una concepción de capital de alto desempeño.

Por tanto se observa que la organización hospitalaria forma parte de los procesos gerenciales o administrativos descritos desde 1910 cuando se inició la administración tradicional apropiándose del modelo científico de la medicina y su organización en niveles de atención, correspondiéndole a la atención hospitalaria un tercer nivel según la tipología de los hospitales.

Lo que permite aseverar que para lograr los objetivos asistenciales, tareas básicas en servicios, ejecutar eficazmente los planes operativos, administrar talento humano, se debe trabajar con eficiencia para alcanzar los resultados deseados, en franca evolución con los parámetros administrativos modernos, y en consecuencia aceptar que los hospitales están inscritos en la línea de organización empresarial productora de servicios en salud.

Tal aseveración no se cumple de manera óptima en las instituciones hospitalarias tipo III y IV objeto de estudio según los hallazgos, reflejando grado de incumplimiento de los objetivos organizacionales de una manera ineficaz e ineficiente.

Esto indica que las directrices se discuten adecuadamente en los servicios hospitalarios y son debatidas entre su personal. Significa además que siempre en los servicios se dirige personal, se gestiona y se establece la división de tareas del personal en los servicios, condiciones ideales para un estilo democrático de gerencia, que facilita iniciar acciones administrativas para el logro de objetivos y metas programadas.

La ventaja de este liderazgo se soporta en que un 63,63% respondió que algunas veces se toma en cuenta las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la toma de decisión hospitalaria. Esta condición permite negociar las situaciones difíciles con sus superiores y seleccionar sus propios métodos para obtener resultados satisfactorios. Los valores porcentuales de los *ítems* 6 al 9 se presentan en el grafico 2, demostrando las tendencias de los estilos gerenciales de la variable en estudio.

Variable. Proceso de Planificación Estratégica.

El análisis de los resultados de esta variable, a diferencia de las anteriores, mostró una tendencia desfavorable en sus hallazgos, especialmente si se tienen en mente el enfoque situacional y la necesidad de un plan a largo plazo. Los encuestados mostraron un comportamiento de un 61,34% para las opciones algunas veces, casi nunca y nunca como tendencia desfavorable hacia la concepción de la planificación estratégica, administración estratégica, fomento de cambios institucionales y pensamiento estratégico. Atendiendo la naturaleza de esta variable, se evaluaron tres indicadores; (a) existencia de un plan estratégico, (b) pensamiento estratégico y (c) dirección estratégica. La distribución de frecuencias observadas se presenta en el cuadro 13.

Los resultados relacionados con el indicador; existencia de plan estratégico se midió a través del *ítem* 10, obteniendo un valor registrado de un 45,45% que respondió que algunas veces se prepara y administra un plan estratégico hospitalario, igualmente 45,45% contestó que casi nunca se ejecuta esta directriz. En suma un 90,90% no posee una conducción bajo plan estratégico conocido. Esto demuestra lo poco involucrado que están los jefes de servicios en el desarrollo de planes a largo plazo.

Cuadro 13. Distribución de frecuencias correspondientes para la variable proceso de planificación estratégica.

Variable	Indicadores	Items	Alternativas									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Proceso de Planificación Estratégica	Existencia de plan estratégico	10	0	0.00	0	0.00	5	45.45	5	45.45	1	9.09
		11	0	0.00	0	0.00	3	27.27	7	63.63	1	9.09
	Pensamiento estratégico	12	5	45.45	1	9.09	3	27.27	2	18.18	0	0.00
	Dirección Estratégica	13	11	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Promedio			-	11.36	-	2.27	-	24.99	-	31.81	-	4.54

Nota: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra

Como se puede observar el ítem 11, revelo que un 63,63% casi nunca fomenta o emprende cambios en función de un plan estratégico. La tendencia de las observaciones es desfavorable para la gerencia estratégica hospitalaria. En contraste a los hallazgos, se debe reconocer que el empleo de métodos, técnicas y procedimientos estratégicos le proporciona direccionalidad a cualquier organización en su gestión administrativa y propicia el mejor uso de los recursos en la praxis gerencial. En relación con el ítem 12, las puntuaciones para los reactivos ubicaron un 45,45% de encuestados que respondió que siempre prevalece un pensamiento estratégico en los jefes de servicios hospitalarios.

El proceso de planificación estratégica y su concepción a largo plazo en una institución hospitalaria es decisiva para las situaciones de contingencia que se presentan en servicios y muestra una disposición hacia el fomento del uso de herramientas de decisión modernas para el análisis situacional que les permita establecer una jerarquización de prioridades (problemas) en los servicios asistenciales, no obstante que un 27,27% de los encuestados responde que algunas veces predomina un estilo determinado de pensamiento gerencial.

Este hallazgo se puede interpretar estadística y porcentualmente como un volumen importante de gerentes que deben ser reorientados hacia mejores prácticas de gestión de recursos asistenciales y gerencia optima hospitalaria. Por esta razón dentro de la propuesta se incorporara un programa de capacitación permanente para los jefes de servicios en

base a planificación estratégica y administración de escenarios. La gerencia centrada en el cambio organizacional con pensamiento estratégico gerencial pasa por aceptar la disposición de ejecutar un Plan Estratégico para anticipar situaciones, resolver problemas, corregir desviaciones y aceptar participación de todos los trabajadores. La alta gerencia debe concebir que los trabajadores actúen dentro de límites definidos por su superior inmediato, como estilo compartido de gerencia estratégica.

Se debe señalar que el liderazgo situacional centrado en un plan estratégico busca establecer relaciones productivas a largo plazo, basadas en legítima preocupación por las necesidades inmediatas de los trabajadores y también por su desarrollo personal en el trabajo (variable estilo gerencial). De igual forma el *ítem* 13, revelo que un 100% de encuestados actúan con objetividad y racionalidad para la solución de problemas administrativos. Tendencia favorable que apoya las dos variables antes descritas y los cinco indicadores precedentes que permiten dar respuesta a tres objetivos específicos del estudio.

Los valores promedios obtenidos para la variable proceso de planificación estratégica, muestra que la mayoría de los encuestados se ubica en casi nunca con un 31,81%, y algunas veces con 24,99%, evidenciándose que por lo menos en 45 hospitales tipo III y IV (ver muestra del estudio) no se está cumpliendo de forma adecuada con el Proceso de Planificación Estratégico, a pesar de poseer una disposición de pensamiento estratégico entre sus jefes de servicios. La teoría y praxis gerencial se ve amenazada por la ausencia de un proceso de capacitación del talento humano para un mejor desempeño.

Esta situación responde a lo expuesto por *Noguera* (2004; p.67) en su obra, al señalar “que la dirección, se utiliza en sentido de comunicar decisiones estratégicas, órdenes, orientaciones e instrucciones, con la finalidad de obtener beneficios en una institución”. Para el autor de esta tesis, se desvirtúa el pensamiento estratégico y se inhiben iniciativas que

pueden emerger como argumentos válidos de problemas cotidianos en la administración de servicios hospitalarios.

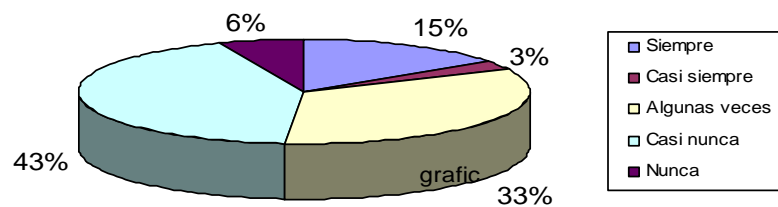
También se pudo registrar que la distribución de las observaciones para la variable en estudio se mostró variada; un 45,45% respondió que algunas veces dispone de pensamiento estratégico para planificar en servicio y un 45,45% casi nunca evidencia la existencia de un plan estratégico. Agruparon ambas representa un 90,90% (*ítems* 10 y 11) de posibilidad de implementar un plan estratégico oportuno y permanente en los servicios, aun mas, agravado por la tendencia registrada en un 63,63% que respondió que casi nunca se emprenden cambios en función del plan estratégico concebido.

En tal sentido un 45,45% (*ítem* 12) mostró que siempre prevalece pensamiento estratégico en los jefes de servicios y un 100% (*ítem* 13), lo acompaña siempre de una racionalidad objetiva. La gestión administrativa en este ambiente, con tendencias opuestas donde prevalece un pensamiento estratégico y la falta de concreción del plan que lo acompañe, debilita los recursos disponibles, consume energía y desgasta la acción, infiriendo un liderazgo autocrático evitando alcanzar de manera óptima los objetivos institucionales previstos.

En consecuencia la prestación de un servicio de atención asistencial de calidad en hospitales tipo III y IV se compromete e incide negativamente en la salud poblacional. Estos hallazgos sirven de base para proponer y justificar el modelo de la propuesta centrada en una *“gerencia sintagmática en servicios asistenciales para optimizar gestión en hospitales tipo III y IV del sector público venezolano”*, integrando misión, visión, valores e integrando bajo concepción holística la organización hospitalaria para garantizar una gestión óptima de sus recursos y actividades programáticas en el hospital.

El gráfico 3, muestra en términos porcentuales las tendencias de los ítems 10 al 13 y el comportamiento de los indicadores para la variable proceso de planificación estratégica. Este registro de datos se identifica con la esencia medular del estudio. Obligando a repensar el hospital del siglo XXI, con tiempos de respuesta corto para usuarios, comunicación rápida sin ruidos, atención a cambios del entorno, menor número de capas organizativas, flexibilidad organizacional, empleados talentosos, tecnología apropiada, apalancamiento del conocimiento y participación de la población.

Gráfico 3. Valores porcentuales promedio de la variable proceso de planificación estratégica (ítems 10 al 13).



Fuente: cuadro 13

Variable. Planificación estratégica para toma de decisión

Otra de las variables involucradas en los objetivos de la investigación es la denominada plan estratégico para la toma de decisión y está compuesta por tres indicadores, identificación de nudos críticos, explicación causal, identificación de problemas prioritarios por servicios, discusión de soluciones conjunta de los problemas prioritarios interdepartamental con proyección de soluciones futuras y seguimiento de planes, relacionada con el objetivo específico cuatro y sus tres dimensiones (ver cuadro 14). Se corresponde con una variable esencial relacionada con las variables anteriores y potenciadora de la propuesta. Es la variable que mejor se identifica con el problema, la metodología y la propuesta de gerencia sintagmática en su concepción integradora. Se puede afirmar que es una variable clave de éxito.

El ítem 14, reporto un 100% de jefes de servicios que respondieron que siempre se establecen métodos para abordar problemas asistenciales y de personal adscrito a cada servicio, en base a información oportuna y real, situación que facilita el cumplimiento de funciones y tareas por servicio en un ambiente de participación, armonía y motivación.

De igual forma para el ítem 15 un 72,72%, respondió que casi nunca posee la alta gerencia una visión holística para la explicación causal de los problemas hospitalarios. Al visualizar estas situaciones opuestas (ítem 14 y 15), se puede advertir tendencias contrarias que se vienen acumulando entre servicios y dirección del hospital lo que hace evidente propuestas correctivas oportunas para la gerencia hospitalaria y para la gestión asistencial.

Las variables proceso de planificación estratégica (ver cuadro 13) y plan estratégico (ver cuadro 14), representan para el estudio una concepción amplia y gerencial como proceso estructural y administrativo subsidiario de la gestión asistencial entendido como proceso complejo, relacionado e integrado con la administración de recursos hospitalarios (factor clave de éxito).

Cuadro 14. Distribución de frecuencias de la variable plan estratégico para la toma de decisión.

Variable	Indicadores	Ítems	Alternativas									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Planificación Estratégica	Identificación de nudos críticos y relación causal	14	11	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
		15	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	72.72	3	27.27
		16	0	0.00	2	18.18	9	81.81	0	0.00	0	0.00
	Identificación y discusión de problemas prioritarios asistenciales	17	0	0.00	2	18.18	4	36.36	3	27.27	2	18.18
		18	0	0.00	4	36.36	7	63.63	0	0.00	0	0.00
	Proyección de soluciones futuras y seguimiento de planes	19	0	0.00	4	36.36	7	63.63	0	0.00	0	0.00
		20	0	0.00	1	9.09	9	54.54	5	45.45	0	0.00
21		0	0.00	0	0.00	6	54.54	5	45.45	0	0.00	
Promedio			-	12.5	-	14.77	-	47.72	-	19.31	-	5.68

Nota: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra.

En cuanto al ítem 16, el 81,81% respondió que algunas veces los problemas claves de la gerencia hospitalaria, se discuten y analizan en forma conjunta con jefes de servicios, esto explica la diferencia porcentual

con el *ítem* 15, donde un 72,72% casi nunca posee una visión holística para explicación de problemas hospitalarios. La desviación en las respuestas del *ítem* 16 indica la tendencia que, al momento del estudio soporta el problema planteado y sugiere la aplicación de planes adecuados para las correcciones oportunas, mientras que un 18,18% respondió casi siempre lo hace, comportamiento insuficiente si cuenta especialmente con potencialidades como la presentada en la variable proceso de gestión asistencial, *ítem* 2.

En lo referente al *ítem* 17 un 36,36% respondió que algunas veces y un 27,27% casi nunca existe en la alta y media gerencia hospitalaria un mecanismo para identificar y priorizar problemas hospitalarios, los encuestados consideran en relación a este ítem que en términos generales no se posee (63,63%) ni se dispone de un medio para identificación y priorización de problemas, condición que atenta contra la gestión hospitalaria y minimiza las oportunidades de resolución de conflictos intraservicios. Como consecuencia las desviaciones se hacen evidentes en la administración, gerencia y gestión integral del hospital.

En relación al *ítem* 18 un 63,63% responde que algunas veces se establece una comunicación activa con jefes de servicios para decidir en función de los problemas hospitalarios. Al correlacionarlo con el *ítem* 19, que evidencio que un 63,63%, responde que algunas veces se establecen medios informativos para dar a conocer el abordaje de problemas desde los servicios, representa una tendencia que se mueve hacia dejar de lado los aspectos comunicativos e informativos, en la toma de decisión.

En contraposición se advierte un comportamiento en los servicios positivo por tratar de establecer una comunicación efectiva con la dirección hospitalaria. De no juntarse las tendencias y potenciarse entre sí se perderá todo esfuerzo por parte de los jefes de servicios y será inútil la toma de decisión de la dirección que no cuente con el aval de los servicios, creando un círculo vicioso en detrimento de la gerencia hospitalaria.

De igual forma el *ítem* 20 reveló que los encuestados afirmaron que un 81,81% algunas veces la dirección aplica estrategias para evitar problemas cotidianos y conocidos en los servicios hospitalarios, asimismo un 54,54% responde que algunas veces se conoce algún procedimiento para monitorear y evaluar (*ítem* 21) y un 45,45% responde que casi nunca se realiza seguimiento de planes hospitalarios.

Estas tendencias de forma sinérgica colocan en riesgo la gestión hospitalaria y la consecución de los objetivos organizacionales permanentemente (factores críticos de éxito). Al evaluar la tendencia contrapuesta con la gestión hospitalaria se advierte que lo que prevalece para el pensar en servicios es un contrasentido del pensamiento estratégico, garantizando la discontinuidad en los servicios ya observado en el capítulo I (el problema de investigación).

En consecuencia se acentúa la organización tradicional piramidal, de mando-obediencia, reduciendo el actuar de los jefes de servicios a la posibilidad de solo cumplir una rutina de servicio. Existe la intención de revertir este entorno y abrirse a nuevos escenarios y un nuevo pensamiento matricial, integrador, estructural, horizontal y de equipo, ideal para atender las nuevas exigencias del hospital postmoderno con un proceso funcional de planificación.

Se indagó sobre la gerencia sintagmática y su significado y el hallazgo fue poco representativo de esta noción innovadora. Conviene destacar que muchos de estos aspectos (conceptuales y operativos) acompañan la propuesta de gerencia sintagmática descrita en el capítulo II, identificando la atención especial por lo estructural y lo organizativo (cuerpo y forma), destacando un nuevo estilo de comportamiento organizacional en sincronía con diversos saberes de los paradigmas dominantes en administración hospitalaria. Además, de abordar la realidad desde perspectiva interpretativa y uso del método hermenéutico en contexto teórico.

Una de las debilidades demostrada entre los encuestados, fue la poca afinidad por un concepto uniforme de gerencia hospitalaria y gestión asistencial. Para efectos del estudio se presentó la gerencia hospitalaria como ciencia social transdisciplinaria con el objeto de buscar el bienestar y la armonía del usuario, promoviendo cambios en lo físico de las organizaciones.

Apoyada en las disciplinas en salud, se concibe no excluyente convergiendo diversidad de saberes incluido el saber popular. Otro aspecto que se difundió fue la noción de sintagma como coincidencias, integración de paradigmas en una comprensión novedosa y dinámica caracterizada por su énfasis en el usuario, y el proceso sintagmático concebido como núcleo de conocimiento que se alimenta de los procesos económicos, psicológicos, sociales, biológicos, antropológicos y educativos.

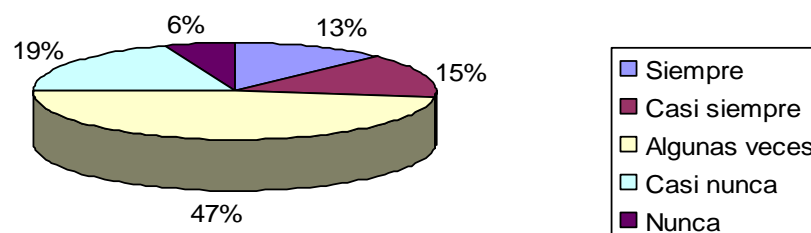
Simultáneamente en una visión general del plan estratégico hospitalario (variable es estudio), se adelanta juicio hospitalario destacando la pertinencia del plan estratégico hospitalario y los logros alcanzables con tendencia óptima y eficiente, alejando situaciones de peligros, especialmente aquellas que atentan contra sus elementos (tiempo, modo y satisfacción de necesidades). El modo hace referencia a las técnicas y procedimientos como una forma de planificar y necesaria de retomar en circunstancias asistenciales. El riesgo de no poseer un plan estratégico conduce a situaciones de mayor complejidad y que es preciso reducir a través del control de la fragmentación de tareas, reducción de incertidumbre, evitar conflictos y aminorar la dependencia.

Si se considera que la gestión centralizada no debe operar ni tampoco debe ser la ideal para resolver todo tipo de problemas, se admite la existencia de diferentes fuerzas sociales utilizando elementos estratégicos que corresponden al “deber ser” y elementos estratégicos del “puede ser”, en una actitud encontrada que impide crear visiones futuras

que anticipe nuevas situaciones de gestión a favor de mejorar la gerencia hospitalaria.

Los principios de planificación estratégica, centrada en diagnóstico (ítems 16, 17, 18 y 19), que se encargan de saber y conocer donde estamos, donde queremos llegar y como lograrlo no pueden ser alcanzados según los encuestados y sus registros. Otro de los principios en peligro, es el planteamiento de alternativas y la posibilidad de cambios sobre la marcha (diferencia con el plan normativo). Por ende y como consecuencia se carece en este escenario de análisis de relación causal y de compromiso con el cambio. La acumulación causal se hace irrita y deviene en comportamientos incompresibles y un clima organizacional inestable (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución porcentual de la variable plan estratégico para la toma de decisión (ítems 14 al 21).



Fuente: cuadro 14.

Variable. Gerencia sintagmática asistencial y gestión óptima Hospitalaria.

A tales disposiciones la quinta variable estudiada corresponde al objetivo específico cinco, de proponer un modelo de “*gerencia sintagmática en servicios asistenciales para optimizar gestión en hospitales tipo III y IV del sector público venezolano*”. Desde esta variable se pretende proporcionar a las instituciones en estudio, un medio para mejorar la gerencia asistencial y la gestión hospitalaria.

Esta variable se midió a través de dos dimensiones a saber, información gerencial precisa y oportuna, y la efectividad gerencial, también se diseñaron cuatro indicadores para medirla; información precisa para la toma de decisión, desempeño de productividad asistencial, rendimiento hospitalario y eficacia hospitalaria.

La información encontrada se presenta en el cuadro 15, donde se describen las observaciones a través del ítem 22 que muestra una tendencia donde el 63,63% responde que algunas veces la alta gerencia fija pautas para informar a los servicios oportunamente sobre la gestión hospitalaria.

Cuadro 15. *Distribución de frecuencias correspondientes a la variable gerencia sintagmática y gestión óptima hospitalaria.*

Variable	Indicador	Ítems	A l t e r n a t i v a s									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Gerencia y Gestión Sintagmática hospitalaria	Información precisa para toma de decisión	22	0	0.00	1	9.09	7	63.63	3	27.27	0	0.00
	Estándar de productividad, Rendimiento y eficacia hospitalaria.	23	0	0.00	1	9.09	1	9.09	7	63.63	2	18.18
		24	0	0.00	0	0.00	3	27.27	6	54.54	2	18.18
		25	0	0.00	0	0.00	1	9.09	8	72.72	2	18.18
P r o m e d i o			-	0.00	-	4.54	-	27.27	-	54.54	-	13.63

Nota: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra

A través del ítem 23 se advierte que un 63,63% de los encuestados respondieron que casi nunca se establece una directriz para medir productividad hospitalaria, y un 54,54% responde que casi nunca (ítem 24) se establecen iniciativas de evaluación de rendimiento y un 72,72%

expreso que casi nunca (*ítem 25*), existen procedimientos para medir eficacia hospitalaria.

Se demuestra un estilo gerencial tipo *laissez-faire*, que se presenta como una constante desde el inicio del estudio y que para los jefes de servicios es una variable oponente al buen funcionamiento asistencial, que compromete el desempeño hospitalario y se corrobora en los resultados. Los encuestados señalaron en relación a los *ítems 22, 23, 24 y 25* que sus apreciaciones se mueven en la tendencia de algunas veces / casi nunca.

En este escenario, la alta gerencia determina las directrices del plan gerencial hospitalario, establece su imperativa ejecución en los servicios y limita a los jefes de servicios operativos sobre cualquier iniciativa de gestión, no se dispone de libertad de acción de acuerdo a las situaciones que se presentan en el entorno. Sin embargo en el *ítem 22*, se evidencio que 9,09% responde que casi siempre se fijan pautas para informar a los servicios.

De considerarse oportuna y valido el hallazgo habla en favor de lo que antes se presentó en el problema observado y descrito, al observar en la administración de hospitales un grupo de trabajadores que conocen y poseen información suficiente y otro grupo que no tiene ese beneficio (situaciones polarizantes).

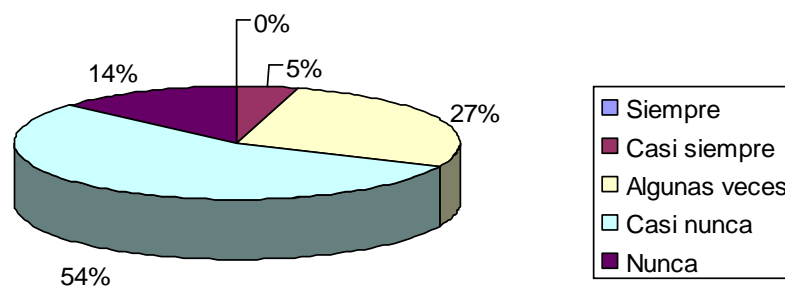
Esta tendencia a fijar pautas de información a los servicios, debe incrementarse con procedimientos y métodos de participación gerencial, que oriente hacia un estilo gerencial participativo que observe una distribución uniforme en la toma de decisión y evite el sesgo hacia alternativas que determinan tendencias hacia algunas veces y casi nunca.

Sin embargo *Requeijo*, (1994; p. 45), plantea que “este estilo de liderazgo basado en la toma unilateral de decisión, ya no es tan popular por la naturaleza de las organizaciones y de los trabajadores”. Lo que

evidencia de esta forma, es la necesidad de cambio dentro de la institución estudiada con carácter de urgencia e importancia.

Asumiendo que en un hospital tipo III y/o IV existen diversidad de profesionales y procesos que se deben cumplir en beneficio del paciente, es obvio pensar en principios de libertad y equidad que guíen la acción de los gerentes asistenciales en atención directa al paciente. Esta práctica se debe apoyar en el componente humano, estructural y organizativo con carácter de modo de atención para el paciente hospitalizado. En consecuencia respondería desde los disciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario.

El Grafico 5. Relación porcentual de los resultados de la variable gerencia sintagmática y gestión óptima hospitalaria (ítems 22 al 25).



Fuente: cuadro 15

Discusión e interpretación de resultados obtenidos.

Argumentación para la discusión de resultados

Los resultados observados al ser agrupados por variables, dimensiones para la variable e indicadores, permiten precisar un conjunto de hallazgos que muestran interés para la configuración de la gerencia sintagmática y los cuales se resumen a continuación en el cuadro 16.

Cuadro 16. *Resumen de observaciones agrupadas por variables e indicadores.*

Variable	Resultados de las mediciones
1. Proceso de gestión asistencial hospitalaria.	El 54,54% de los jefes de servicios respondieron que algunas veces poseen un perfil idóneo para el cargo que ocupa. Un 72,72% de los encuestados respondieron que siempre conocen las obligaciones del cargo. Un 36,36% algunas veces conoce de procedimientos generales para supervisión. Un 36,36% casi nunca posee conocimiento ni dominio de inventarios. Un 90,90% siempre administra en un ambiente de riesgo e incertidumbre.
2. Estilo de planificación asistencial	Un 45,45% casi siempre participa en la toma de decisión administrativa del hospital. Un 100% de los jefes de servicios siempre expresa que existe participación del personal bajo su cargo. 54,54% respondió que casi nunca utilizan un criterio particular de gerencia. Un 63,63% manifestó que algunas veces contribuyen con el diagnóstico situacional bajo análisis FODA.
3.-Proceso de Planificación Estratégica	El 45,45% expuso que algunas veces se prepara un plan estratégico. El 63,63% manifestó que casi nunca se fomenta el cambio organizacional. Un 45,45% expuso que siempre prevalece el pensamiento estratégico en su servicio. Un 100% siempre actúa con racionalidad administrativa.
4. Planificación estratégica para la toma de decisión	Un 100% de los encuestados siempre posee métodos para abordar problemas inherentes al personal. Un 72,72% expuso que casi nunca la alta gerencia posee una visión holística. Un 81,81% respondió que los problemas claves se discuten de forma conjunta servicio-gerencia hospitalario. Un 36,36% respondió que algunas veces la alta gerencia identifica y prioriza problemas. El 63,63% manifestó que algunas veces establecen comunicación activa con la alta gerencia. El 81,81% manifestó que algunas veces aplican estrategias para evitar problemas hospitalarios. El 54,54% expuso que conoce de procedimientos para evaluar gestión hospitalaria.
5. Gerencia sintagmática asistencial y gestión hospitalaria	El 63,63% refiere que algunas veces la alta gerencia fija pautas informativas sobre gestión. El 63,63% manifestó que casi nunca se mide productividad hospitalaria. El 54,54% expuso que casi nunca se evalúan rendimiento hospitalario. El 72,72% respondió que casi nunca existen procedimientos para medir eficacia hospitalaria.

Nota: tabulación obtenida de la encuesta.

Lo trascendente de este procedimiento, es que las afirmaciones califican al objeto de estudio por medio de una actitud que se puede

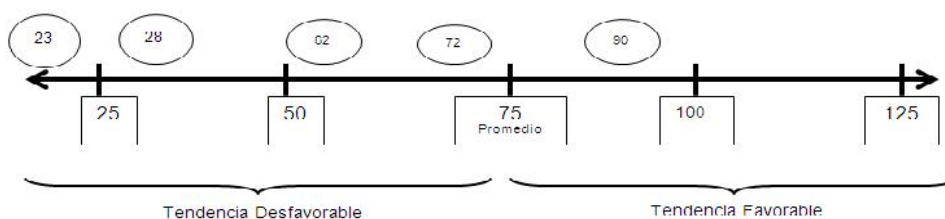
explorar, describir y medir. El objeto de actitud evaluable desde una percepción (actividad gerencial asistencial) se puede convertir en un resultado interpretativo, conclusivo y categorizable.

Los juicios de *ítems* expresan solo una relación lógica entre el encuestado y su opción de respuesta, traduciendo valor proporcional al sumar (propiedad aditiva), y expresando cuanto se está de acuerdo o en desacuerdo sobre una situación que también puede ser favorable o desfavorable.

Las puntuaciones utilizadas en el estudio se corresponden con las puntuaciones *Likert*, que representan un valor alcanzado respecto a cada frase registrada, por esta condición se destaca la escala como aditiva. También se puede obtener dos tipos de valores en la escala (un valor mínimo y un valor máximo). En el cuestionario utilizado por poseer 25 *ítems*, se pueden obtener dos límites, un rango menor de 25 (25 x1) y otro rango mayor de 125 (25x5), las cuales al ser llevadas a una representación lineal, muestran visualmente dos tendencias opuestas en los hallazgos antes descritos (ver esquema 4).

Entre los dos límites de la escala, se pueden ubicar dos tendencias derivadas de los encuestados ubicadas a los lados del promedio (75), que se denominaran desfavorable por debajo del promedio y favorable por encima del promedio.

Esquema 4. Representación lineal de la escala de puntuación Likert.



Opción	Escala Valor	Resultados de la encuesta
S	5	62
CS	4	28
AV	3	90
CN	2	72
N	1	23

Las puntuaciones observadas según la tendencia de los hallazgos, mostraron que la gerencia asistencial y la gestión hospitalaria en estudio se caracterizaron por una tendencia desfavorable para las opciones de respuesta, Siempre, Casi Siempre, Casi nunca y Nunca por ubicarse por debajo del promedio. Para la opción algunas veces se mostró una tendencia superior a la media (90 puntuaciones), que la ubica en la tendencia favorable.

Significado e interpretación de hallazgos para discusión

De acuerdo al enfoque anterior, se destacara para la discusión de los hallazgos el impacto de las variables e indicadores en el desarrollo del estudio. Los resultados obtenidos demuestran un comportamiento gerencial que coincide en teoría y práctica con la realidad estudiada evidenciando una tendencia desfavorable para la conducción hospitalaria expresada en sus indicadores cuantitativos.

La variable gestión asistencial hospitalaria constituye una característica esencial en los hospitales y que está presente desde el inicio del estudio, pues a través de su administración se atienden a los usuarios con los mayores problemas de salud de la población. En consecuencia la gestión asistencial es compleja ya que involucra aspectos de índole tan diferentes como experiencia médica, capacidad

técnica, actividades especializadas, diversidad tecnológica, equipos médicos de alta competencia, servicios de hotelería asociados a la estadía de los pacientes en el hospital, servicios de logística derivados del uso de medicamentos e infraestructura hospitalaria.

En lo esencial, los servicios derivados de la consulta externa se corresponden con las consultas especializadas. Los servicios intermedios generalmente son administrados bajo esquema centralizado de la institución hospitalaria para apoyar los servicios finales. Los servicios generales apoyan a los servicios finales e intermedios. Evidentemente el resultado integrado de actividades es denominado movimiento hospitalario por servicios. En el año 2011 el informe sobre memoria y cuenta del MPPS, reporto 17.606 camas-hospital funcionales con los siguientes indicadores de rendimiento:

- 39.000 días-hospitalización (<27,16 %)
- 815.000 admisiones (<11,16 %)
- 11.150 promedio de días-camas-ocupadas (<10,12%)
- 60 % porcentaje de ocupación en red hospitalaria (<16 ,90%)
- 29.000 Intervenciones quirúrgicas (<21,07%)
- 5.000.000 consultas externas (<32,92 %)
- 6.800.000 consultas de emergencia (<11,86%)
- 23.000.000 estudios radiológicos (<17,34%)
- 39.000.000 estudios de laboratorio (<9,18%)
- 490.000 estudios de anatomía patológica (<26,85%)

En cada nivel de atención intrahospitalaria se aplica la categorización de inventarios de recursos, planta física y equipamiento para la prestación de servicio asistencial. En base a ello, cada hospital adquiere su tipología. Cada actividad posee dimensiones cuantitativas medibles que permiten un mejor acercamiento si optamos por el enfoque multimétodo para interpretar los resultados obtenidos.

Con estas características se define el nivel de atención deficiente para los usuarios, denotando su complejidad al momento de evaluarse el desempeño por servicio prestado. Sin embargo para efectos de contabilidad de costos se debe responder a tres preguntas: ¿Qué se tiene en existencia como recursos y equipos? ¿Cuál es su papel en la organización y nivel de atención? ¿A qué servicios están dedicados?

La primera interrogante responde al estado de los recursos, y su inventario en cuanto a funcionamiento. Los recursos físicos como equipos médicos deben contabilizarse en sus horas realmente disponibles para actividades. Se debe descontar el tiempo en que permanecen en reparación o fuera de uso esperando reparación, o del tiempo programado para las horas de servicios en disponibilidad. La segunda pregunta está dirigida a la administración de recursos, la cantidad, tipo y ubicación, reflejando políticas de distribución racional y criterios sociales, epidemiológicos y económicos.

La última interrogante es la más conflictiva en el estudio, por estar regida por una normativa en el marco legal que define la estructura y reglamentación del sistema nacional de salud, por otra parte debe responder a la regionalización de los servicios para sectorizar a la población. En esta regionalización se identifican criterios de vías de comunicación, distancia, densidad poblacional, accidentes geográficos que se deben considerar al momento de ofrecer un servicio a la población y que afecta directa o indirectamente al servicio que lo programa.

De hecho un manejo eficiente y de calidad en los servicios hospitalarios redundaría en una mayor cobertura y una mayor calidad de prestaciones a la población. Existe amplia literatura en término de definiciones de eficiencia y calidad hospitalaria. La eficiencia se refiere a la buena utilización de los recursos hospitalarios disponibles, tales como camas-hospital, quirófanos operativos y recursos médicos. En este sentido, *Murray y Frenk* (2000; p.56) señalaron que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud y

este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos y que debe tomarse como eficiencia el grado con el que el sistema alcanza los objetivos propuestos.

Podríamos apuntar lo siguiente, con los resultados de los indicadores obtenidos (MPPS, 2011), con una población de 28.946.101 habitantes, sumado a la necesidad de 87.831 camas-hospital para atender a la población se puede entender como un 46,66% de la demanda queda sin cobertura para los servicios de tercer nivel de atención.

La calidad de los servicios asistenciales, por su parte, guardan relación con el nivel de atención médica que reciben los pacientes en cuanto a la capacidad efectiva que esta tienen de resolverles sus problemas de salud. En esta línea de pensamiento *Donabedian* (1982, p. 57) afirmo que la calidad de la atención médica se tiende a resumir como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.

Los investigadores *Luft y Hunt* (1986, p.34), sostienen que la definición de calidad se puede entender como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reducen la probabilidad de los resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”. De lo anterior se deduce que un buen desempeño de un sistema de salud hospitalario debe considerar los conceptos de eficiencia y calidad simultáneamente, pues es la única forma de entregar solución en forma adecuada a los problemas de salud de la población.

De acuerdo a la variable eficiencia hospitalaria y su expresión en la productividad, rendimiento y eficacia en el contexto de la gestión asistencial se miden principalmente por el aprovechamiento de la cama-hospital, constituyendo el recurso hospitalario básico (recurso nuclear). Por consiguiente el desempeño cuantitativo de la cama se expresa mediante los indicadores:

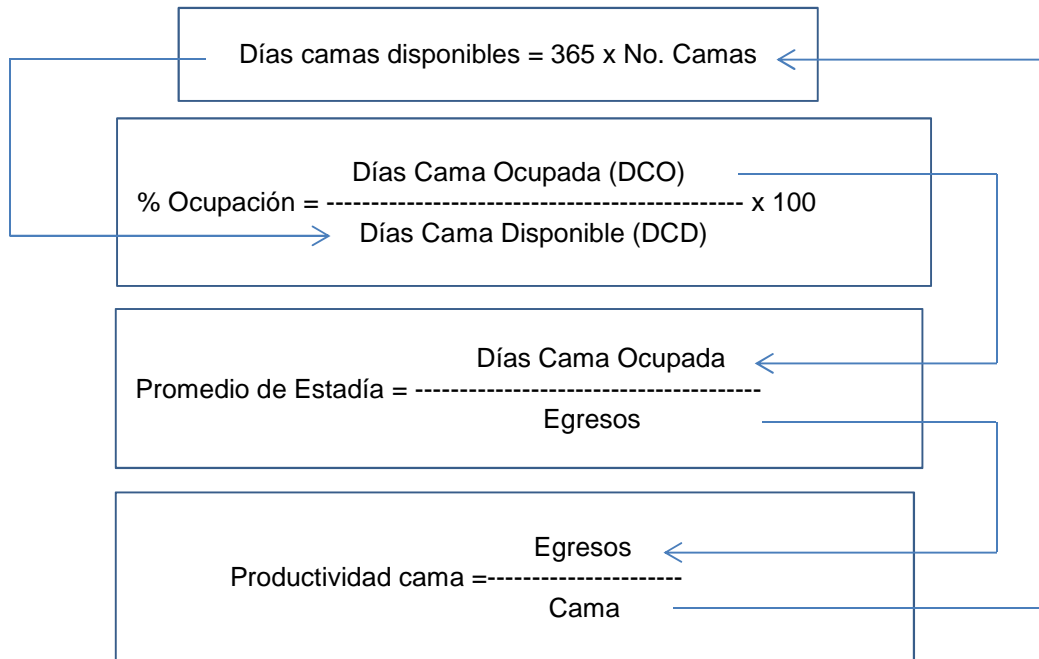
- Porcentaje de ocupación (% Ocupación).
- Promedio de estancia o intensidad de uso cama.
- Giro de cama.

Entre los indicadores que consideran la gestión asistencial, estilo gerencial, planificación estratégica hospitalaria, se encuentran los siguientes: días de estadía promedio y rotación de pacientes. La descripción debe hacerse en conjunto para acercarse a un juicio evaluativo sobre el desempeño de un servicio en el movimiento de pacientes. La lógica de estos indicadores transita en una relación de cambios permanentes cuya interpretación puede advertirse desde el punto de vista administrativo y de gestión. El siguiente esquema servirá para aclarar lo dicho y poner en perspectiva el devenir hospitalario.

Los indicadores cuantitativos y sus resultados se mueven en una dinámica dialéctica de valores que pueden ser interpretados de acuerdo criterios desde diferentes puntos de vista (médico, técnico, planificador y directivo). También se pueden advertir sus aciertos y desaciertos, permitiendo correcciones oportunas.

El esquema 5, explica como la productividad cama (indicador total) es el indicador final y depende del comportamiento de los otros indicadores y estos a su vez del funcionamiento de la cama-hospital (partes). El número de camas tiende casi siempre a ser constante en periodos cortos por ejemplo un mes o en correspondencia con un año fiscal. Para el estudio se consideró el concepto de camas instaladas para los servicios a pacientes o camas dentro de un servicio de hospitalización para uso regular en la prestación de un servicio asistencial durante las 24 horas.

Esquema 5. Interpretación gráfica de los indicadores de desempeño cama-hospital.



Nota: diseño propio de la investigación

Por lo tanto, en una institución o unidad de servicio la productividad hospitalario, depende del comportamiento del número de egresos y este a su vez de los días que permanece un paciente ocupando camas, lo que en última instancia estaría en una función de la gravedad de la enfermedad y/o complicaciones inherentes al proceso de enfermedad y de las políticas asistenciales de calidad (normas clínicas) ofertadas por la institución.

En general los cambios en productividad se explican, bien por variaciones en el porcentaje ocupacional de la cama, o bien por variaciones en el número de camas. Si tales variaciones ocurren, deben señalarse puesto que un aumento en el número de camas implica un cambio de tamaño del hospital, sea una apertura o un ampliación de un servicio, y con ello una inversión financiera, lo que no fue tan frecuente en los hospitales estudiados.

También puede ocurrir, aunque en menor frecuencia una reducción de un número significativo de camas, por ejemplo cerrar o reducir un servicio. Fluctuaciones periódicas en el número de camas induce a dudar del verdadero tamaño de un hospital y aun de un servicio o sala de hospitalización.

Puede afirmarse que los hospitales (tipo III y IV) evaluados donde se encuestó la muestra, poseían servicios con más de 20 camas/servicios para hospitalización y disponibilidad de 5 camas quirúrgicas. El desempeño medido para cada cama-hospital en el sector público según los cuadrantes de productividad y porcentaje de ocupación revelaron lo siguiente (ver esquema 6):

- Cuadrante Superior Derecho: un 27%
- Cuadrante Superior Izquierdo: 17%
- Cuadrante Inferior Derecho: 35%
- Cuadrante Inferior Izquierdo: 21%

Esquema 6. Desempeño cuantitativo de la cama hospital.

P R O D U C T I V I D A D	Alta	I. Cuadrante superior derecho (CSD) Desempeño Aceptable Aceptable para servicios público Uso tolerable de cama	II. Cuadrante superior izquierdo (CSI) Exceso de ocupación de camas Hospitalización innecesaria Cama improductiva Costos intolerables
	Baja	III. Cuadrante inferior derecho (CID) Estadía comprometida Variabilidad de enfermedad Bajo desempeño cama Perdidas de recursos Mala calidad del servicio	IV. Cuadrante inferior izquierdo (CII) Exceso de estadía y ocupación de camas (mala utilización) Distorsión de la demanda por camas Costos elevados cama
		Baja	Alta
% DE OCUPACION			

Visto de esta forma se observan las siguientes tendencias: una tendencia marcada en el CID, con estadía comprometida y bajo desempeño para la cama-hospital, un segundo grupo CSD con un 27% para un desempeño cama-hospital aceptable, una tercera agrupación con

21% en el CII y finalmente un cuarto grupo de hospitales con un 17% de desempeño productividad cama. Al sumar el CSI con el CID se observó un 52% de desempeño desfavorable de la cama hospital.

El conjunto de hospitales con bajo desempeño se interpreta como desviación de recursos asistenciales hacia actividades improductivas, financieramente ineficientes y desde el punto de vista contable representa un balance general de pérdidas. La conclusión es inequívoca, se trata de 45 hospitales tipo III y IV que aumentan la proporción de costos servicios con desempeño productivo bajo de cama. Esta situación puede empeorar si se hace extensivo este estudio al resto de los 300 hospitales públicos en Venezuela. De esta manera, también se compromete el rendimiento o efectividad gerencial del hospital conocido como productividad anual por cama y que se representa mediante la fórmula:

$$R = \frac{365 \text{ días}}{(\text{Promedio de estadía}) + (\text{Intervalo de sustitución cama})}$$

En efecto para la medición del rendimiento hospitalario (R), se establece el número de pacientes “producidos” y que pasan por cada cama disponible en servicio, durante un periodo determinado, casi siempre un año. Para un hospital general se ha establecido entre 25 y 30 salidas (egresos) por cama año. De esta forma se mide la utilización cama en el periodo estudiado. El índice de rendimiento disminuye a medida que aumenta la estancia del paciente y se alarga el intervalo de sustitución.

El entendimiento de este indicador en el contexto de la gerencia hospitalaria y sus índices asociados permite tomar decisiones administrativas para la utilización máxima de las camas en los servicios asistenciales. El índice de rendimiento, el promedio de estadía, el porcentaje de ocupación y el intervalo de sustitución, ubican el mejor grupo de indicadores para medir el comportamiento y utilización de la cama hospitalaria, ya que están vinculados a la oferta y la demanda,

generándose variaciones apreciables según sea el nivel de atención médica donde se determine.

A pesar de ello la interrelación y dependencia que existe entre ellos se demuestra en los valores registrados, negativos para el planteamiento del problema y oportunos para la propuesta de gerencia sintagmática, de forma tal que un porcentaje estimado de ocupación puede obtenerse con variar en más o menos el promedio de estadía. El grado de aprovechamiento de la cama representa entonces una buena medida en el índice de rotación de la misma. Por el contrario todo el tiempo que permanece desocupada una cama en los hospitales, no solamente conduce a la reducción del volumen de atenciones hospitalarias a la población, sino que también causa gastos económicos al establecimiento.

Partiendo del hecho práctico que una “cama ocupada” representa una inversión de un 100% del ingreso por servicio. En situación de “cama desocupada” se traduce como un 75% de gastos operativos improductivos, a excepción de alimentación y medicamentos (25%) el resto de los costos son imputables a la cama, aun no ocupada por pacientes. Es un ejemplo de cómo se asocian la inversión y gastos con la cama hospital. Partiendo de un hecho demostrado, si se llega a reducir en un día el tiempo promedio de estadía de los pacientes, la capacidad hospitalaria aumentaría un 13,6 % de su rendimiento.

Trasladando estos valores a escala nacional es probable que no fuese necesaria la construcción de nuevas estructuras hospitalarias, sino la adecuación de camas por hospital. Sería por lo tanto la respuesta a un grado máximo de utilización que se le estaría brindando al recurso cama. El objetivo final de la utilización de la cama en función del rendimiento y productividad está en el beneficio del mayor número posible de pacientes, no en mantenerla ocupada injustificadamente.

Un segundo recurso importante lo constituyen los pabellones quirúrgicos disponibles y su gestión se mide por el grado de utilización de estos. Pueden considerarse indicadores clásicos de gestión y eficiencia hospitalaria. Sin embargo a estos, se suman otros tipos de indicadores que son los llamados sistemas de clasificación de pacientes que ingresan a este servicio quirúrgico. Este sistema de clasificación de pacientes tiene por objetivo estimar de la mejor forma posible el uso de los recursos hospitalarios, logísticos y médicos con el propósito de controlar los costos de la gestión hospitalaria por paciente que requieren atención quirúrgica y médica o ambas.

Uno de los indicadores destacados es el correspondiente a los “días de estadía promedio”. Este indicador es señalado como el más importante dentro de los indicadores de eficiencia hospitalaria, pues mide la eficiencia desde el aspecto del aprovechamiento tanto del recurso cama, como de los recursos hospitalarios más escasos, como el de la agilidad de los servicios médicos otorgados al paciente, su uso inapropiado demuestra el impacto negativo como se ha descrito en la delimitación, formulación y sistematización del problema.

Una larga estadía promedio se asocia a una ineficiencia de la gestión hospitalaria. Sin embargo, es preciso tener en mente que estadías promedios bajas pueden deberse a altas prematuras de pacientes, lo que aumentaría la tasa de reingresos de pacientes que ya consultaron y fueron hospitalizados. En definitiva deteriora la gestión hospitalaria como un todo en una visión sistémica del proceso asistencial.

La relación entre egresos de pacientes y estadía de pacientes hospitalizados puede visualizarse mejor en su fórmula para el cálculo:

$$\text{Estadía promedio} = \frac{\text{Días cama utilizada en un periodo de tiempo}}{\text{Total de egresos de pacientes en ese periodo}}$$

La estadía promedio se define como el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado. También equivale a los días generados por cada paciente hospitalizado, de forma tal que también se puede calcular mediante las fórmulas:

$$\text{Promedio de estadía} = \frac{\text{Pacientes - días}}{\text{Egresos}}$$

$$\text{Promedio de estadía} = \frac{\text{Días hospitalización del periodo}}{\text{Número de egresos en el mismo periodo}}$$

En efecto se trata de un indicador específico con doble vía para su cálculo y su obtención por servicios es de gran utilidad para medir el desempeño asistencial. Su facilidad para obtenerse lo convierte en un disparador de decisiones en torno a la gestión asistencial para cama-hospital. También puede calcularse por enfermedades, demostrando mayor especificidad en su uso. Su utilización adquiere importancia en la medida que se le brinda esa mayor especificidad. Evalúa la utilización que se le vienen dando a la cama hospital, los días de hospitalización requeridos para atención por patología y los servicios de apoyo, diagnóstico o terapéuticos recibidos por servicio.

Otro componente vinculado directamente con este indicador está representado por el día cama utilizada por el periodo. Si este se toma en función de un año, su cálculo sería:

$$\text{Día cama} = 365 \text{ días} \times \text{número de camas del hospital}$$

A tal fin este indicador se obtiene multiplicando el total de camas disponibles, según sea la capacidad actual de cada hospital, por el número de días del periodo tomando en consideración periodos de 30 o 365 días. La cifra obtenida comúnmente es usada bajo la interpretación de días-camas-año, que significa camas disponibles para atención, utilizada en el capítulo para describir la situación problemática estudiada. Obsérvese toda una lógica asociada a su cálculo, interpretación y

significado para la gestión asistencial. También permite otros cálculos derivados a saber:

$$\text{Días cama ocupada (DCO)} = \frac{\text{Días camas de hospitalización}}{\text{Días del periodo}}$$

Días camas ocupadas por mil habitantes:

$$\frac{\text{Días cama ocupada}}{\text{Total de población}} \times 1000$$

El promedio de estadía es un indicador noble, como instrumento de productividad y eficacia se vincula directamente al número de pacientes admitidos y del tiempo que permanece hospitalizado, así como de la utilización que hacen del hospital sus usuarios.

El numerador de la fórmula para el cálculo del promedio de estadía representa los días de hospitalización o lo que podría interpretarse como los días camas ocupadas. Su valor agregado al servicio se refiere al total de días que pasaron los enfermos en el hospital ocupando camas en los servicios diferenciados por tipo de atención especializada. Para calcularse deben tomarse los días de hospitalización por paciente (paciente-día) y su información se recoge mediante el censo diario de pacientes. Es importante destacar estos “datos” para el momento de su análisis al final del periodo de rendición de resultados para afianzar las pautas presupuestarias del hospital.

Otra derivación importante para la estadía promedio de pacientes, es aquella que resulta en el total de días de cuidado que el hospital presta a cada paciente, desde su ingreso hasta la alta médica. Durante el planteamiento del problema se hizo especial énfasis en el desempeño de este indicador en los hospitales en estudio (tipo III y IV del sector público), también se demostró en los hallazgos la relación directa entre causa y efecto de la situación de ineficiencia hospitalaria actual. También

podemos establecer la asociación promedio de estadía y egreso de la siguiente manera:

$$\text{Egreso} = \frac{(\text{Número de camas}) \times (365) \times (\% \text{ de ocupación})}{(\text{Promedio de estadía}) + (\text{Intervalo de sustitución})}$$

$$\text{Rendimiento cama-año} = \frac{365 \text{ días}}{\text{Promedio de estadía} + \text{intervalo de sustitución}}$$

Es necesario precisar, antes de avanzar que los egresos y el promedio de estadía constituyen medidas sensibles de utilización para la cama, y sus cambios ocurren modificando el porcentaje de ocupación cama y la estadía del paciente. Por ello son parámetros de importancia al estudiar la productividad de los establecimientos hospitalarios.

Dicho de otro modo el egreso es la actividad del servicio final de hospitalización, representa en forma resumida un conjunto de tareas desempeñadas por la gestión asistencial del personal con los recursos del hospital. Importa y por muchas razones destacar el indicador “rotación cama” o giro de camas. La rotación cama se refiere al número promedio de personas que utilizan una cama durante un periodo de tiempo. Este indicador otorga una idea del uso que se está dando a los casos diagnosticados y tratados dentro de un hospital y se expresa de las formas siguientes:

$$\text{Rotación cama} = \frac{\text{Numero de egresos en un periodo de tiempo}}{\text{Número de camas del periodo}}$$

$$\text{Rotación cama} = \frac{\text{Total de admisiones en un periodo}}{\text{Promedio de camas en servicio}}$$

En este sentido se comprende que el índice de rotación cama se puede interpretar de la siguiente forma: *“a mayor rotación, mayor número de pacientes han utilizado las camas disponibles de un hospital”* y, por lo

tanto más eficiente ha sido el servicio en el aprovechamiento de sus camas disponibles. Además representa la producción por cada cama en un periodo determinado. Su administración permite establecer planes para una utilización máxima de las camas y aplicar una mejor distribución de las camas entre los servicios.

De este modo, este índice suele complementarse con el de intervalo de renovación cama, que expresa el tiempo entre el egreso de un paciente y el nuevo ingreso (admisión) que la ocupa.

Otro de los indicadores de interés para el estudio es el denominado "*tasa de utilización de pabellones*". Este indicador se relaciona directamente con el aprovechamiento de los pabellones quirúrgicos de un hospital, constituyendo también un recurso escaso por constantes condiciones que afectan su funcionamiento a través de los tiempos quirúrgicos para pacientes. Una premisa se destaca cuando se trata del servicio de quirófano como unidad resolutive quirúrgica. De esta dependen los planes de soluciones quirúrgicas electivas (programación quirúrgica semanal) y la disponibilidad para casos de emergencia. Su reducción afecta implícitamente ambos programas quirúrgicos.

En atención a la problemática expuesta, la productividad quirúrgica se mide mediante la fórmula:

Tasa de utilización de pabellones:

$$\frac{\text{Horas de pabellón utilizadas}}{\text{Horas de pabellón disponibles}}$$

También conviene examinar como los servicios quirúrgicos esenciales en la asistencia hospitalaria, varían en complejidad y el tiempo requerido para soluciones quirúrgicas, ya que en ellos se dispensa una variedad de servicios tan amplios, que sería difícil de interpretar si se hacen cálculos de productividad para cada clase de intervención quirúrgica. Lo que se usa en estos casos, es buscar un denominador común de los distintos tipos de intervenciones quirúrgicas, para que se

puedan representar todos los procedimientos quirúrgicos en una sola cifra de referencia.

Como servicio altamente especializado en cirugía de variado tipo, se puede tener referencias de estudios que permiten convertir las distintas clases de intervenciones, en un índice común, basándose en el tiempo empleado para cada tipo de intervención, conocidos como niveles quirúrgicos, a saber:

Nivel quirúrgico I. Intervenciones por debajo de 30 minutos.

Nivel quirúrgico II. Intervenciones igual a 60 minutos.

Nivel quirúrgico III. Intervenciones por encima de 60 minutos.

En estos niveles quirúrgicos, se consideran los pacientes sometidos al acto quirúrgico, sin poseer trastornos orgánicos, psicológicos o bioquímicos agregados al momento de la resolución quirúrgica propiamente dicha.

Desde una perspectiva general, se observó una tendencia a la programación de procedimientos quirúrgicos de nivel I y II (menor complejidad) con diferencias notables en la realización de 6 y 8 horas (intervenciones de mayor complejidad). Esta tendencia contrasta con el tiempo promedio de especialización y experiencia quirúrgica para hospitales tipo III y IV. Con este problema se confirma la existencia de subutilización de un recurso altamente calificado que está concentrado en la ejecución de las intervenciones menos complejas.

Nótese que en esta situación se establece la poca concordancia entre la capacitación profesional y la complejidad hospitalaria de una actividad. Se supone una especialidad con experiencia para casos difíciles y complejos como equivalente de calidad quirúrgica propia de hospitales tipo III y IV. Si este análisis se verifica en el resto de los hospitales y conserva igual tendencia se puede inferir el grado de subutilización de la capacidad instalada en Venezuela y su impacto en la demanda (improductividad quirúrgica), o baja productividad quirúrgica con

altos costos y bajo impacto, reflejando el resultado antes analizados en los cuadrantes de productividad y porcentaje de ocupación.

A juicio del investigador de esta tesis, no se trata de un problema presupuestario deficiente para los servicios, sino de redistribución de cargas de responsabilidades en servicios y adecuación de los recursos a las actividades propias. Si este análisis se complementa con la "improductividad cama", es menos probable alcanzar indicadores reales de productividad cama y quirúrgicos. Lo que sí está claro es que no se justifica una constante inversión financiera sin métodos de ajuste disciplinario, administrativo de los hospitales públicos.

En estas condiciones hablar de rendimiento hospital es cuestionable desde los propios indicadores y compromete la operatividad y las funciones esenciales del hospital como centro de alta capacidad resolutive, lo que nos ubica nuevamente en el objetivo cinco del estudio. No es suficiente que tenga servicios externos, de internación, centrales y administrativos sino que resulta indispensable que se conecte con la realidad gerencial y de gestión racional de recursos de tal manera que se pueda construir una teoría que fundamente la misión y visión de los hospitales públicos.

Dentro de estos valores acordados para niveles quirúrgicos, surgen los equivalentes, por ejemplo una amigdalotomía o herniorrafía equivale a un tiempo de 60 minutos (nivel quirúrgico II). También se derivan unidades de medida conocidas como tiempo útil para realizar un acto quirúrgico:

- (a) 2 horas por intervención mayor.
- (b) 1 hora por intervención en parto distócico.
- (c) Procedimientos electivos que requieren menos de una hora.
- (d) 1 hora por anestesia general.

De allí pues, que la disponibilidad quirúrgica representa un 25 a 30% del tiempo contratado para el cirujano, a efectos de cumplir con sus guardias y cualquier otra actividad dispuesta en su programación de trabajo médico (ver cuadro 17). La distribución porcentual de las horas quirófanos quedaría establecida por los siguientes referentes:

Cuadro 17. *Distribución de las horas y acto quirúrgico.*

Actividad quirúrgica	Distribución porcentual	Horas por acto quirúrgico	Tiempo promedio
Cirugía rutinaria	60 %	2,5	2,75
Alta cirugía	40 %	3	2 horas + 45 minutos

Fuente; Guía práctica de indicadores de gestión para establecimientos de salud, José García Servén, UCV, 1993.

A título indicativo, el tiempo para la adecuación y utilización de un quirófano y preparación para nueva intervención con limpieza total requiere de 3 horas. El tiempo racional de intervenciones que se deben efectuar, según el número de camas quirúrgicas se determina por la fórmula:

$$T_{th} = N \times (T + t) \times \frac{12}{T + t}$$

T_{th} = tiempo total en función de horas.

N = número de camas quirúrgicas

T = tiempo estimado por cada intervención (promedio).

t = tiempo de limpieza, reposición de material en ambiente quirúrgico.

12 = horas días reales de actividad quirúrgica.

Para el cálculo del número de intervenciones se utilizó la relación:

$$\text{Número de intervenciones} = \frac{th / ds}{hdr}$$

th = total horas

ds = días de la semana

hdr = horas días reales.

Se puede observar como el rendimiento y productividad de estos servicios responde a criterios de precisión, coordinación y control. Cualquier modificación en su esquema de trabajo altera todo el orden de los acontecimientos quirúrgicos.

La tasa de letalidad hospitalaria constituye sin duda un indicador de calidad de gestión hospitalaria y no contiene ninguna ambigüedad respecto de su definición clínica. El señalar que es uno de los indicadores más relevantes de calidad por tener claro que su estado, revela gravedad extrema y muerte (tasa de mortalidad) del paciente. La letalidad o mortalidad evitable es la que se atribuye a una mayor calidad de los servicios médicos investigados.

Las actividades relacionadas con la calidad de los servicios sanitarios asistenciales suelen dividirse en actividades de investigación como garantía teórico de calidad y en programas de acción, como garantía práctica de lo servido. Ambos operan sobre una base de datos cuantificables que permiten evaluar el nivel actual o de impacto potencial en una situación ideal de calidad de los servicios prestados y que deberían mejorarse en la medida que esa evaluación indique deficiencias, dejando por sentado que la calidad de la asistencia estará siempre influida por los recursos disponibles y por la adecuación entre y las necesidades de la población.

En lo relativo a la tasa de reingreso y de complicaciones, se traduce que un paciente reingresa a un hospital si tiene que ser hospitalizado de nuevo, con el mismo diagnóstico y poco tiempo después de finalizada una primera hospitalización. El periodo de tiempo entre una hospitalización y otra no está establecido exactamente pero se considera en general un mes.

La tasa de complicaciones también se utiliza para medir calidad técnica, si el paciente ingresa al hospital con una cierta dolencia, no debería adquirir otra por el hecho de estar hospitalizado (infecciones

intrahospitalarias). Las tasas con mayores polémicas están determinadas por la:

Tasa de mortalidad postoperatoria:

$$\frac{\text{Muertes post-operatorias}}{\text{Total de intervenciones}} \times 100$$

Tasa de mortalidad por anestesia:

$$\frac{\text{Número de muertes por anestesia}}{\text{Total de anestesia}} \times 100$$

Tasa de mortalidad por complicaciones obstétricas:

$$\frac{\text{Muertes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio}}{\text{Total de nacido vivos}} \times 1000$$

En resumidas cuentas, estos indicadores deben estar disponibles para medir gestión asistencial en servicios de hospitalización en los hospitales venezolanos. Además su disponibilidad hace que precisemos las variables intervinientes en su desempeño. Es importante precisar que la variable mortalidad hospitalaria es clave y por ende se debe utilizar la mortalidad total y no la evitable ya que la totalidad de muertes es una variable precisa y la más indicada a considerar.

Se quiere con ello significar que dos conceptos cubren estos indicadores (a) la suficiencia que nos indica si se ha hecho todo lo que se considera en la buena asistencia y (b) la eficiencia que nos indica si todo lo que se ha realizado era realmente necesario. Podemos deducir para el estudio dos nuevos indicadores de medición.

$$\text{Suficiencia} = \frac{\text{Criterios establecidos que se cumplen}}{\text{Todos los criterios que están establecidos en servicios}} \times 100$$

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Criterios establecidos que se cumplen}}{\text{Todos los criterios registrados en servicio}} \times 100$$

En atención a lo antes expuesto, tomemos un ejemplo, si una buena práctica diagnóstica en una enfermedad determinada se supone que consiste en administrar 10 criterios previamente establecidos por protocolo y la historia clínica muestra que se realizaron 12 criterios y 8 de estos están en los criterios aceptados para que se cumplan, la suficiencia de tal procedimiento diagnóstico es $(8 / 10 \times 100 = 80\%)$, y su eficiencia es de $(8 / 12 \times 100 = 67\%)$. Al interpretar este resultado cuantitativo se puede sugerir que a pesar de aplicar más de lo previamente establecido en el protocolo solo se alcanzaron estándares de 80% de suficiencia y 67% de eficiencia.

La suficiencia es una medida científico-técnica, mientras que la eficiencia es fundamentalmente medición de calidad. Ambos son componentes legítimos de un control de calidad y la asistencia prestada en servicios. Las variables y los indicadores enumerados sirven para evaluar el impacto en la gestión y gerencia de los servicios asistenciales visibles a través de los objetivos de investigación. Para la propuesta de gerencia sintagmática en servicios asistenciales para optimizar gestión en hospitales tipo III y IV del sector público venezolano, se utilizó el modelo de análisis teórico centrado en 4 estimaciones cuantitativas combinadas y luego se asociaron para efectos de evaluación de gestión asistencial hospitalaria. Estas estimaciones corresponden a:

- Estadía de pacientes en servicios de hospitalización.
- Rotación de cama.
- Tasa de utilización de pabellones quirúrgicos.
- Índice de mortalidad hospitalaria.

Cada uno contiene la variable dependiente correspondiente a cada indicador de gestión hospitalaria y fueron descritas en el capítulo I, a propósito de mostrar evidencias de la situación problemática. En conjunto son imágenes que capturan el desempeño de los hospitales en estudio mediante la representación de los datos proporcionados por los jefes de

servicios encuestados. Ser en consecuencia un gerente hospitalario demanda atención asistencial y oferta de servicios.

En atención a la situación problema expuesta, las variables de oferta de los hospitales consideradas fueron disponibilidad de camas y costo cama hospital. La disponibilidad de camas se incorpora de diferentes maneras: (a) camas disponibles totales por servicio, (b) camas disponibles per cápita y (c) camas disponibles promedio desagregado según grado de complejidad de los hospitales. Estas variables representan el cálculo asignado a un número promedio de camas por servicios a los diferentes tipos de hospitales e indicaría cuantas camas disponibles se tendrían en hospitales tipo III y IV en el estudio.

La idea detrás de estas variables es establecer si la gestión hospitalaria considerada en este estudio varía de acuerdo a la complejidad de los hospitales. Los resultados arrojados indican que no existe tal variabilidad sino que se evidencia un funcionamiento inherente a los servicios deficientes por carencias en la dotación mantenidas y presupuestos insuficientes, en contraposición la necesidad por demanda de servicios crece a un ritmo acelerado y la atención se ofrece en las mismas condiciones de hace dos décadas atrás.

La prestación del servicio al usuario en cuanto a camas hospital, incluye la atención o día-cama-hospitalización, generación de otros servicios tales como diagnóstico, terapéutico, apoyo logístico, quirúrgicos y de hotelería. Si el caso lo requiere atención obstétrica, o ramas de especialidades funcionales.

El costo por cama en un centro de salud resulta de sumar la nómina del personal (médicos, paramédicos, obreros, cocineros y de mantenimiento), los gastos de servicios (agua, electricidad y aseo) y la alimentación e insumos básicos. La suma se divide entre el número de camas activas que posee la institución.

Por otra parte el médico director del Hospital José Gregorio Hernández de Los Magallanes de Catia (hospital tipo IV), explica que la diferencia en los costos cama obedece a "burocratismo" y excesiva cantidad personal incluido en las nóminas de los centros de salud públicos. El 89 % del presupuesto del hospital se imputa a la nómina de personal. Se puede agregar que el centro asistencial dispone de una estructura de personal que tienen tres o cuatro años sin laboral por incapacidad pero siguen obteniendo regularmente su remuneración debido a que no han recibido la incapacidad total por parte del Ministerio de Salud.

Esta situación se traslada hasta el personal médico. Se contrata personal médico suplente que no goza de los beneficios de ley del trabajo y permanece hasta cuatro o cinco años en esa situación contractual. Entre 24% y 28% del personal que trabaja en Los Magallanes de Catia adopta esta figura administrativa. Paradójicamente en la nómina del Hospital José Gregorio Hernández aparece reflejado un exceso de personal médico, paramédico y obrero, éste refleja un gran déficit de personal que supera el 40%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que un centro médico (hospital tipo III y IV) debe mantener un estándar en hospitalización de una enfermera por cada cuatro camas hospital y en terapia intensiva la relación es dos por paciente. Al momento del estudio se pudo registrar que en Los Magallanes de Catia el promedio refleja una enfermera por cada seis camas en hospitalización y una enfermera por cada tres camas en terapia intensiva.

En dicho contexto hospitalario, los costos también desempeñan un papel importante en el proceso de toma de decisiones para la gerencia y gestión asistencial y aunque los factores económicos no son el principal criterio en la selección de una alternativa, deben ser parte de la evaluación de los resultados obtenidos en el proceso clínico.

La determinación del costo de cualquier acción asistencial depende del propósito o del fin que se ha definido para su determinación. Es así como la información cuantitativa sobre costos, que debe incluirse en una decisión hospitalaria, en el contexto de salud puede variar según la perspectiva en que se realice el análisis y los objetivos específicos establecidos por cada institución de salud, por ejemplo, Ministerio de Salud (Minsalud), hospitales, servicios clínicos. En síntesis, el costo servicio, aun representa uno de los elementos relevantes en los procesos de planificación, control y toma de decisiones hospitalaria, pero también puede dar lugar a diferentes interpretaciones. Por ello es importante precisar y contextualizar su definición.

Se entiende en este estudio por costo en general, la suma de erogaciones en que se incurre para la adquisición o producción de un bien o servicio, con la intención de que genere beneficios en el futuro en la población, por ejemplo son bienes para la generación de servicios, la infraestructura de un hospital, equipamiento, medicamentos, sueldos de los profesionales de la salud, insumos médicos, entre otros.

En cambio el gasto representa la porción del activo o el desembolso de efectivo que ha contribuido al esfuerzo productivo de un período, que comparado con los ingresos que generó da por resultado la utilidad o pérdida del período. Por ejemplo, los sueldos del personal improductivo del hospital, la suma de los recursos sacrificados en pro de la atención de un paciente egresado provenientes de otros servicios distinto al de origen entre otros.

Merece especial interés las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que son los centros de producción que concentran procesos clínicos complejos de alto costo financiero, reducido a un número menor de pacientes pero con gran exposición a desenlaces fatales o secuelas invalidantes. Es de amplio interés la identificación de los datos y metodologías para medir y analizar los beneficios y costos de las

diferentes prestaciones o contratación de servicios que allí se realizan, teniendo en cuenta las diferencias económicas y socioculturales.

Cada institución hospitalaria debería disponer de esta información, sin embargo un 40% de los 45 hospitales visitado no cumplió con este requisito o su data era inexacta. Por ello se planificó para que en la propuesta se considere la importancia de un estudio prospectivo que involucre la identificación, medición y valoración de los costos financieros reales incurridos en las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales públicos venezolanos.

Se hace necesario generar instrumentos uniformes de medición de costos, homologarlos y aplicarlos en distintas servicios asistenciales incluidas las Unidades de Cuidados Intensivos y publicar sus resultados. La gestión debe permitir procesos de comparación, aprendizaje, y mejoramiento continuo entre las distintas unidades a nivel del país.

CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas mediante el desarrollo de la investigación están dirigidas a establecer la situación actual de la realidad estudiada. Desde este punto de vista, la Gerencia Hospitalaria pública está experimentando nuevas formas de impulso por diferentes factores y actores sociales, entre ellos la participación de los investigadores en salud para lograr propuestas enmarcadas en modelos operativos, administrativos, de gestión y gerenciales que evolucionen a la par de los contextos globalizados.

En síntesis, se ha puesto de manifiesto la necesidad de nuevos enfoques y paradigmas explicativos referentes a cambios en las instituciones hospitalarias y en la forma de gerencial la prestación de servicios asistenciales o especializados, con los cuales se busca mejorar la gestión integral asistencial hospitalaria, cuya finalidad última es afrontar los desafíos y oportunidades que estos cambios generan.

No obstante la importancia de los hallazgos, la investigación tiene como propósito la presentación de un modelo de gerencia sintagmática transformadora para optimizar la gestión asistencial integral en hospitales venezolanos tipo III y IV y así poder competir para entrar en la concepción de administración postmoderna de hospitales.

En cuanto al objetivo uno, diagnosticar el modelo de gestión asistencial que predomina en los hospitales venezolanos tipo III y IV, se concluyó que los jefes de servicios de las distintas áreas asistenciales, demostraron niveles de efectividad adecuados acorde a los estándares de atención al paciente en términos de preparación para el cargo y capacitación derivadas del talento humano, obtenidos de los resultados de la investigación a través del cuestionario y medición de variables e indicadores.

Por niveles de efectividad asistencial se describen los logros en términos de actividades asistenciales presentados por los jefes de servicios cuya medición mediante la variable proceso de gestión asistencial evidencio que en un 52,12% siempre y casi siempre conocen del modelo administrativo para gestionar recursos, insumos y equipos en función de logros trimestrales.

Por lo demás manifestaron, hacer uso de diversos insumos para la ejecución permanente de procedimientos médicos y administrativos en pacientes hospitalizados, asumiendo un rendimiento de algunas veces de hasta un 25,45%. Para obtener mejores indicadores orientados a la efectividad-servicio asistencial destacaron con precisión las causas del bajo rendimiento y productividad cama-servicio.

Al sumar estos valores de siempre, casi siempre y algunas veces para la variable “desempeño del proceso de gestión asistencial” obtenemos un registro del 77,57%, lo que hace ver un “uso adecuado y efectivo para la administración de servicios asistenciales desde el punto de vista profesional y médico”. En contraposición siempre se señaló y reconoció los niveles de baja productividad de los servicios asistenciales, todo ello en términos de deficiente adecuación de los recursos, insumos e inventarios para cumplir con el acto asistencial del usuario hospitalizado.

La productividad fue entendida como el grado en que se utilizan los recursos para obtener el mayor número de resultados, para otros, la relación existente entre la cantidad de servicios obtenidos en un proceso determinado de tiempo y la cantidad de insumos que fueron consumidos y gastados para el logro de la acción asistencial. Todas estas consideraciones son de carácter sustancial, ya que son jefes de servicios que demostraron su capacidad potenciadora y gerencial al mostrar interés y conocimiento sobre conceptos gerenciales que agregan valor al acto asistencial.

Sin embargo concluimos que al considerar que en un servicio asistencial ingresan y egresan pacientes con diversas patologías y grados de atención, niveles como los registrados pueden considerarse como baja productividad asistencial por servicio según los siguientes indicadores;

- (a) Promedio de estancia por superior a 15 días.
- (b) Índice de hospitalización igual o menor a 45%.
- (c) Egresos-año por servicio de un 11%.

Visto de esta forma, al comparar los valores obtenidos con las normas para establecimientos de salud (hospitales III y IV) del subsector público venezolano, avalado por el MPPS, decreto en G.O. 32.650 del 21-01-83, que recomienda para estos servicios estándares comprendidos en promedio de estancia entre 3-5 días; índices de hospitalización con porcentajes de ocupación igual o superior al 90% y egresos por servicios de hasta un 36 egresos cama-año por servicio, se llega a la conclusión de un perfil gerencial enmarcado en la subutilización en los servicios del recurso nuclear cama-hospital, duplicando y hasta triplicando la falta de aprovechamiento de los recursos especializados, con un servicio de alto costo, bajo rendimiento, y bajo impacto en la población (ineficiente).

En este sentido, se afirma la existencia de una deficiente relación causa-efecto aplicada a los recursos utilizados por los jefes de servicios. La exigencia deseable es ser más productivo en la misma unidad de tiempo y producir mayor volumen de servicio, por ejemplo egresos por cama-año, tratamientos aplicados por patología diagnosticada y consultas hora-medico. Esta causalidad intraservicio está señalada por la efectividad y eficiencia alcanzable.

Es un hecho demostrado que los jefes de servicios poseen un perfil idóneo para el cargo, conocen sus obligaciones y administran en ambientes de riesgo e incertidumbre permanente. Su preocupación constante es consecuencia directa y expresa de desmotivación y praxis

gerencial encontrada, en especial porque los jefes de servicios no conocen los procedimientos de supervisión para los procesos de márgenes de seguridad y equipamiento, ni los criterios de cantidades óptimas de materiales médico quirúrgicos, ni dominan la teoría de administración de inventarios hospitalarios.

El análisis de resultados del primer objetivo además permitió concluir, que no se está cumpliendo con patrones para administrar racionalmente recursos disponibles de diversa variedad para tomar decisiones con fines asistenciales (imperan decisiones erráticas y a destiempo). Se impone una gestión administrativa óptima en los servicios, apoyada en la buena disposición de los jefes de servicios para aprender sobre temas no clínicos, que repercuten positivamente sobre el proceso de gestión asistencial integral del paciente y su repercusión importante en el plano operativo.

Por consiguiente, esto implica que las funciones administrativas de planificación, organización, dirección, ejecución y control siguen siendo bien entendidas en los servicios pero mal encaminadas por la alta gerencia, contrastando con el logro de objetivos hospitalarios.

Con relación al objetivo número dos, caracterizar el estilo de planificación del director médico para situaciones asistenciales se precisó como práctica asistencial, un estilo planificador donde predomina el estilo autocrático, y en algunas circunstancias se asume una mezcla de estilos conocidos (autocrático, participativo, *laissez faire*). No existe una forma única de liderazgo planificador, ni una disposición para elaborar una guía de acción, mucho menos para diseñar planes por la alta gerencia, acentuando así, la ineficiencia en servicios asistenciales, carencia de estrategias gerenciales para planes de abastecimientos de insumos y ausencia de gestión integral asistencial y hospitalaria.

Estos estilos propician entre los miembros de la organización una fuerte adhesión a las rutinas y procedimientos de atención incompletos; en consecuencia no se privilegia las acciones de cambio e innovación organizativa y se favorece el desperdicio por acto asistencial.

Esta situación genera bajos estándares de rendimiento asistencial por servicios y niveles de productividad hospitalaria por debajo del 47,25%, al registrarse valores en los encuestados para la primera variable en estudio (proceso de gestión asistencial), los cuales según normas internacionales establecidas por la Organización Mundial de la salud (OMS), estarían por debajo de estándares aceptables del 90% o superior. Esta es una tendencia alejada de los objetivos organizacionales. Partiendo de un señalamiento clave “la necesidad de un liderazgo planificador asistencial transformacional” (segundo principio de la propuesta de gerencia sintagmática).

De igual forma, en relación al tercer objetivo, identificar el proceso de planificación en situaciones de contingencia en hospitales, se concluyó que el proceso de planificación estratégico se desenvuelve entre dos tendencias opuestas; una que se inclina por ausencia de un plan estratégico para la gestión hospitalaria global; y otra tendencia que combina comportamientos desmotivadores y carencia de disposición para el cambio entre los jefes de servicios. Falta de dirección estratégica y desmotivación laboral son factores críticos que aumentan la tendencia hacia el fracaso en esta organización hospitalaria.

Entre ambas posiciones, todos los jefes de servicios coincidieron en manifestar que siempre actúan con criterio racional con los recursos disponibles. Estos desacuerdos de opinión manifiesta, pone en evidencia la necesidad de encontrar un lugar común para acercar el proceso de planificación estratégico al plan estratégico en un modelo de gestión asistencial único que beneficie a los pacientes, resulte de menor coste para el hospital y sea efectivo.

La potencial disposición por parte de los jefes de servicios a pensar estratégicamente, (fortalece el primer objetivo específico), en ausencia de un plan estratégico terminaría en hacer eficiente la gerencia hospitalaria si se fortalece el segundo componente de esta conclusión (proceso de planificación estratégica).

Por tal razón la legislación hospitalaria vigente en el país, en el marco de nuevas políticas gubernamentales, exige de sus investigadores propuestas concretas para mejorar la prestación de servicios asistenciales de salud con oportunidad, accesibilidad, disponibilidad, calidad técnica y calidez humana que llene las necesidades requeridas por las comunidades en cuanto a la atención hospitalaria.

En lo que respecta al objetivo específico cuatro, referido a determinar la concepción de planificación estratégica en situaciones problemáticas de largo plazo en hospitales, se pudo concluir que las situaciones críticas siempre se identifican y conocen, pero no se dispone de una visión holística (influencia en el todo) e integrar (coordinación con servicios) para un abordaje por parte de jefes de servicios y la gerencia hospitalaria. Tampoco se establece comunicación efectiva servicio-dirección cuando se trata de una planificación a largo plazo.

La totalidad de los jefes de servicios manifestaron su disposición para conocer sobre métodos de abordaje de problemas vinculantes a la administración de personal. Requieren de una comprensión holística del proceso asistencial hospitalaria y ameritan de "herramientas gerenciales" que les ofrezcan lineamientos para la administración conjunta de situaciones servicio-gestión-gerencia asistencial (gestión orientada por resultados y continuidad asistencial).

Para precipitar estas condiciones desfavorables no se evidenciaron estrategias claras de discusión ni mucho menos para la resolución de problemas y se carece de monitoreo especializado de planes. También aprecian la buena preparación en situaciones de contingencias como una

oportunidad para que los jefes de servicios. Muestran disponibilidad y motivación por métodos para abordar problemas (ver objetivo 4), por conocer sobre planificación estratégica (ver objetivo 3) y además de poder interpretar los criterios de inventarios asistenciales (ver objetivo 1).

El objetivo específico cinco, se planteó con miras a una solución viable y visible en la propuesta como un “modelo de gerencia sintagmática transformacional acompañado de una gestión asistencial integral. El objetivo permite concluir que están dadas las condiciones para establecer un modelo de gerencia con criterios de eficiencia asistencial, productividad hospitalaria, liderazgo conductivo-aprehensivo, planificación centrado en resultados a largo plazo y gerencia con actores directivos con pensamiento integrador, que logren permanecer en el cargo más allá de la decisión política que hoy condiciona a un director médico a una permanencia de hasta ocho meses en promedio para el cargo de dirección médica, tiempo en el cual no se establece relaciones gerenciales idóneas.

Resumiendo los argumentos expuestos indican la prioridad de reglas comunicacionales claras entre dirección-servicio para alcanzar metas anuales ajustadas por servicios. En atención a estas conclusiones, y en un esfuerzo por mejorar los aspectos gerenciales se muestra la propuesta de utilidad y comprensión gerencial, como espacio y medio para contribuir en la adecuada prestación del servicio hospitalario, con adecuación de los recursos monetarios y preparación del talento humano.

Las conclusiones, así como los hallazgos de los encuestados sostienen las bases para la formulación de la Propuesta de Gerencia Sintagmática transformacional para optimizar la Gestión Asistencial integral en los hospitales venezolanos proyectada para el quinquenio 2015-2019.

RECOMENDACIONES

Con base a los objetivos y conclusiones de la investigación, se puntualizan las siguientes sugerencias;

Para adecuar y mejorar el objetivo número uno se recomienda, propiciar por parte de la alta gerencia un conocimiento permanente para los jefes de servicios sobre procedimientos generales de supervisión de personal y de inventarios hospitalarios para crear un ambiente de trabajo óptimo a todos los trabajadores y que alcancen niveles de operatividad departamental y servicios asistenciales continuos. Reconsiderar la capacitación oportuna sobre dominio de inventarios, manejo de márgenes de seguridad en inventarios y flujos de inventarios (estandarización de procesos asistenciales).

Con el propósito de optimizar el objetivo específico número dos, se recomienda, mantener un estilo gerencial que fluctúe entre lo racional y lo ideal de acuerdo a la situación planteada por servicio asistencial al momento de decidir. Asimismo, ampliar el quehacer asistencial basado en un equipo de trabajo multidisciplinario y de liderazgo horizontal.

Respecto al objetivo específico tres, se sugiere, subrayar el rol del hospital en el modelo de atención al usuario cuya contribución sea concordante con el modelo asistencial y la resolución de problemas en base a su nivel de complejidad y especialidades sin desviarse de una atención abierta para la demanda. Inducir el proceso de cambio y modernización de la gestión hospitalaria así como la disposición inicial de inversión.

Realizar capacitación continua sobre Planificación Estratégica a largo plazo y con especial énfasis en planificación operativa con sus variantes; (a) programación de actividades asistenciales y, (b) estimación de presupuestos-programas en correspondencia con las necesidades de

la institución y las demandas de las comunidades a la cuales se le presta el servicio (gerencia bajo principio de sinergia).

Para mejorar el objetivo específico cuatro, se recomienda, jerarquizar la revisión constantemente las metas y objetivos trazados para la productividad hospitalaria en forma conjunta con los jefes de servicios, trabajadores y gerencia hospitalaria. Iniciar los correctivos a tiempo si los hubiere y determinar el plan anual a cumplir con los recursos asignados.

Ejercitar la evaluación permanente de los servicios asistenciales con estándares internacionales y nacionales conocidos, estableciendo aquellos indicadores de desempeño mínimo para el primer año de la vigencia de la propuesta gerencial sintagmática, así como contrastar protocolos de actuación asistencial y medición de indicadores asistenciales de productividad hospitalaria, fáciles de implementar e interpretación idónea. Mantener motivados a los trabajadores con capacitación permanente, así como disponer de flexibilidad cuando la situación humana requiera de concesiones para los servicios (gerencia humana).

Por lo demás, para poder alcanzar el objetivo específico número cinco, se recomienda, considerar un equipo directivo como líder transformador, que se mueva entre la rutina y las constantes contingencias, a la vez que comprenda la complejidad del presente y la coyuntura hacia el largo plazo.

Realizar cursos, talleres y planes de capacitación con enfoque gerencial que forme parte de un programa institucional, centrado en liderazgo con diagnóstico situacional, estándares de productividad, rendimiento asistencial y herramientas administrativas para tomar decisiones orientadas al logro de la finalidad y lineamientos de la propuesta. El modelo incluye la concepción de gerencia sintagmática y optimización de gestión asistencial descrito en el capítulo II del estudio.

Al respecto es necesario establecer en este estudio una praxis hospitalaria sintagmática. Podríamos resumir que se trata de una propuesta de rediseño de los procesos asistenciales esenciales y medulares así como del modelo de atención hospitalaria pensada para un usuario cada vez más informado.

CAPITULO V

LA PROPUESTA

Modelo de Gerencia Sintagmática en Servicios Asistenciales para optimizar la gestión en Hospitales del Sector Público Venezolano tipo III y IV, durante el periodo 2015-2020

Introducción de la propuesta

En atención a la problemática expuesta en capítulos anteriores se ofrece una solución viable a los problemas asistenciales estudiados respondiendo a necesidades organizacionales con actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí. Con el modelo de propuesta se pretende dar respuesta a través de las siguientes preguntas; ¿Qué contiene la propuesta? ¿A qué hace referencia la propuesta? ¿Cuál es la estructura de la propuesta? ¿Qué fases integran la propuesta?

Sin embargo también persigue impulsar las acciones de cambio dirigidas a configurar un gerente transformador, preparado con liderazgo creativo, reflexivo en correspondencia a los nuevos tiempos y que fortalezca el dominio personal permitiendo la construcción de visiones compartidas y sobretodo que propicie participación entre su personal.

La propuesta de Gerencia Sintagmática en Servicios asistenciales para optimizar la Gestión Asistencial en Hospitales venezolanos tipo III y IV contempla; (a) Introducción de la propuesta; (b) Objetivos de la propuesta; (c) Fundamentación de la propuesta; (d) Modelos que apoyan y explican la propuestas desarrollados en el capítulo II; (e) Diseño metodológico de la propuesta; (f) Actividades estratégicas de la propuesta; (g) Fases de implementación de la propuesta; (h) Recursos para la ejecución, y (i) Análisis de factibilidad de la propuesta.

Además de describir los componentes de la propuesta la concepción original para el estudio de gerencia sintagmática asistencial se orienta hacia una práctica organizacional sustentable en una realidad dispuesta a atender lo humano, lo existencial, lo sanitario, lo organizativo en los

establecimientos de salud del nivel terciario de asistencia hospitalaria, asumiendo el modo de vida de las personas, acercando la complejidad tecnológica al usuario, comprendiendo los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad, identificando los factores de riesgos para la salud, interpretar el modo de enfermar, categorizar la morbi-mortalidad aguda y crónica, entender el sentido del espectro de enfermedades y el estilo de vida de la población.

Por tanto está centrada en el usuario del servicio asistencial. Se trata de un constructo integrado para responder inter y transdisciplinariamente los problemas de salud-enfermedad-asistencia de la población, en una nueva alternativa de solución.

El sintagma es considerado en este estudio para la propuesta como una postura epistémica y metodológico que trata de presentar un nuevo enfoque de pensamiento gerencial en el cual se integran los diferentes paradigmas científicos en el campo de la administración hospitalaria. El sintagma es ofrecido como un modelo representacional constitutivo de tres criterios; (a) Núcleo sintagmático centrado en el usuario (NS); (b) Comprensión sintagmática por parte de los gerentes, administradores asistenciales (CS) y, (c) Explicación sintagmática que se pueda ofrecer para mejorar el desempeño de los procesos asistenciales (ES).

Retomando la importancia de un proyecto factible, la propuesta de gerencia sintagmática se corresponde con un trabajo especial de Grado. Tiene un propósito de utilización inmediata, y consiste en la investigación, elaboración, desarrollo y la ejecución de una propuesta gerencial hospitalaria. En este sentido, la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011) ofrece una definición sobre un proyecto factible que se adoptara en la propuesta y se expresa como un estudio "que consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales".

En virtud de la definición en muchos casos el interés relevante se orienta hacia un cambio del modelo actual por uno que contemple nuevas opciones de atención sin perder la esencia de la organización hospitalaria, pero si reformulando la gerencia hospitalaria desde los servicios para responder sistemáticamente a la demanda cíclica de servicios de salud especializados, como exigencia de una organización dinámica en continua evolución.

Por consiguiente el componente operativo de la propuesta, se centra en las actividades integradores de la gerencia y los procesos asistenciales cuyas obligaciones responden a la planificación, organización, dirección, tamaño de la organización, tipo de atención, técnicas asistenciales, procesos administrativos y gestión de la demanda poblacional (usuario de servicios hospitalarios).

Tal como se ha señalado, el discurso y pensamiento gerencial emergente será un esfuerzo académico que aspira fortalecer el desempeño y rendimiento operativo extendido a la infraestructura de los trescientos (300), hospitales censados por el MPPS y adscritos al sector público de salud. Esta discusión hoy se requiere entre los doctorandos y otros ámbitos, de forma que puedan pasar por el tamiz del pensamiento gerencial como propuesta factible.

La propuesta sobre gerencia sintagmática asistencial está referida a la formulación de un “modelo sintagmático transformador de gestión hospitalaria” con filosofía gerencial, incluyendo programas, tecnologías, métodos y procesos, que sólo tienen sentido en el ámbito de sus necesidades detectadas en los capítulos I, III y IV de la investigación ejecutada. Al mismo tiempo, ofrece la oportunidad de incorporar un modelo de gestión asistencial integral con un efecto de realimentación con base a las experiencias de otros hospitales (benchmarking hospitalario).

Sobre la validez más allá de ser considerado el *benchmarking* como una moda gerencial, puede ser una herramienta de gran utilidad en la gestión de los servicios de salud, al permitir que cualquier organización establezca un proceso continuo de análisis y comparación de procesos.

De esta forma, es una herramienta para los jefes de servicios asistenciales de ayuda en la toma de decisiones y en la planificación estratégica de las organizaciones de salud y, como tal, está integrado en el modelo de la Fundación Europea para Gestión de la Calidad (EFQM).

Uno de los problemas que nos podemos encontrar para su utilización es que las comparaciones no sean posibles al no encontrar disponible información de otros centros hospitalarios de características similares. Por esta razón, en un estudio en España (2006), publicado en la Revista de Calidad Asistencial, Volumen 26, Numero 05, Septiembre 2011-Octubre 2011, se constituyó una red de *benchmarking* entre 7 hospitales públicos, generales, dotados de servicio de urgencias, con dotación similar entre 200 y 450 camas, pertenecientes a 7 comunidades autónomas.

Entre los primeros objetivos del trabajo de la Red Hospitalaria figuraba realizar actividades de *benchmarking* en los procesos asistenciales. Para llevarlo a cabo fue necesario, en primer lugar, identificar el modelo del cual aprender (modelo *benchmark*), vale decir, el que obtiene mejores resultados en el proceso de atención para comparar.

Como resultado se obtuvo lo que se denomina *benchmarking* cuantitativo. El siguiente paso, tras la identificación del *benchmark*, se orientó hacia la identificación sobre las mejores prácticas hospitalarias que producen mejores resultados, siendo consecuentemente considerada la mejor práctica entre todas y se denominaría *benchmarking* cualitativo. Previamente, se debe asegurar la comparabilidad entre la organización hospitalaria propia y el *benchmark* con respecto al proceso asistencial objeto de comparación. El elemento que nos permite analizar esta

comparabilidad es la *homotecia* (grado en el que una misma transformación produce resultados similares en distintas organizaciones).

Tras la fase inicial de formación y evaluación de dos procesos, se decidió abordar el proceso de urgencias. A pesar de que las sociedades médicas y científicas tienen propuestas de indicadores generales, no se han realizado muchas actividades de *benchmarking* con el proceso de emergencias y urgencias en general.

Por el contrario si se dispone de ejemplos recientes de trabajos multicéntricos de este tipo especialmente en el sector privado de atención hospitalaria y de otras experiencias en servicios públicos, centrados en la atención a enfermedades concretas atendidas en urgencia, especialmente medidos en términos de tiempos de espera para exploraciones radiológicas en urgencias e incluso desempeños que se plantean para mejorar la estancia de los pacientes en urgencias mediante actividades de *benchmarking* de procesos asistenciales.

Una idea y reflexión mediante esta práctica de desempeño asistencial estaría representada por una opción de avanzada en la relación salud-administración-atención, superando la visión organicista de los sistemas de salud. El propósito último sería un servicio práctico transformador y eficiente cuyo efecto permitiría un comportamiento eficaz para el profesional de la salud.

De igual manera, se considera que un proyecto factible está orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en una institución con propósitos sociales. De las definiciones anteriores se deduce que la gerencia sintagmática consiste en un conjunto de actividades hospitalarias vinculadas entre sí, cuya ejecución profesional permitirá el logro de objetivos previamente definidos en atención a las necesidades de los usuarios apoyada en los procesos institucionales y dirigidos a grupos sociales en un momento determinado conforme a las mejores prácticas asistenciales.

En lo esencial, la finalidad del proyecto factible descansa en el diseño de una propuesta de acción dirigida a resolver un problema o necesidad previamente detectada en el medio, dejando abierta la posibilidad de señalar las pautas para continuar la investigación aplicada en la red de atención hospitalaria del subsector público de salud pública venezolana.

De forma que la metodología elegida para la elaboración de una propuesta viable, estará destinada a satisfacer necesidades específicas a partir de un diagnóstico elaborado. Se trata de una propuesta de acción para resolver un problema práctico en instancias hospitalarias. Es indispensable que dicha propuesta se acompañe de una investigación, que demuestre su factibilidad o posibilidad de realización.

Las nuevas perspectivas gerenciales exigen a las organizaciones hospitalarias cambios profundos y duraderos para que puedan hacer frente a la complejidad generada en su creciente desempeño asistencial. Tal velocidad de cambio en el ámbito hospitalario requiere de toma de decisiones que no pueden esperar resultados prolongados en el tiempo, especialmente si deben ser consultados en instancias de interés Burocrático. Ante esta situación, las organizaciones deben aprender a mirarse a sí mismas y conocer sus procesos internos de todo tipo. Bajo esta concepción se describe una estructura efectiva de participación, gerencia, y comunicación.

Se quiere con ello significar, que todo sistema organizacional especialmente en el contexto hospitalario, es vulnerable a problemas y crisis socioeconómicos. En estas condiciones se afectan los procesos medulares y en su devenir, muchos no se recuperan y otros deben enfrentar nuevas dificultades. Por ende todo sistema evoluciona, posee un ciclo de vida y eso hace necesario revitalizar la forma de conducir una organización en salud.

También se destaca, que toda crisis, significa oportunidad y posibilidad de innovación y desarrollo empresarial, y la red hospitalaria no es la excepción. La presente propuesta, está orientada a corregir el comportamiento observado (2006-2011) en la gerencia hospitalaria en Venezuela. Desde el punto de vista de la realidad estudiada, se precisa los siguientes hechos de interés; (a) políticas de asistencia sanitaria con fines operativos en el tercer nivel de atención en salud acompañados con incongruencias entre la administración de recursos e insumos para la atención hospitalaria, (b) una capacidad instalada de camas-hospital por debajo de los estándares internacionales y, (c) evidencias de insuficiencias presupuestarias en el 85% de los hospitales (255 centros de tercer nivel de atención especializada).

Por lo demás, se indago acerca de la situación operativa hospitalaria, y los hallazgos impactan especialmente por considerar que el recurso “cama-hospital” es la clave de la funcionalidad (recurso nuclear). Los registros destacados se clasifican como fallas en dotación de camas hospital, insuficiencias en insumos rutinarios, inadecuado equipamiento tecnológico y elevada morbilidad crónica en lista de espera por atención médica y/o quirúrgica de los pacientes censados.

Por consiguiente y asumiendo la crisis como oportunidad, el criterio de camas-hospital disponibles al corte de este estudio (abril del 2014) fue de 19.026 camas funcionales de una necesidad real de 44.000 camas hospital para atender una población de 29.880.000 habitantes (censo INE) es deficitario en el orden de 24.974 camas-hospital (76%) según estándar internacional (OMS). Esta relación explica porque un grupo de pacientes ingresa a “*lista de pacientes en espera quirúrgica*” por deficiencias de camas hospitales. Al respecto el modelo de gerencia sintagmática pretende re direccionar este criterio asistencial de camas-hospital y proyectar a largo plazo la adecuación de camas según la demanda poblacional.

El tiempo de espera por cama quirúrgica es en promedio un año calendario (data del MPPS). Para alcanzar niveles operativos de camas hospital se requiere de un esfuerzo conjunto, integrador y amplio para reorganizar los indicadores de; días-hospitalización, días-camas-ocupadas, costo cama-día y costo-paciente-día.

La situación descrita reafirma lo estructural asistencial como marco de referencia y convierte el estilo de gerencia hospitalario en una evidencia taxativa en un entorno donde se puede plantear nuevas alternativas de atención especializada en el tercer nivel. El constructo se inclina por tres componentes; (a) estado de salud; (b) capacidad funcional y, (c) oportunidad de salud.

La propuesta más cercana a la capacidad operativa funcional ideal de los hospitales es poseer en un lapso de cinco años una disponibilidad de 28.895 camas hospital redistribuidas en los 300 hospitales para disminuir la carga quirúrgica en espera (usuario). La planificación económica de camas hospital se vincula con la capacidad presupuestada de camas hospital, y las visiones erradas de camas inoperativas e insuficientes (administración de recursos hospitalarios).

Durante la investigación se observó la existencia de entidades federales con una concentración destacada de camas-hospital, tales como, Distrito Capital con 20,91%, Zulia con 15,39%, Lara con 7,39% y Carabobo con 5,40%. Estas entidades representan cerca del 50% del total de camas por hospital disponible. Estas estadísticas confirman adicionalmente la gran concentración de la población venezolana en ciudades como Caracas, Maracaibo, Barquisimeto y Valencia.

Un mejor desempeño para la cama-hospital sería aquel que se destinase a mantener las camas funcionales en un 100% de las ya existentes y promover la creación presupuestaria de camas en otros centros hospitalarios que podrían desconcentrar recursos y atención especializada en la red hospitalaria (componente descentralizado de la propuesta).

Este esfuerzo debe pasar por la necesidad de profundizar aspectos distributivos del número de camas operativas y dotaciones significativas para todos los hospitales según estándares equitativos. Esto se puede lograr con un modelo centrado en la demanda (usuario). Sin embargo este diagnóstico forma parte de la justificación de la propuesta y orienta hacia una solución pensada en base a un usuario que requiere servicios asistenciales de calidad, en tiempo real y cercano a su domicilio (el usuario como núcleo sintagmático).

Por lo demás, en la visión tradicional, burocrática y jerárquica de la administración de servicios hospitalarios (visión feudalista del servicio), debe considerar la puesta en marcha de un giro en este pensar y actuar. La dotación de camas-hospital por servicios va perdiendo sentido y, por el contrario, significa un obstáculo que requiere ser superado. El imperativo está orientado por una concepción y administración flexible de las camas-hospital en función de las necesidades del usuario consultante. Se imponen ambientes de gestión que busquen adecuarse a las necesidades de las personas, sin embargo, el desafío no es simple, por esta razón esta propuesta es un intento en ese camino.

Dicho de otro modo, la administración cerrada de los servicios hospitalarios, la alta especialización hace difícil la reconversión del talento humano y exige equipamiento e infraestructura compleja, y solo es posible de lograr con programas y financiamiento fijos y cuantiosos. Para algunos hospitales es una política insostenible. Otra tendencia negativa derivada de esta práctica, está definida por la concepción del servicio "*hospitalcentrico*", donde la mayor demanda por camas se mira con la prima de la atención al adulto y dentro de esta categoría las enfermedades agudas y crónicas.

Una vez, concluido el diagnóstico, otro componente de la propuesta está orientado por el liderazgo transformacional requerido para adecuar los recursos presupuestario y monetario destinados a los hospitales venezolanos bajo la figura administrativa de fuente de financiamiento

hospitalario y bajo un esquema de comprensión de gastos, capital físico y talento humano destinado a la prestación de servicios de salud.

Dentro de este orden de ideas las organizaciones aprenden respondiendo de manera efectiva a las exigencias de un entorno cada día más cambiante y dinámico. Los lineamientos estratégicos de gerencia sintagmática, pretende adecuar las actividades corporativas específicas para cada servicio hospitalario con la finalidad de facilitar la elaboración de planes funcionales que contribuyan al logro de los objetivos de la administración hospitalaria.

La concepción estratégico-corporativa aborda el problema de la planificación estratégica intentando establecer un equilibrio dinámico entre recursos financieros, resultados y opciones estratégicas para las distintas áreas o servicios del hospital, bajo supuestos de que la corporación está en interacción con un ambiente o entorno donde participan competidores. En razón de lo expuesto, es oportuno señalar lo que plantea López (2007), en su texto, cuando afirma que;

La situación de la corporación se define por su posición en el ambiente donde se desenvuelve, dadas las fortalezas y debilidades que caracterizan a dicha organización. La determinación de la situación es la que posibilita la formulación de las estrategias y políticas que buscan resolver los problemas y enfrentar los desafíos corporativos.
(p.9)

En esta concepción se establecen la utilización de la técnica de escenarios, como mecanismo para afrontar la incertidumbre y evaluar la disponibilidad de recursos exigidos por la función de producción de la organización en distintas situaciones. Otra de las ventajas de la propuesta de gerencia sintagmática es aquella que permite el principio de concepción estratégico-situacional, partiendo de la iniciativa de que, "quien planifica intenta construir una teoría de las situaciones", que posibilite el captar la totalidad relevante para la acción de un actor, así

como los conflictos entre oponentes cuando estos confrontan sus planes en una realidad que se constituye como la base de problemas.

De allí que plantee Pimentel (2004, p.15), la concepción en referencia a lineamientos estratégicos como “postulados fundamentales que plasman los principales aspectos de la estrategia de una empresa u organización, de acuerdo con las prácticas gerenciales establecidas”. Normalmente su definición fue realizada durante el proceso formal de planificación estratégica. No tiene un carácter inmutable y requiere de recursos conforme ocurren los cambios en el entorno.

Por tanto, de acuerdo a las consideraciones anteriores, el centro del cambio se encuentra dentro de la misma organización, como institución, con sus estructuras jerárquicas y administrativas, con culturas distintas, con determinadas formas de funcionamiento, con distribución de poderes, unos expresos y otros tácitos. Se estaría entonces ante la construcción de un modelo de gestión integrado, que se convierte en el referente sustantivo de la construcción de nuevos enfoques, los cuales dotan de sentido y pertinencia el proceso de gestión asistencial que se desea alcanzar.

Bajo enfoque integrador y tomando como referencia los resultados analizados y discutidos en el diagnóstico realizado, se evidencio lo significativo del factor gerencial para la transformación de la organización hospitalaria, y de manera particular los hospitales públicos, en todo caso asumir una concepción de gerencia y gestión, en la cual participen todos los actores que hacen vida activa en los hospitales, pero entendida la participación como lo expresa Chávez (1996):

La explicación compartida entre los diferentes actores de una institución sobre los hechos, procesos, resultados, problemas y fortalezas que se presentan en los diferentes ámbitos de la vida, para llegar así a la construcción conjunta de espacios, acciones y compromisos. (p.13).

En la medida que se avanza se piensan que la propuesta será una vía para construir algo, según lo expresado por *Molins* (1998; 83), que coincide en afirmar que, “un modelo es un constructo mediante el cual el investigador o sujeto planificador representa un ente real o ideal “.

Objetivos de la propuesta

Objetivo General de la propuesta

Diseñar un modelo de gerencia sintagmática asistencial para optimizar la gestión asistencial integral en hospitales públicos venezolanos tipo III y IV, durante el periodo 2015-2020.

Objetivos específicos de la propuesta

Fortalecer las funciones administrativas de los jefes de servicios hospitalarios con procedimientos generales para supervisión de personal y dominio de inventarios.

Establecer los servicios hospitalarios claves donde mantener un nivel de desempeño alto, siguiendo estándares universales de la OMS, estilo planificador por programas asistenciales y diagnóstico situacional.

Formular objetivos estratégicos que debe lograr el hospital a largo plazo con estandarización de procesos asistenciales.

Señalar aspectos resaltantes para la asignación de recursos monetarios, de equipos y materiales para el cambio organizacional.

Fomentar el liderazgo transformacional en los servicios hospitalarios con una visión institucional y espacio de convergencia de los actores participantes.

Realimentar las diferentes dimensiones de la propuesta, como manera de impulsar la construcción de nuevos esquemas de gerencia sintagmática y gestión asistencial administrativa.

Fundamentación de la propuesta

La propuesta antes señalada se justifica y fundamenta en la teoría gerencial aplicada a hospitales. Parte de una visión metateórica y transdisciplinaria de los procesos administrativos modernos, y con ello se quiere significar que los elementos que la componen deben estar integrados en forma dinámica e independiente.

En este sentido se advierte que los programas contemplados en la propuesta asumieran dos vías; mantener una constante homeostasis y el equilibrio gerencial; y otra orientada desde la base de impulso organizativo más allá del modelo y sus resultados, es decir su crecimiento en el proceso y realimentación.

El modelo de la propuesta de gerencia sintagmática se cree que, ejecutara de manera organizada las actividades asistenciales y a la vez tenderá a mantener el equilibrio del conjunto de actores (jefes de servicios) y componentes que la conforman (procesos asistenciales), donde el valor de cada elemento, estará íntimamente relacionado con los demás, todo en función de todo y cada elemento describirá los restantes, postulados concebidos en la cadena de valor concebida por *Michael Porter* (1985) para la empresa.

Siguiendo las bases de la teoría del valor compartido aplicado a procesos asistenciales bien podría representar una opción en el sector público de la red hospitalaria. Por otra parte representaría una oportunidad de renovar los procesos asistenciales, con un estilo de dirección y filosofía total de calidad, ideas centrales en la comprensión holística de la organización.

El análisis precedente, emula la cadena de valor en procesos asistenciales como propuesta innovadora, cambiante y centrada en costes. Representando para el establecimiento hospitalario un enfoque contable, clínico y gerencial con enfoque estratégico que maximiza el proceso de atención y minimiza el costo (estrategia MAXI-mini). Como

justificación emergente significa un salto cualitativo, doctrinal y evolutivo en la visión del hospital público requerido.

Una organización hospitalaria con visión sistémica fundamentada en cadena de valor en las actividades traduce un avance frente a la utilización del concepto tradicional de valor añadido por los siguientes motivos; (a) el concepto tradicional de valor añadido excluye la necesidad de costos de los materiales utilizados en las actividades y (b) ofrecer información significativa sobre el papel estratégico que desempeñan los proveedores en la actividad productiva final del servicio.

Es necesario precisar que la cadena de valor, sitúa la organización en un horizonte amplio de actividades (sistema de valor para las actividades), otorga a los proveedores de materiales e insumos un valor de entrega (valor hacia arriba en las actividades) y define *inputs* que son utilizados por la cadena de empresa-usuarios. El concepto económico es válido ya que se concibe la cadena de valor como un todo donde las organizaciones (hospitalarias) desempeñan un papel de proveedores de servicios (aguas arriba) destinados a la asistencia de los usuarios (aguas abajo). Se trata de dos visiones, una macro y otra micro que se corresponde con la organización en estudio.

En efecto la filosofía de la cadena de valor como componente de la propuesta para jefes de servicios asistenciales está orientada por concebir el valor como elemento de la visión y asociación de esfuerzos. Este pensar en el momento actual, supera la gestión burocrática y jerárquica, desdibuja la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación y acerca procesos gerenciales y funcionales en el nivel primario y especializado.

Debe señalarse que una de las estrategias fallidas evidenciadas en el estudio se mostró como falta control de gestión en la práctica clínica hospitalaria. La no incorporación de directivos del área administrativa al proceso asistencial acentuó la falta de interacción con los jefes de

servicio e hizo deficiente mostrar la necesidad de racionalizar las prácticas por servicios.

Al no producirse encuentros en las semejanzas de procesos asistenciales, sobrevienen los desacuerdos y los efectos se distribuyen en los servicios y estos a su vez son registrados como costos elevados. Esta tendencia fue clave para plantear la propuesta en términos de aprendizaje mutuo e investigación operacional proveniente de las evidencias en los servicios (*formación in company*). En el diseño de los componentes de la propuesta la práctica clínica en servicios representa para la gestión asistencial lo que la gerencia para la administración hospitalaria, un modelo holístico y sintagmático.

Desde una mirada humanista de la gestión, la propuesta justifica la persona que consulta o requiere de un servicio hospitalario como centro de quehacer en los servicios asistenciales. En primer lugar como usuario en necesidad de atención (núcleo sintagmático), y luego como miembro de la institución. Por tanto, el trabajo en salud debe entenderse en su doble significación; (a) como contribución a la calidad de vida de los usuarios de los sistemas de salud y (b) como contribución de quienes allí trabajan. De hecho y de derecho, hay que prestar atención a la dignidad de las personas que trabajan en los hospitales (factor crítico de éxito).

Podríamos resumir que en la concepción tradicional en nuestros hospitales, las personas eran consideradas "*recursos humanos*", y se limitaban exclusivamente a los temas burocráticos de registro y control en una relación de mando-subordinado. Actualmente el énfasis está puesto en el desarrollo de políticas propias del establecimiento concordantes con el plan estratégico y destacar el talento humano. Dentro de dichas políticas resalta la importancia de la definición de perfiles de los cargos, el poderes de reclutamiento, selección con énfasis en capacitación continua (fortaleza de la propuesta), reconocimiento del personal y esfuerzo por conocer mejor el clima laboral.

El término modelo utilizado en la propuesta guarda una connotación relacionada con varias acepciones. Una de ellas, asociada con el idealismo o perfección de la idea. En alusión al realismo indica la manera de presentar un hecho tal y como una réplica de las observaciones. Desde otras perspectivas es concebido como patrón, manera de ser, arquetipo, guía y estructura para mejorar. Reconocer los obstáculos y superarlos en función de mejora continua y desempeño integral.

Lo antes expuesto evidencia la importancia de la correcta aplicación de esta metodología en la presente propuesta, ya que la misma procura organizar un proceso para la obtención de información conducente a la optimización de la gestión hospitalaria en un contexto actualizado, dinámico y cambiante (segundo componente de la propuesta).

Aunado a esto, es necesario mencionar lo referente a la contraparte de la propuesta, que trata con la evaluación de desempeño, la cual constituye un proceso por el cual se estima el rendimiento global del empleado a la vez que suministra información destinada a facilitar la toma de decisiones a nivel gerencial.

Ahora bien, en estos momentos, operan desde el punto de vista epistemológico las contradicciones, cuando los nuevos paradigmas postulan procesos modernos y transformadores en contraste con contextos inoperantes en donde están vigentes nuevas formas de análisis e interpretación de la realidad. Se destaca un discurso con elementos relacionados con el cuestionamiento de autonomía hospitalaria, insistencia en nuevas tecnologías y estrategias de negociación, entre otros aspectos. La realidad de los resultados denota que se está aún lejos de lograr organizaciones públicas y específicamente hospitalarias con tales características, y por ende dispuestas al cambio y el aprendizaje.

La información que suministro la muestra encuestada (capítulo III) sobre la evaluación de desempeño, permitió orientar la gerencia de servicio asistencial hacia la toma de decisiones más acertadas,

principalmente en la determinación del rumbo de la gestión hacia sus objetivos.

Si bien es cierto que se han realizados esfuerzos con el objetivo de ofrecer el mejor servicio a los usuarios de los servicios asistenciales, muchos establecimientos hospitalarios, apenas reconocen la importancia de la calidad en la prestación del servicio, sin embargo no se encuentran suficientemente preparados para aceptar los nuevos retos que trae consigo los desafíos modernos, y mucho menos para poner en práctica sus principios y técnicas que la fundamentan.

De lo antes expuesto, se desprende un supuesto científico de tipo ontológico (deber ser). A saber, el tipo de organización hospitalario deberá estar enfocado al servicio de la sociedad en general, aplicando todo sus procesos técnicos para mejorar la salud del colectivo, respetando al ser humano en todo sus aspectos y adquiriendo compromiso de calidad en la atención, como una forma efectiva para lograr la excelencia operacional que se desea alcanzar (efectividad organizacional hospitalaria).

En tal sentido se plantea otro supuesto (axiológico) que justifica el modelo propuesto, cuando se adopta una filosofía organizacional con sentido de liderazgo ético, y centrado en valores hospitalarios. La justificación teórica de la propuesta se fundamenta en conceptos y teorías de diversos autores vinculados al tema tales como: Lineamientos estratégicos propuestos por García (1991), Rodríguez (1997), Organización Diego Cisneros (1991), Francis (2001) y Hernández (2001). Estos autores plantearon pautas y directrices fundamentales que ayudaron en orientación de las actividades futuras de la empresa hospitalaria como se planteó en las bases teóricas del estudio (capítulo II).

Asimismo en lo que respecta a estrategia organizacional, la presente propuesta se fundamenta en las teorías de los autores *Steiner* (1986), *Koontz y Wehrich* (1990), *Mintzberg* (1993), *Stoner* (1994),

Trompson (1998), Chiavenato (1999), quienes manifestaron en conjunto que las estrategias son un medio para alcanzar los objetivos a largo plazo como curso de acción prospectivo.

Por lo demás, el sector salud, y especialmente los hospitales, están perdiendo identificación con la sociedad y han desnaturalizado sus prioridades desdibujando sus propósitos, misión y visión. Es obvio entonces, que se requiere explorar otros modelos de gestión cuyos procesos estén liderados por gerentes que posean cualidades personales, estratégicas y de decisión.

Lo señalado implica un proceso de formación que abarca a los actores involucrados, los cuales han de estar dispuestos a trabajar en las circunstancias concretas de la institución, con las necesidades y potencialidades que están presentes, incorporando las posibilidades reales de recursos y proyectos existentes en la comunidad inmediata, en fin, realizando acciones en donde sea autor y actor al mismo tiempo.

Del planteamiento anterior surge la relevancia del modelo de gerencia sintagmática asistencial propuesto, ya que a través de él, se profundizara la participación entre servicios, otorgando a los trabajadores poder para planificar y ejecutar acciones con y para su entorno, optimizando la gestión hospitalaria.

Igualmente la participación ciudadana ha sido el fenómeno más destacado desde los años noventa hasta nuestros días. En cada una de las áreas donde se desarrolla la participación, se convierte en una acción que tiene relación con necesidades y aspiraciones humanas, además de la capacidad que posee todo ser humano de determinar las soluciones a los problemas presentados. El acto de participar significa; (a) tener parte en algo preconcebido, (b) estar presente en una actividad, (c) intervenir en determinación de necesidades, y (e) valoración de posibles soluciones a problemas.

No obstante, los hospitales se deben a su red operativa y a los usuarios que la demandan, esto significa que están comprometidos con su entorno y bajo la teoría económica se muestran en una relación de oferta-demanda. La vinculación con la comunidad usuaria es clave para la inserción social del establecimiento hospitalario. Reconocer como actores a los usuarios es una tarea delicada y necesaria ya que requieren de integración en equipos de salud, sin embargo se debe intencionar el acercamiento, el dialogo participativo, la información simétrica, la búsqueda de opinión y de aportes de los usuarios para enfrentar los problemas y potenciar las oportunidades (saber popular).

Actualmente es esencial abrir el establecimiento hospitalario a la participación real de la comunidad organizada. Esto implicaría, para respetar globalmente el modelo de atención, incorporar y traducir el concepto de salud familiar al interior del establecimiento, otorgar un rol creciente a las familias y a las comunidades en el cuidado de sus pacientes, dar responsabilidades a los propios usuarios en los procesos de atención a través de las agrupaciones de usuarios. El paradigma subyacente es aquel donde las personas y las comunidades son los principales responsables de su propia salud. Dentro de este marco, volver a la esencia donde debe estar anclado el concepto de participación comunitaria en la organización hospitalaria, solo sucede realmente en sistemas democráticos siguiendo las premisas de las personas y los ciudadanos, de servicio y ciudadanía.

Conviene destacar que el proceso de incorporación ciudadana a la gestión sanitaria es complementario para la gestión pública como instrumento de la estrategia de gerencia pública por hacer más transparente y cercana la gestión asistencial a los ciudadanos. Lo mismo ocurre con la toma de decisión, como expresión esencial del poder de cualquier tipo de relación social, suele concebirse como un proceso integrado. Suele apreciarse también que tanto salud y participación son nociones claves en la gerencia sintagmática. Pese a la definición anterior,

en la toma de decisión se conjugan elementos estructurales y funcionales (fundamentos Gnoseológicos y Ontológicos).

En razón de lo expuesto, se pretende con la propuesta sobre gerencia sintagmática asistencial romper el verticalismo que caracteriza la actual gestión hospitalaria y avanzar en cuanto a participación se refiere. Detener el ir y venir en la conducción para el cambio, con ideas erráticas de que el cambio sea una cultura organizacional improcedente e inoperante para los hospitales públicos. Tal como se observa, el reto consiste, en lograr que la organización hospitalaria cumpla con la misión y visión que la sociedad le ha encomendado, mejorando las condiciones de vida de sus diferentes actores, brindando una atención integral y cubriendo las necesidades en materia de asistencia social.

Modelos teóricos sobre gerencia sintagmática

El desarrollo del pensamiento científico aplicado en hospitales y el creciente interés por la epistemología en salud, han impuesto a toda la gama de saberes, entre ellas, la Gerencia Hospitalaria, la necesidad de explorar las bases metodológicas que han constituido una preocupación determinante en la historia de las relaciones humanas–organizacionales basada en la transdisciplinariedad del entorno.

La estrategia por excelencia para la construcción de una forma cualitativa de gerencia es la participación, comprometida con la promoción de la democracia política y la práctica efectiva de la democracia social capaz de enfrentar las desigualdades económicas, políticas y culturales que amenazan la gerencia pública. Esta estrategia se fundamenta en la premisa de participación democrática que favorece la definición justa de los espacios de contribución y beneficio individual del esfuerzo humano colectivo.

Si estas necesidades son adecuadamente satisfechas, el individuo contará con las condiciones necesarias para su desarrollo integral. Este desarrollo integral podrá tener como consecuencia, un mayor bienestar

social y una mejor calidad de vida. Por el contrario, si las respuestas son insatisfactorias, sobrevendrán carencias, frustraciones, que derivarán en problemas de insatisfacción y desmejoramiento de la calidad de vida.

En este caso dicha evaluación se realiza en dos niveles con la metodología basada en los principios epistemológicos de la sistemología interpretativa. En el primer nivel o lógico proposicional, se enfoca la legitimidad de la capacidad de la función gerencial para predecir el comportamiento humano, la cual se supone fundamental para el logro de los llamados objetivos organizacionales.

En un segundo nivel epistémico, la indagación se realiza en torno a las condiciones paradigmáticas y de aquellas posibilidades que dieron lugar a la gerencia en el ánimo de desvelar la pertinencia de la función gerencial en el presente. La gerencia es y fue pensada a través de los contextos históricos de la Modernidad Ilustrada y la Postmodernidad, de tal manera que posee sentido, el acercamiento a los paradigmas propios del momento y que impactan en el presente.

Las teorías de gerencia asociadas con la predicción se clasifican en distintas corrientes del pensamiento sistemático dominante a partir de la gran metáfora que permitió un pensamiento mecanicista a través de una corriente sistémica para explicar los fenómenos mediante una máquina.

A lo expuesto anteriormente, e intentar responder a esos y otros cuestionamientos se evidencia nuevos enfoques de la gerencia: (a) Gerencia Sinérgica, (b) Gerencia Holística y (c) Gerencia Sintagmática. El poder de indagación se presenta en un nivel lógico proposicional y epistémico para preguntarnos por la predictibilidad de las teorías gerenciales. En otro nivel de carácter histórico relacionado con la pertinencia de los supuestos de la función gerencial que permite trascender los modelos eulerizados en su saber propio. En estos momentos, se requiere de un modelo que contribuya a superar estas visiones gerenciales.

Modelo lógico proposicional de gerencia sintagmática

Podríamos resumir a continuación la propuesta de gerencia sintagmática como una representación esquemática de la realidad ideal, que servirá para organizar y comunicar de forma clara los elementos que involucran un accionar global de la red hospitalaria. En el plano lógico la comprensión precede a la explicación, por ende el mejor método para dilucidar el sentido de la acción gerencial es la comprensión de los eventos, sus relaciones y sus consecuencias. El enfoque de la propuesta mediante modelos lógicos tienen la particularidad de permitir a cada quien, de acuerdo a sus intereses y valores, conocer un evento desde las manifestaciones.

El juicio derivado es la estructura lógica fundamental, a la cual se supedita todo lo demás. En el razonamiento lógico abstracto surge un ordenamiento de juicios mediados por reglas inferenciales que dan lugar a conclusiones. El juicio es de orden enunciativo y el concepto de índole representativa.

Considerando que en este contexto se originaron las disciplinas, técnicas y profesiones a las cuales representamos, no referiremos a los conceptos derivados del razonamiento lógico del modelo para la propuesta sintagmática. Sin embargo desde una mirada amplia, se puede decir, entre disciplinas, que se aprecian aspectos y nuevas perspectivas del evento en estudio aun no exploradas, ni sistematizadas.

No obstante la importancia del modelo lógico, creamos condiciones para propiciar la integración interpretativa de conceptos, en aras de una manera completa para apreciar el evento asistencial en la gerencia hospitalaria, el cual una vez aprehendido y comprendido de manera gestáltica, es descubierto como evidencia de una totalidad. Esto permite descubrir la condición enigmática de la epistemología, y reconocer que el conocimiento no se agota en sí mismo, pues conduce a más saber. En el fondo de la propuesta gerencial se identifica todo un conocimiento amparado por la posibilidad de seguir aprendiendo y sorprende conocer

que del ámbito participativo comunitario también surgen propuestas innovadoras.

Las nociones de concepto y categoría desde el método lógico se intentaran abordar conociendo la situación problema para delinear una ruta a recorrer en su propósito comprensivo, de tal forma que configura toda una actividad de indagación o búsqueda de conocimiento conocida como modelo lógico de la investigación (ver figura 8).

Figura 8. *Modelo lógico de gerencia sintagmática hospitalaria.*

$$\left(\{ p \} \rightarrow \{ q \} ; \{ r \} \right) s$$

Dónde:

p; conocimiento existente y dato conocido (antecedente)

q; conocimiento no existente, dato desconocido (consecuente)

r; realidad donde se desarrolla la situación objeto de investigación

s; solución propuesta

$(p + q = 1)$

En el modelo lógico se aprecia; (1) el juicio y su correlato objetivo, (2) los elementos contentivos del juicio, y (3) clasificación de juicios según los objetos. Con respecto al primer elemento, el juicio consta de conceptos. En el juicio “*el servicio asistencial es atención digna, profesional y oportuna al usuario*”, el servicio asistencial es el material conceptual y la atención al usuario es el juicio ideal o lógico (conocimiento existente y dato conocido -*p*-). El juicio se suele definir como una conexión de conceptos. Lo esencial del juicio es la toma de posición y aseveración (positiva o negativa). Los elementos del juicio, se describen como el **concepto-sujeto** (sujeto de juicio).

Desde la perspectiva epistemológica que se adopte para indagar sobre la realidad hospitalaria se plantea un modelo lógico de lo que se enuncia (**objeto-predicado**) que se sigue en una investigación científica, diferenciándolo claramente del concepto metodológico, utilizado en el proceso de investigación que sustenta esta propuesta gerencial

sintagmática y donde se abordó el objeto de estudio como realidad hospitalaria en el planteamiento del problema.

La representación de la propuesta de gerencia sintagmática mediante este modelo lógico-proposicional, equivale a la pretensión de logro de una escala proposicional a través de un conjunto complejo de símbolos, premisas, ideas, preceptos indagativos y aprehensión del fenómeno asistencial y gerencial. En el conocimiento desarrollado, el sujeto se deja determinar por el objeto, se abre a él en toda su gama de posibilidades conceptuales, se concreta en la acción asistencial, y se impone la ley de las relaciones lógicas.

Además de describirlo en torno al conocimiento hospitalario y acción asistencial, también se corresponde con dos actividades de signo contrario. Al conocer, abordamos lo no conocido (*q*), procuramos que la realidad venga a nosotros, al obrar, vamos hacia la realidad (*r*) para modificarla (*s*). Surge una regla lógica "*todo conocimiento es una recepción, toda acción es modificadora*". Aquí se dispone de dos direcciones contrarias en el modelo lógico; la del conocer y la del hacer, que se hacen complementarias e incluyentes.

El conocer está dirigido al pasado, porque la situación conocida es anterior al saber, con la única excepción de los objetos o situaciones intemporales. El hacer, en cambio, se proyecta hacia el futuro, porque la modificación que es su resultado, es posterior a la acción modificadora, y está asociada al propósito que la configura a la decisión de la voluntad.

Cada método posee una lógica que establece principios y procedimientos para abordar los objetos de conocimiento. En tal sentido, cada investigador diseña su propio método procurando comunicarlo y volverlo intersubjetivo para consolidarlo y validarlo en la comunidad científica. Partiremos según el modelo de la visión general de la asistencia hospitalaria hasta alcanzar un modelo particular que lo represente (razonamiento deductivo), ver figura 9.

Figura 9. Razonamiento lógico deductivo mediante silogismo.

$$\left(\underbrace{\{ p \ C \ q \}}_{(R)} \cdot p \right) C \ q$$

+ C = resultado

p = antecedente q = consecuente

R= razonamiento y conocimiento sobre la realidad contextual incluyente (C) que permite la condición verdadera (conocido - p -), derivando en una afirmación del consecuente (q) para lo no conocido. La condición última es el consecuente y el resultado será una nueva condición por conocer. Todo argumento expresa un lógico pensar. Este razonamiento termina en una regla con una premisa mayor, premisa menor y la conclusión. El carácter de aplicación opera desde las reglas generales a casos particulares.

A partir de estos estudios lógicos, un problema asistencial se contrasta con una teoría existente como una entidad bien formulada (EBF), se elaboran hipótesis (H_0) y se establecen procedimientos lógicos (p, q, r, s) para describirlo y explicarlo (hechos en función de reglas operacionales). La creación de un modelo en grado supremo, trasciende el campo lógico y metodológico, razón por la cual se ofrecen otros modelos complementarios e incluyentes. Los juicios obtenidos por inferencias deductivista permiten confrontar la realidad, resaltando lo verdadero y transferible a una situación en particular para contrastar o rechazar.

Simultáneamente, las inferencias racionales y representacionales evitan que nuestro pensamiento permanezca encerrado en una comprensión dualista que reduce la diversidad a sistemas de coordenadas polares (términos extremos sin un centro de comprensión). Para una representación particular, el enfoque nos invita a utilizar la noción de conjunto propuesta por *Leonhard Euler* (1707-1783) y la teoría de la existencia de leyes precisas. La lógica de conjunto considera a todo concepto un conjunto o colección de elementos que pueden interrelacionarse, incluirse y excluirse (diagramas de *John Venn*, 1834-

1923), siguiendo la lógica inductivista a través del método de representación proposicional (cantidad y cualidad).

En materia de investigación gerencial y siguiendo la necesidad de adoptar una matriz epistémica como generadora de conocimiento científico se presenta el modelo lógico. El trasfondo existencial y vivencial de este modelo lógico propuesto es aquel que permite adecuarlo al paradigma cuantitativo ($p + q = 1$), o describir el contexto del problema inmerso en un realidad (r), incluso proyectando una solución viable (s). A tal fin, se interpretaría generando una fuente de saber que rige de modo general una forma de conocer propia de un determinado periodo histórico, ubicado en una geografía específica, y una organización determinada.

El modelo lógico propuesto para gerencia sintagmática apunta a resaltar la noción de que no existen leyes gerenciales únicas, simplemente persisten gerentes que en todo momento toman decisiones lógicas y razonadas. Tanto el modelo lógico como la disposición del gerente se encuentran en la gerencia sintagmática en un plano inter y transdisciplinario pensado para ofrecer un mejor modo de vida para los usuarios.

Es admisible el planteamiento según el cual cada paso y componente del modelo presente sus propias características dentro de la realidad estudiada según sus estructuras de pensamiento y maneras de percibir y actuar sobre el mundo (cosmovisión hospitalaria). Este modelo procura describir y explicar los fenómenos objetos de estudio a partir de información y datos de carácter cuantitativo que se recogen, procesan y analizan sobre la realidad a partir de variables o factores que son susceptibles de adquirir distintos valores y apreciaciones interpretativas.

En este sentido la investigación seguirá una postura cuantitativa, sin descuidar atributos inherentes al resultado que se mueven en el paradigma cualitativo. La gerencia sintagmática ofrece oportunidades para el enfoque multimetodo y viceversa si así lo requiere el momento.

El trasfondo modelístico incluye una doble visión (lógica y pragmática), creando una teoría que ha sido de gran utilidad en nuestros días para evaluar servicios de salud. La estructura hospitalaria incluye el financiamiento, el talento humano, los planes y normas, las prioridades y programas de salud razón por la cual se denomina también infraestructura de servicios. En los procesos secuenciales se encuentran identificados el desempeño asistencial y atención en salud. Los resultados se advierten en el sujeto (población-usuario), caracterizándose por la disminución de la morbilidad, letalidad y mortalidad.

Hasta nuestros días, se describe una organización sanitaria de tercer nivel con; (1) estructura hospitalaria mediada por su accesibilidad y disponibilidad; (2) procesos hospitalarios interpretados a través de su uso, calidad, utilización, desempeño, productividad asistencial; y (3) resultados de los servicios, medidos por la cobertura, la eficacia, la eficiencia y los costos. En todas estas tendencias se advierte la falta de consideración del componente ambiental que los incluye.

Las acciones en salud se consideran de tres tipos; nivel individual, nivel poblacional y nivel ambiental. En el primer nivel se incluyen las intervenciones de tipo preventivo, diagnóstica, terapéutica y asistencial. En un segundo nivel las intervenciones requeridas se identifican como prestación de servicios, planeación programática, organización de servicios, vigilancia de condiciones de salud, regulación sanitaria y control de riesgos. El tercer nivel es el menos abordado, constituyendo una debilidad para el sector y una fortaleza para la propuesta.

Como sustento del diseño organizacional, las instancias para los niveles se clasifican con; instancias sistémicas, instancia socioestructural, espacios sociales de lo público e instancia individual. Los determinantes también se dividen en básicos, estructurales y condiciones de trabajo.

En el planteamiento de la propuesta sintagmática se hizo énfasis en la administración del recurso cama-hospital y su impacto en la atención de la demanda como componente racional, pragmático y lógico en la

organización hospitalaria. Uno de los aspectos resaltantes de la gerencia sintagmática mediante los modelos propuestos, es el hecho de rescatar la importancia de la extensión de uso de los servicios hospitalarios medidas por las proporciones; (1) personas que consultan a los servicios, (2) usuarios que se hospitalizan provenientes de la atención directa, y (3) pacientes con soluciones quirúrgicas.

La lógica cuantitativa subyacente en la atención hospitalaria traduce la relación del número de personas como población objetivo, usuarios de los servicios y pacientes que se atienden con necesidades reales. La extensión de uso de los servicios es solo un indicador de atención, de cobertura poblacional y consulta externa.

La extensión de uso de los servicios hospitalarios es la fracción (q) de la fórmula lógica proposicional que puede calcularse dividiendo el número de usuarios entre la población objetivo. La cobertura está representada por la realidad (r) poblacional conocida y representa la fracción (p), o población incluida en la programación de salud en un año calendario. A diferencia de la población objetivo, esta, considera la población total, que hace uso de los servicios. La solución (s), al final de la programación está orientada por la intensidad de uso de los servicios.

La intensidad de uso alude al número de unidades prestadoras de servicios a cada usuario y la concentración de uso representa las veces que un usuario hace uso de los servicios asistenciales. El indicador utilizado para evaluar un servicio asistencial, es equivalente a dividir el número de actividades del servicio entre el número de usuarios obteniendo el número de consultas por servicios.

La interpretación de resultados posterior a la explicación del modelo lógico es fruto de la asociación de las variables determinadas en los capítulos I, II y III. Su unidad de análisis se proyecta a la muestra de estudio con el fin de llegar al mayor grado de generalización posible a través de inferencias (reglas). De acuerdo al modelo, la investigación se realiza en una realidad (r) existente de naturaleza compleja asistencial y

organizacionalmente donde acuden aspectos fenomenológicos, hermenéuticos, etnográficos y críticos que buscan fundamentación e integración entre sí, más allá de una explicación causal de los fenómenos.

Las observaciones hospitalarios preliminares se caracterizan por; necesidad de ampliación de servicios de cobertura, incrementar la extensión de uso de servicios e incluir el mayor número de usuarios. La situación problema revelo que se está llegando al menor número posible de usuarios con menor capacidad diagnóstica y resolutive por servicios consultantes. Está claro que la utilización cuantitativa de los servicios hospitalarios es una consecuencia organizacional que afecta la productividad, el rendimiento y la extensión de servicios, reproduciendo con exactitud el modelo lógico y proyecta la necesidad de ampliar la interpretación del modelo eulerizado (administración de recursos).

Por su parte, utilización y extensión de servicios hospitalarios crean las bases para otra categoría de análisis; el de las camas-hospital. Este último recurso mide empleo real de los recursos en servicios, identifica inexistencia de recursos o aquellos que son sub-utilizados. Además define las camas existentes para atención de tercer nivel, las horas médicas dedicadas a cada cama-hospital con pacientes en atención directa (días-camas-pacientes).

Cada vez que se adentra en las variables en estudio, surge el recurso cama-hospital como un dispositivo y referente clave para la gerencia sintagmática. El concepto que utilizara la tesis es "*usuario en una cama-hospital*" como equivalente a "*paciente hospitalizado o internado por servicio*", su expresión de desempeño será para efectos gerencial "*paciente-días-hospitalizado*"; para el ámbito administrativo "*camas-hospitalización por servicios*" y finalmente en el campo de gestión asistencial "*días-camas-ocupadas*".

El interés del cálculo de estos indicadores asistenciales se dirige a determinar que el estudio de la realidad hospitalaria debe ser desde una concepción sintagmática e integradora, el usuario como núcleo

sintagmático nunca dirigida por criterios de desagregación analítica. De allí la importancia del enfoque eulerizado que evita estas desviaciones conceptuales y operativas. Sin renunciar a la indagación sobre las particularidades de los componentes del modelo propuesto, se pretende destacar las relaciones recíprocas entre sus componentes en su totalidad.

Los registros de los eventos particulares sobre los fenómenos sometidos a estudio mediante el modelo lógico, terminara en categorizaciones asistenciales y un despliegue de actividades hospitalarias, que requerirán técnicas de análisis de contenido, análisis de discurso, observación participante, dejando abierta la posibilidad de continuar una investigación gerencial cualitativa.

Es evidente que desarrollando el modelo lógico, las dificultades se reducen por el encuentro de paradigmas (cuantitativo y cualitativo) en forma de integración científica como lo planteo *Eduardo Bericat* (1998, p. 31-36), en su obra *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social*, dejando abierta la posibilidad de continuar el estudio desde la perspectiva de integración de métodos.

Para tal efecto la ciencia social contemporánea agrega *Bericat* (*op.cit.*, p.18), apuesta claramente por la superación de las dualidades. Las ciencias sociales son multiparadigmática, lo que también afecta no solo las posiciones ontológica, metateórica y epistemológica, sino que también a las técnicas empíricas, es decir la metodología. Todo ello lleva al investigador social a extremar el cuidado, respecto a la coherencia en los tres niveles, matateórico, teórico y empírico.

El modelo lógico de gerencia sintagmática, está concebido como un diseño metodológico presentado en esta investigación para abordar paradigmas de interés científicos, que van desde el análisis descriptivo, multivariado, hasta grupos de discusión. El estatuto epistemológico de la gerencia hospitalaria, además de los resultados y textos de referencia, pretende redactar conocimiento en redes hospitalarias, inventarios de

recursos intelectuales para ponerlos a disposición de los gerentes que hacen vida en la red de atención terciaria del sector salud.

Para el investigador no existen fronteras entre ciencia y las actividades del pensamiento y cuando se asume la filosofía de la ciencia, la reflexión sobre los presupuestos y supuestos se convierten en una tarea científica incansable, a la disposición del conocimiento hospitalario. El estudio de los modelos, propicia mayor coherencia en la comprensión de la propuesta sintagmática, ofreciendo una interpretación integrativa asociado a teorías e ideas en el ámbito de la gerencia hospitalaria.

Modelo de gerencia sintagmática sustentado en preceptos onto-epistémicos

A continuación podríamos resumir la disposición intelectual, partiendo del reto de producir conocimiento científico al servicio de la red hospitalaria que pueda ser objeto de reconocimiento por parte de otros investigadores y de comunidades académicas. La comprensión de la gerencia sintagmática asistencial pasa por el reconocimiento en el contexto de la organización hospitalaria y de la sociedad como fundamento demostrado en la atención al usuario. Los servicios constituyen el propósito de los usuarios, que producen sistemáticamente hechos y acontecimientos teniendo en cuenta contextos de descubrimientos.

Otra de las acepciones es la noción de modelo, entendida como un recurso intelectual, un referente, una manera mediante la cual se remite al conocimiento de algo. La expresión epistémica está vinculada con *episteme* que se interpreta como conocimiento revelado y fuente del saber con consistencia propia. En consecuencia la expresión modelo epistémicos refiere a la representación del conocimiento sobre los eventos e ideas de la práctica asistencial hospitalaria.

Conocer el modelo epistémico significa tener una visión completa de la propuesta gerencial y las claves de su conocimiento inicial. Reconoce que en todo evento subyace una miríada de eventos y en cada mirada surgen nuevos enfoques y cada significado representa un conjunto de interpretaciones. Cada descubrimiento constituye una invitación a seguir la investigación en servicios asistenciales hospitalarios. El estudio de los modelos epistémicos relaciona el conocimiento y sus representaciones, con “aquello que se ve”, el paradigma “a partir del cual se ve”.

El modelo epistémico presenta características que expresan argumentos de logicidad, coherencia, ilación, relaciones, estructura, contexto y teorías. Al coincidir varios aspectos se puede pensar en un modelo epistémico con una propuesta de actitudes y valores capaz de proponerse como representación para mejorar la realidad observada. Para alcanzar el nivel de modelo epistémico se ha dispuesto de la concepción originaria del conocimiento (El Realismo).

La visión del Realismo, orienta su comprensión hacia la acepción de que *episteme* surge del *factum*. La realidad existe independientemente del cognoscente. Los hechos, estados de los eventos, correlatos ontológicos proveen de conocimiento. A partir del estudio de los hechos hospitalarios, se desprende la propuesta de gerencia sintagmática.

La postura realista centra su atención en los hechos, en el devenir de las circunstancias, independientemente de que dichas circunstancias se conozcan gracias a la racionalidad, la cual permite acercarse a la realidad y aprender de ella. Para un realista los hechos son los que cuentan y estos son anteriores a las ideas, la realidad enseña y de ambos aprendemos.

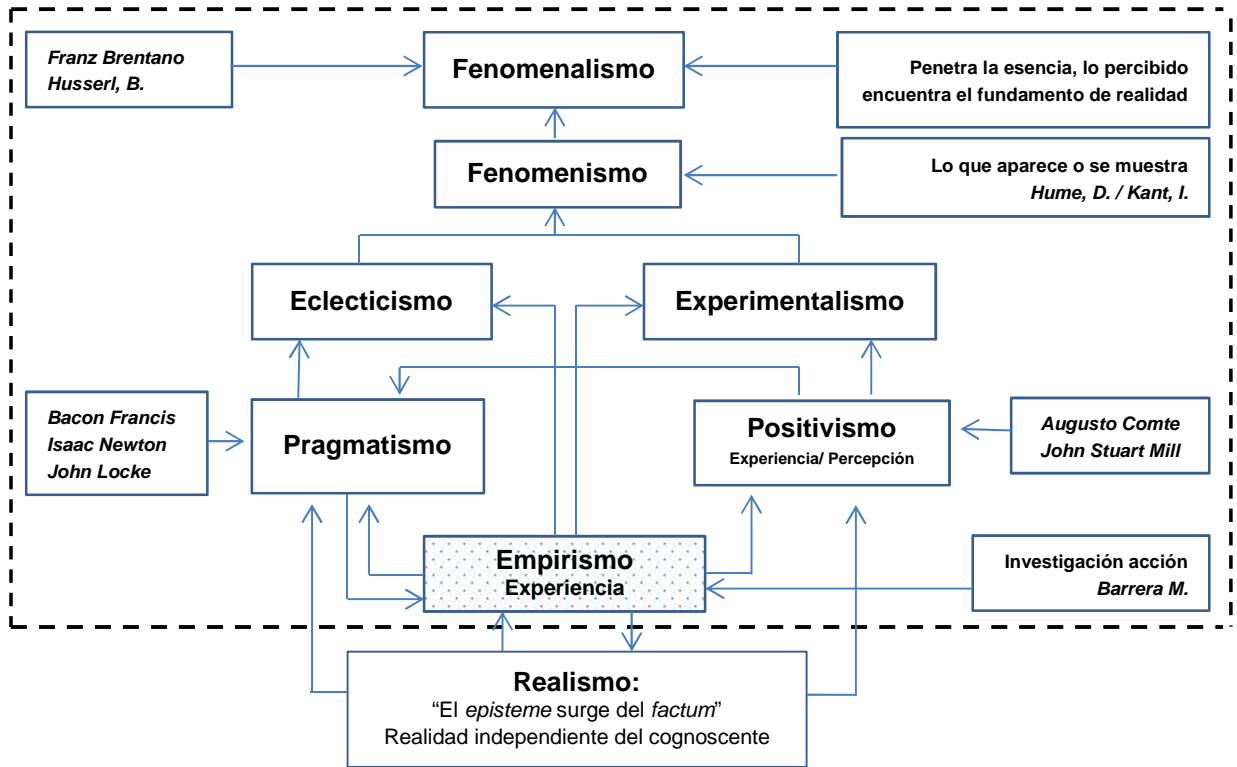
La verdad en este contexto, está determinada por la adecuación de la idea con el hecho. Para el realismo el método por excelencia es la observación, de la que deviene la información en correspondencia con una presentación del hecho en el intelecto.

Por tanto, es conveniente destacar el esfuerzo de recuperar el proceso gerencial hospitalario que ha seguido la ciencia en la historia, su desarrollo, su evolución y revolución. Las circunstancias que han enmarcado el quehacer científico de la gerencia hospitalaria, ha producido un despertar en los modelos explicativos y su esencia cosmovisional.

Debe señalarse que el método del realismo consiste en observar, tomar notas para precisar y verificar. De esta forma se conoce y obtiene experiencia. En este razonamiento se reconoce la noción de realidad, y durante el proceso también me informo. Es una conveniente percepción mediada por los sentidos como acercamiento directo, recordando la premisa de que todo lo que llega al intelecto, primero pasa por los sentidos.

Adicionalmente, el realismo se basa en hechos, circunstancias, situaciones, eventos y fenómenos que ocurren en la realidad. Un gerente realista concibe primero el mundo material percibido por los sentidos y luego se remite a los hechos, y de su comprensión genera conocimientos y ciencia. Su prueba ontológica es la experiencia. La actitud asumida en este referente es la adquisición de un saber mediante un conocimiento originario (ver figura 10).

Figura 10. Modelo epistémico sustentado en la gerencia hospitalaria.



En este sentido, el gerente realista adopta una actitud concreta y se identifica directamente con el hecho observado. Algunas de sus manifestaciones se convierten en empíricas, derivando el conocimiento desde la experiencia condicionado a la realidad y no al hecho en sí (empirismo). El empirismo o filosofía de la experiencia según *Barrera, M.*, (2010; p.69), acepta que "la forma como se desarrollan las cosas y las maneras de participar de ellas como experiencias constituye la única fuente de saber".

El empirismo es un modelo derivado, pese a su aparente conexión con el escepticismo su modelo originario es el realismo. Los métodos del empirismo conducen a reconocer la vivencia, la experimentación como paso necesario para acceder a algún tipo de conocimiento, lo que prepara para actividades de experimentación que a su vez requieren de la aplicación de métodos de verificación fáctica y explicación conduciendo a las derivaciones epistémica de positivismo y experimentalismo.

Uno de los aspectos destacados del gerente empírico es que no se preocupa por el pasado, solo destaca la condición experiencial. Su pensar está fundamentado en la premisa de que todo hecho que se desee tomar como verdad debe ser tomado de la realidad. Se trata de combinar la experiencia y la realidad, aludiendo al experimento para demostrar el conocimiento y fijar los hechos en sí (experimentalismo).

De este modo, se plantea un tipo de gerente hospitalario que obtiene desde la experiencia un grado de perfeccionamiento de la realidad asistencial. Como disciplina se apega de algo y lo conduce a la especialización vía de la experiencia. La práctica se perfecciona una y otra vez hasta mejorar y crear algo mejor, dando origen al extremismo clínico experimental que se observa en hospitales públicos.

El pragmático alcanza la práctica y a nivel de servicios básicos se crean límites y barreras entre los servicios médicos (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia); mientras que el empírico siguiendo la práctica alcanza la experiencia, determinando en los jefes de servicios estilos de gerencia centrados en los resultados basados en la experiencia. El gerente empírico es una extensión del gerente pragmático.

Asimismo, el positivismo es otro modelo que reconoce la primacía de los hechos ante las ideas, las ciencias experimentales, las leyes físicas y biofisiológicas. En este modelo la experiencia prima sobre las ideas y sobre la razón, pero es la comprobación la que emerge como condición necesaria para determinar la validez de lo conocido (*p*) y de aquello que esta por conocerse (*q*), en analogía con el modelo lógico proposicional. Corresponde a una forma de abordar los problemas del conocimiento y de la ciencia a partir del realismo. Los hechos superan las ideas, predominan las ciencias experimentales frente a las teóricas.

El experimentalismo como modelo hace énfasis sobre la necesidad de someter los procesos *ad experimentum* para su posterior evaluación y aprobación. Las ciencias de la salud son producto de este propósito. El modelo concibe la realidad como objeto y sujeto de experimentación. El

criterio experimentalista impera como valor de verdad y razón epistémica. Lo experimental en esta propuesta se asocia con un programa que modifique la conducta práctica y teórica observada.

Para el experimentalismo, el conocimiento debe ser comprobado. La realidad y sus postulados deben ser verificados. El experimentalismo por ende justifica el ensayo y error. La clave para generar un conocimiento acertado consiste en obtener un método capaz de integrar la dualidad teoría-práctica para producir vía experimento un conocimiento dirigido a modificar la realidad.

Igualmente, el pragmatismo, como modelo adopta la postura epistémica soportada sobre la noción de que el valor del conocimiento radica en la actividad práctica que permite conocer y, a su vez, sustentar lo conocido al integrar a este propósito la capacidad explicativa racional. La importancia de este modelo se encuentra en la utilidad que pueda prestar el conocimiento por su valor de uso, por su practicidad, como también por porvenir del ejercicio que garantiza su perfeccionamiento.

En términos generales, el pragmatismo reduce los conocimientos humanos a instrumentos de acción y búsqueda de verdad desde las teorías en su éxito práctico. El pragmatismo se expresa a través de variantes de investigación interactiva entre las que se encuentra la investigación-acción.

El modelo correspondiente al eclecticismo, adopta una postura que exalta el uso de lo mejor y más representativo de cualquier modelo epistémico. Como tendencia es propio aceptar distintas vertientes del conocer y seleccionar de ellas la aplicación más eficiente (practicidad), mejores comprensiones, variadas técnicas y mejores prácticas profesionales. Como método consagra lo mejor de cada ciencia a fin de configurar parámetros de referencia según la intención del investigador.

También se admite que el fenomenismo como la tendencia que se interesa en la aceptación del fenómeno como fuente de conocimiento (lo que aparece, lo que se muestra). Al ser lo que se muestra de interés, deja

de lado la realidad para darle prioridad al efecto proveniente de los sentidos y, en consecuencia, a la experiencia.

En este modelo la percepción es la fuente del conocimiento. La manera como el fenómeno es percibido por el conocedor es determinante, tanto para su conocimiento como para el interés del investigador y para la propuesta. También es conocido como fenomenalismo lo percibido en el contexto.

En resumidas cuentas, a partir de la década de los noventa empezaron a aparecer muchas propuestas para tener personas dentro de una organización estable y de orientación laboral horizontal, definidas y organizadas en base a criterios de gerencia integral y holística. Debe señalarse que estos principios alcanzaron los establecimientos de salud y sus servicios asistenciales, marcando pautas para renovar viejos modelos de asistencia.

Esta nueva tendencia ayudo a variar la percepción que se tenía sobre las áreas de la gerencia sanitaria, la administración hospitalaria, y la gerencia hospitalaria. También influencio el sector de gestión en salud y el cambio de enfoque administrativo se hizo presente como una exhortación para la adopción de buenas prácticas a todo nivel, con compromiso organizacional.

La gerencia hospitalaria adquiere diferentes connotaciones según el enfoque epistémico, pasando de una gerencia sinérgica a una concepción gerencial sintagmática, superando el “dogma” y aceptando el “tagma”. Se considera la práctica gerencial sintagmática como una acción que precede el desempeño hospitalario incluyente de estos modelos epistémicos, lo que ha determinado gran variedad de estilos gerenciales siguiendo preceptos de los modelos epistémicos, sin excluir opciones, al contrario integrando lo mejor de su desempeño y accionar (*benchmarking epistémico*). Pensar paradigmáticamente es una referencia presente en este estilo de gerencia, respetando los paradigmas originarios y sus relaciones.

El modelo de gerencia sintagmática acepta un actuar paradigmático en un contexto privilegiado por posturas dialécticas de afirmación, negación y contradicciones organizacionales, donde la organización es un medio para la satisfacción de sus fines y el usuario acepta los límites que impone la organización. Se parte de una nueva dualidad individuo-organización, una singularidad que representa realmente el momento de la organización como verdad dialéctica.

Sin dudas, una perspectiva de este tipo representa una postura empírico-pragmática y lo cognitivo se asume como esencia y disposición para el aprendizaje gerencial. Lo intuitivo (*eidos*), se convierte en un elemento integrador del conocimiento.

En este contexto emerge la gerencia sintagmática transformadora como una herramienta que facilita hacer síntesis, permitiendo la creatividad lógica, para abordar los problemas que pueden suscitarse en el futuro. La intuición permite enmarcar la realidad en contextos, que son altamente variables como lo impone la dinámica poblacional, el comportamiento humano y en consecuencia la atención hospitalaria

Modelo eulerizado de gerencia sintagmática

El modelo eulerizado describe en su concepción inicial la importancia de las funciones administrativas y termina trascendiendo hasta alcanzar la gerencia sintagmática, en sentido amplio objetiviza y materializa la propuesta gerencial. En la tradición heredada de modelos gerenciales significa que el trato modelístico es equitativo, histórico y político, sin descuidar la equidad social e inclinándose por considerar la gerencia como una ciencia social transdisciplinaria no excluyente en búsqueda incesante del bienestar de la sociedad (salud social).

Este tránsito entre el modelo y lo histórico deviene en un conjunto de procesos que guían las organizaciones sociales históricamente asentadas entre los principios de igualdad, compromiso y derechos garantizados para la población.

Inscrito en el modelo eulerizado, la gerencia sintagmática hospitalaria es la carga de la prueba. Para alcanzar esta distinción es necesario integrar conocimientos de niveles anteriores en una práctica reconocida por todos los actores intervinientes. En su sentido amplio es sistematizador de saberes desde las profesiones y disciplinas, integra teoría, principios y leyes y hace comprensible el fenómeno en el todo.

El sintagma en esta concepción puede ser visto como técnica, como método o como actitud intelectual. Como técnica, se acude a él para obtener en un momento determinado información relacionada con eventos de interés. Como método es un recurso para hacer las cosas y como recurso intelectual nos remite a ubicarnos en contexto, acercarnos a él y percibirlo con detalles.

El sintagma como actitud intelectual implica apertura y comprensión ante los diversos paradigmas y permite adoptar capacidades conciliadoras para percibir procesos interactivos. En el modelo eulerizado la holística concibe el todo desde la interacción constante, dinámica, potenciada sus límites, hasta trascender o generar nuevas comprensiones. El proceso hacia la globalización del conocimiento, la comprensión integradora y el desarrollo transdisciplinario, se conoce como expresión de lo holística (ver figura 11).

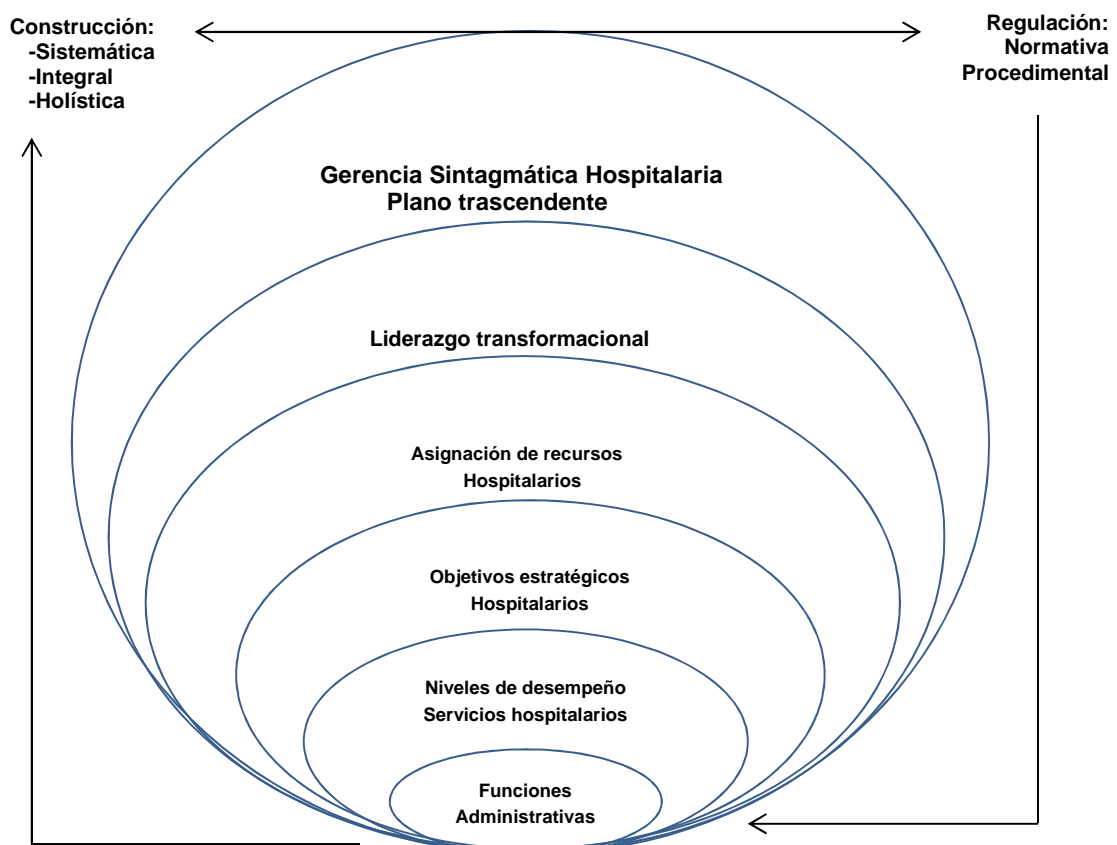
Los planos intelectivos en sí mismos se integran en una realidad producto de las interacciones, por sus campos de acción se entrecruzan y por sus efectos trascienden hasta alcanzar un nivel superior (gerencia sintagmática hospitalaria).

La apreciación de un hecho cualquiera está dada por la aprehensión holística de las distintas interacciones del objeto de análisis, por lo cual se obtienen un mejor entendimiento del suceso. Es la ilación de los eventos y la tendencia a rebasar estructuras y límites lo que determina los sucesos, es la relación profunda entre lo inmanente y lo trascendente. El movimiento, la interacción, la trascendencia, la actividad

son constantes en el ámbito del modelo concebido para cada plano o nivel de abordaje gerencial.

Con referencia al modelo eulerizado representa una propuesta de concepción holística de la realidad en procura de mejora hospitalaria y puente entre la transición de un hospital tradicional hacia la concepción moderna de hospital. Los planteamientos realizados, expresa un cambio planificado si abandonar el todo, mejorar la calidad de atención manteniendo costes bajos, alejarse del pensamiento de “adquirir equipos” para acercarse al de “optimizar servicios”, adopción de tecnología racional y retomar el aprendizaje como valor intelectual y agregado asistencial.

Figura 11. Modelo eulerizado de gerencia sintagmática.



Población venezolana (Dic, INE, 2013); 29.880.000 habitantes. El 85% corresponde al área urbana y un 14,90% al área rural. El 34,90% ubica al segmento menor de 18 años, un 59,36 % corresponde a la población económicamente activa y un 5,73% pertenece a la población mayor de 65 años. La capacidad funcional de camas-hospital es de 19.026. El requerimiento normado (OMS-OPS) es de 90.000 camas-hospital. Déficit calculado de 70.974 camas hospital para atención de la demanda con una infraestructura de 300 hospitales de los cuales 243 son de mediana y alta complejidad arquitectónica y operativa, con un crecimiento interanual de 15 % poblacional. La expectativa de vida es de 74,7 años.

El modelo de gerencia sintagmática eulerizada desde esta perspectiva, destaca especial atención a la administración de recursos, combinando los factores tangibles e intangibles para obtener un adecuado aprovechamiento de su disponibilidad por servicios, centrada en una organización flexible para actividades esenciales. Es conveniente anotar, que estas condiciones se acercan a una filosofía de trabajo orientada a la eficiencia dirigida por el uso racional de inventarios.

Por servicio hospitalario, en este modelo identificamos lo intangible, lo indefinible sin concreción de materialidad, lugar común de la misión y visión hospitalaria. Pero también reconocemos que los servicios son elaborados por empresas con las mismas características que siguen los ciclos económicos de los países, bienes y teorías explicativas (econométrica). En este punto el nivel de desempeño de los servicios se mueve entre la asignación de recursos y las funciones administrativas.

La descripción del término holística en el modelo eulerizado alude a la tendencia que permite entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora como también a una teoría explicativa que orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos.

La construcción holística se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades, integrar objetivos y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado.

En relación con otros *holos*, vale decir, con otros eventos, asume la complejidad expresa de múltiples relaciones, y está en permanente relación. El *holos* (el uno), es múltiple en sus manifestaciones donde convergen relaciones diversas y continuas, a veces insólitas y paradójicas. Constituye la unidad de referencia para el estudio y

comprensión de los eventos y de la realidad, en un contexto de relaciones e interacciones multidimensionales constantes.

Vista la realidad de esta manera, se podrá percibir como dinámica, interactiva y creativa, ya que al desplegarse en el contexto, no es sino la evolución misma contextual. En consecuencia, los procesos naturales, el crecimiento, las relaciones, las actividades intelectuales, todo, estaría influenciado o realizado dentro de consideraciones holísticas; esto significa, conformación particular de un proceso en el cual la determinación o la precisión de las cosas se logra por múltiples relaciones, eventos dinámicos, sinergias y expresiones de contexto.

Es innegable que el *holos* alude, entonces según *Barrera F.*, (2010; p.13) en su texto *Holística*, al contexto, a complejidades, a realidades objeto de estudio, signadas de imbricación. Esto conlleva la particularidad de que esta relación con otros eventos, con otros *holos*, manifiesta una condición dinámica. Por su parte la *Holística*, corresponde a la comprensión filosófica que propicia una visión del mundo, de la vida y de sí mismo desde su integralidad, con sentido de trascendencia.

En todo caso, la holística representa una oportunidad para trascender la fragmentación y el reduccionismo hacia experiencias en las cuales se aprecia como el efecto de totalidad determinada el sentido de las cosas. La holística como tendencia persigue entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una condición interpretativa orientada hacia la comprensión integral de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos.

En la perspectiva que aquí se adopta, el *holos* se refiere a la manera de ver los eventos siguiendo las ideas de *Barrera (op. cit; p.12)*, en su enteridad y en los aspectos que los componen, en relación con el contexto y sus variadas vinculaciones, pues de esta forma se pueden precisar condiciones, particularidades y procesos que por lo regular no se

perciben si se estudian los aspectos que conforman el evento por separado.

Tanto *Goldstein (1934)* como *Barrera (2010)*, convergen en el sentido de apreciar la vivencia en la totalidad, en el estudio de las posibilidades que se presentan, y también la esencia de las cosas que puede ser apreciada y relacionada, sea como evento en sí, o como proceso.

Según la comprensión holística, el todo y cada una de las sinergias están estrechamente ligados con interacciones constantes y paradójicas (Barrera, *op. cit.*, 1996). Esto quiere decir que cada acontecer está relacionado con otros acontecimientos, los cuales producen entre sí nuevas relaciones y eventos en un proceso que compromete el todo.

Cada hecho constituye un acontecimiento, conociendo que cada circunstancia produce una serie de nuevas situaciones, las cuales de alguna u otra manera influyen sobre sí y sobre los otros, en el más amplio contexto.

Este proceso relacional, esta Holopraxis social, afecta el todo en sus posibilidades y crea a su vez una aprehensión novedosa en el campo de la investigación y de la vida misma ya que si el humano trata de determinar sus propios límites, la orientación holística conduce a aceptar que el lindero de toda comprensión, vivencia y razón de ser, está en las interacciones de cada evento, así como también en el sentido de trascendencia.

La comprensión holística ha estado presente en el desarrollo del pensamiento humano. El conocimiento, desde sus inicios, es holista, parte del propósito universal relacionado con los eventos, con los procesos y con las apreciaciones para derivar progresivamente hacia aspectos de las realidades comprensivas en dichos procesos, bajo el amparo de la condición gestáltica de la naturaleza y de la vida.

Las dificultades conceptuales de un hospital como empresa de salud son superadas en los modelos propuestos (lógico, epistémico y eulerizado). Lo destacado para las tres visiones se centra en superar las connotaciones que presenta; (a) la relación médico-paciente; (b) la oferta–demanda de servicios; (c) la asistencia-desempeño hospitalaria. Percibidas en igualdad de condiciones los paradigmas permiten abordar el enfoque sintagmático equivalentes a varias disciplinas que incluye las profesiones en salud, las ciencias administrativas y las ciencias sociales representando la esencia del núcleo sintagmático, otorgándole una perspectiva transdisciplinaria.

El sintagma alude al proceso integrativo de ideas y valores producto de las relaciones del conocimiento o de los distintos modelos epistémicos. Es la resultante de un proceso en donde convergen distintos aspectos.

En la construcción de la propuesta gerencial, se consideraron cuatro ideas; convergentes, dinámicas, integrativas y fundamentales que actuaran como ejes articulantes que permitirán alcanzar los objetivos de la propuesta y desarrollaran los procesos medulares en los hospitales, las cuales se presentan a continuación.

Se trata de ejes articulantes, que proporcionarán a la propuesta de gerencia sintagmática y a sus modelos concebidos, una secuencialidad de pensamiento holístico. La condición iterativa explica las características del conocimiento con base en la integración del saber anterior en el nuevo conocimiento. Esto explica en un momento determinado, porque el conocimiento tiene las características aparentes de repetición, pero bajo condiciones distintas, siendo entonces la metáfora del espiral que propone una acción intelectual, se expande en saber fortaleciendo sus niveles comprensivos del conocimiento existente, y adquiere visos de circularidad.

La condición iterativa se explica por la secuencia; integralidad-diversidad-interacción-realimentación, en correspondencia con los objetivos específicos de la propuesta y determinada por varios pasos; percepción-aprehensión-comprensión-integración-trascendencia.

La secuencialidad trascendente como proceso iterativo conecta con cualquier otra secuencialidad posible, debido a que las oportunidades se pueden orientar dinámicamente en un conocimiento proyectivo en otras explicaciones.

Diseño metodológico y ejes articulantes de la propuesta gerencia sintagmática.

Las dimensiones de la propuesta antes desarrollada, opera como un sistema de componentes que se encuentran estrechamente vinculados e interrelacionados, mediante los ejes articulantes, que vienen a representar acciones externas que van a permitir interconectar todos los componentes de manera apropiada.

Por lo demás toda reflexión resulta inscrita en el pensar paradigmático como aquel que percibe la realidad a partir de un conjunto preestablecido de ideas y por medio del cual se interpreta lo que se percibe. Se establece un paradigma correspondiente y una manera particular de ver, juzgar y actuar. También se tiene una actitud perspectivista referida a la ubicación de cualquier gerente con respecto a la realidad, desde su manera de ver las cosas. Esta es un actitud que reconoce otras formas de conocer, lo contrario al paradigma (manera rígida, absoluta y excluyente de concebir la realidad). Los paradigmas están asociados a los modelos epistémicos.

El sintagma alude al proceso integrativo de ideas y valores producto de las relaciones del conocimiento o de los distintos modelos epistémicos. Es la resultante de un proceso en donde convergen distintos aspectos.

Ante estas situaciones, se suman otros aspectos de interés administrativo, tecnológico y operativo con productos intermedios propios de una unidad estratégica asistencial. Seguidamente se presenta el modelo de gerencia sintagmática para optimizar la gestión hospitalaria en conjunto, donde se aprecia la integración de los componentes, dimensiones y ejes articulantes. Al introducir conceptos de eficiencia, productividad y costes, la gerencia hospitalaria se complejiza, por lo que se hace necesario la clasificación de los servicios, sus rendimientos y su grado de aprovechamiento.

La gerencia sintagmática operaria como una ciencia con secuencialidad integrativa y secuencialidad trascendente del conocimiento. Ambas considerarían las condiciones de las disciplinas, la integración de conocimientos, intención comprensiva de los eventos (lineamientos gerenciales). El núcleo de interés común es el usuario, la población en torno a los cuales se argumenta las ideas y articulan las nociones gerenciales.

La secuencialidad integrativa del conocimiento, por su parte está presente en la aplicación y ejecución de la propuesta. En ella está inscrita la ejecución de iniciativas debido al componente volitivo, gerencial y social. A su vez comprende la verificación, que puede presentar un corte positivista, pues tiene relación con un cierre epistémico basado en el realismo (ontologismo materialista) que tiene como consecuencia la constelación de hechos y la obtención de condiciones formales, tangibles, capaces de justificar como evidencia el propósito del saber. Es una iteración basada en la pragmática, en la holística y en los activos experienciales.

La secuencialidad trascendente del conocimiento, se explica con el sentido de continuidad que los acontecimientos presentan, especialmente cuando son vistos como procesos continuos. Esta secuencialidad evita el cierre hermenéutico de la propuesta, como también impide la circularidad del método. Las proyecciones de nuevo conocimiento y prácticas gerenciales migran hacia efectos analíticos, predictivos y proyectivos.

La secuencialidad trascendente propicia el surgimiento de oportunidades y la determinación de opciones, algunas de las cuales conectan con situaciones anteriores, otras con condiciones futuras y no faltan las circunstancias, los eventos y las evidencias que admitan el encuentro con factores o situaciones más allá de lo percibido. En este punto es vital destacar que esta secuencialidad trascendente explica porque el saber en gerencia no se agota, que la actividad investigativa prosigue porque las circunstancias son distintas en cada momento y estilo gerencial.

Las políticas que se presentan a continuación, fortalecen las acciones gerenciales de los componentes, las dimensiones y los ejes articulantes a saber;

6. Debe realizarse una revisión continua y periódica sobre la gestión y la gerencia hospitalaria.
7. Analizar de manera racional los pros y los contras de la toma de decisiones administrativas.
8. Capacitar al personal administrativo que labora en el área de administración en todo lo referente a gestión de recursos, administración de inventarios y planificación estratégica.
9. Realizar e implementar un sistema de información gerencial automatizado orientado al fortalecimiento de la gestión hospitalaria.
10. Asignar recursos financieros, humanos, técnicos, materiales y de información para los lineamientos estratégicos.

En este escenario, que plantea la propuesta es indispensable referirse a uno en particular, la prestación del servicio y la información tecnificada y automatizada. La información puede apoyar la gestión interna, así como permite la regulación entre entidades, personas, y dependencias. La información como servicio público contribuye a la gestión, aportando datos confiables, objetivos y oportunos que coadyuva

la toma de decisión, minimiza las debilidades y mejora la prestación del servicio asistencial (ver factibilidad de la propuesta).

Para cumplir con la implementación y ejecución de la propuesta se requiere de una política clara en la asignación de recursos, dotación de personal, apoyo financiero, material y soporte tecnológico. El fortalecimiento de la gestión depende de los lineamientos y estos de los recursos disponibles. La conformación y distribución de recursos deberá establecerse según los criterios de:

1. Talento Humano (TTHH): constituido por el personal que labora en el hospital y junta directiva.

2. Recursos Financieros (RRFF): conformados por activos líquidos, los pasivos y el capital.

3. Recursos Materiales (RRMM): comprende todos los activos tangibles del hospital, instalaciones, equipos, mobiliario y otros.

4. Recursos Tecnológicos (RRTT): están constituidos por todo conocimiento, destrezas, métodos y herramientas que permitan al hospital llevar a cabo las actividades, entre ellos se mencionan los sistemas computarizados, contabilidad de costos, presupuestos e información gerencial.

5. Recursos de Información (RRII): conformados por los datos, estadísticas hospitalarias, indicadores de medición y otros.

Fases de implementación de la propuesta

Para lograr el éxito de la propuesta gerencial sintagmática, se indican a continuación las estrategias secuenciales de acción a seguir para su implementación y que guardan correspondencia con cada uno de los objetivos específicos presentados tanto en el estudio diagnóstico como en el desarrollo de la propuesta, así mismos es oportuno señalar que dichas estrategias están estructuradas de acuerdo a las tres grandes fases que se siguen en un proceso de gerencia hospitalaria, los cuales son;

1. Fase de participación o de preparación; donde se informa y convence al personal de los servicios sobre el proceso de cambio y mejora deseada. También se indica los resultados esperados y la importancia de participación en la construcción de una nueva visión, cultura y estilo de liderazgo asistencial.

2. Fase de formación y de integración; donde los gerentes, jefes de servicios y personal comparten sus experiencias, brindan su colaboración desinteresada, y ofertan libertades potenciales para identificar problemas, desarrollar planes de acción y en consecuencia conformar equipos de trabajo, que promueva el aprendizaje organizacional, nutriendo permanentemente los talleres de desarrollo gerencial.

3. Fase de evaluación e internalización; en la cual se consiguen las metas y resultados más altos, se incrementa la competencia, se potencia la autoestima de los colaboradores, y los líderes se convierten en fuente de consulta.

Para cumplir con la implementación de la propuesta será necesario llevar a cabo una serie de talleres, seminarios, cursos, inducciones dirigidos a los gerentes y jefes de servicios del hospital (programa de capacitación gerencial permanente).

Seguidamente se detalla la estructura de los talleres de capacitación gerencial, diseñados en función de los objetivos específicos, las dimensiones y los ejes articulantes (ver cuadro 18).

Cuadro 18. Diseño de talleres de capacitación gerencial.

Taller 1 : Promoción y Sensibilización Gerencial (4 sesiones de trabajo / 4 horas c/u)			
Objetivo general	Objetivos específicos	Contenido	Actividades
Promover y sensibilizar a los gerentes asistenciales en relación al tema y aporte de ideas.	<ul style="list-style-type: none"> -Informar sobre modelo de gerencia sintagmática hospitalario -Sensibilizar sobre el cambio y optimización de gestión en servicios 	<ul style="list-style-type: none"> -Descripción de modelo gerencial. -Funciones administrativas. -Criterios de gestión hospitalaria. -Servicios claves y esenciales. -El cambio y su impacto hospitalario. -Abordaje de problemas -La cadena de valor asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incorporación de participantes en jornada. -Consenso de modelo de gestión. -Realizar Diagnostico situacional -Destacar el liderazgo para el cambio. -El cambio, la organización y el ser humano.
Estrategias		Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> -Foros participativos, conferencias de expertos , <i>e-learning</i> -Dialogo de experiencias -Mesas de trabajo – Producto final evaluado -Dramatización <i>in company</i> 		<ul style="list-style-type: none"> -TTHH: gerentes participantes –facilitadores. -Materiales: trípticos-video-Multimedia-cine foros. -Físicos: espacio de infraestructura. 	

Taller 2: Liderazgo Transformacional (3 sesiones / 4 hs. cada una)			
Objetivo general	Objetivos específicos	Contenido	Actividades
Formar un líder gerencial con visión de institución prestadora de servicios como espacio de convergencia de acciones asistenciales.	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer nociones de liderazgo. -Interpretar las funciones de un líder. -Asumir acciones reflexivas como acción. -Construir un pensamiento teórico-metodológico. -Fomentar la conducta ética en la praxis gerencial. 	<ul style="list-style-type: none"> -Descripción de liderazgos -Liderazgo transformacional. -Reflexión y acción -Participación y comunicación -Conducta ética y gerencia -Herramientas gerenciales del líder. -Procedimientos , plan y programa asistenciales -Preparación de plan estratégico. -Objetivos estratégicos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer la práctica organizativa del líder. -Capacidad de construir y crear. -Aprender de un líder. -Formar equipos de alto desempeño. -Propiciar cultura institucional -Definir liderazgos planificadores. -Análisis bajo matriz FODA-ABC-CMI.
Estrategias		Recursos	
<ul style="list-style-type: none"> -Foros, Discusiones críticas reflexivas, <i>e-learnig</i> -Mesas de trabajo- Foros interactivos -Dinámicas grupales. -Vivencias experienciales en servicios -Reflexiones, producto evaluable. 		<ul style="list-style-type: none"> -TTHH : gerentes participantes-facilitador -Materiales : trípticos –multimedia-video -Físicos: espacio de infraestructura. 	

Taller 3: Aprender de la Organización (4 sesiones / 4 hs. cada uno)			
Objetivo general	Objetivos específicos	Contenido	Actividades
Desarrollar una actitud proactiva para el aprendizaje organizacional	<ul style="list-style-type: none"> -Caracterizar la institución capaz de aprender. -Conocer la organización inteligente. -Lograr acciones comunicativas. -Fomentar una mentalidad abierta al cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Organización inteligente. -Comunicación gerencial. -Capacitación como medio de aprender -Apertura a los cambios -Cambio organizacional -Dominio de inventarios, márgenes de seguridad y rotación de inventarios. -Estandarización de procesos asistenciales -Continuidad asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar las situaciones cotidianas como aprendizaje. -Desarrollar una organización inteligente. -Establecer situaciones reales potenciales para el cambio.

Estrategias	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> -Foros – conferencias de expertos -Mesas de trabajo- foros interpersonales -Reflexiones -Encuentros dialógicos -Dialogo de experiencias -Presentación de estudio de caso 	<ul style="list-style-type: none"> -TTHH : gerentes participantes-facilitadores -Materiales : trípticos-multimedia-video-pizarra -Físicos: espacio de infraestructura.

Los talleres propuestos, reúnen criterios de acercamiento entre los gerentes, sus problemas comunes y potenciales soluciones, integrándolos en una dinámica participativa, proporcionándoles ventajas de aplicación en contextos reales (programas gerenciales *in company*, *intraservicios*). Son directrices fundamentales para el modelo ya que dotarán a los participantes de todos los conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos que le permitirán adoptar y ejecutar en su praxis gerencial el nuevo modelo de gerencia con acreditación gerencial y asistencial.

El programa de capacitación de gerencia sintagmática transformadora y gestión asistencial integral posee varios propósitos para elevar el nivel de desempeño dentro de un contexto hospitalario fundamentado en conocimientos, habilidades y destrezas sobre la gerencia estratégica. El método de capacitación gerencial adopta métodos complementarios y posee los siguientes alcances:

A. Método Informativo: utilizado para dar al gerente una instrucción sobre el cambio organizacional de tipo estructural, sistemático y funcional que evite desvíos en la programación de desempeño gerencial.

B. Método Educativo: basado en orientaciones recibidas y bajo asesoría técnica o de experto en gerencia.

C. Método del Conferencista: utilizado cuando se busca la opinión o ideas fuerzas de los asistentes al curso. Proporciona situaciones específicas y problemas complejos dentro y fuera de la organización.

D. Método de seminario: se aplica con la finalidad de que los participantes intercambien sus ideas y experiencias sobre el tema que se desarrolla, bajo la dirección de instructores calificados que intervienen para realizar aclaratorias, o corregir conceptos mal utilizados con la base

de conocimientos, habilidades y destrezas que se pretenden aportar a los directivos mediante lineamientos de gerencia estratégica.

Los talleres de capacitación tienen un alcance de corto plazo (11 semanas distribuidas en 11 sesiones de trabajo de cuatro horas cada sesión, lo que representa 44 horas presenciales por participante distribuidas en 3 meses continuos). El curso completo agrega 60 horas no presenciales para el cumplimiento de actividades *ad hoc*. El cumplimiento del programa de capacitación y su temporalidad es vital para la implementación de la propuesta ya que posee un estándar de acreditación institucional avalado por autoridades sanitarias superiores, contribuyendo al trazado de condiciones del componente gerencial, ritmo de aprendizajes administrativos en servicios, ejecutorias de tareas gerenciales y evaluación de escenarios de gestión.

El tiempo estimado de ejecución en términos de horas-gerente influye en la formación profesional, experiencia, capacitación y asimilación, por lo que debe ser permanente.

Recursos para la Ejecución de la propuesta

La ejecución consiste en realizar un programa de actividades planificado con los jefes de servicios, donde se determinen los cursos correctos de acción que habrá de seguirse, la sucesión ordenada de las operaciones para llevarlos a cabo y la fijación de tiempo y recursos necesarios (*in situ, in company y endógeno*). Se recomienda a continuación un conjunto de acciones, con la finalidad de que se logre con éxito la ejecución de los lineamientos estratégicos:

- 1.-Reunir al personal administrativo, jefes de servicios y trabajadores con el objeto de comunicarle el contenido de la propuesta, su alcance y dimensiones, así como responde a sus expectativas inmediatas (sesión de trabajo de 2 hs.)

2.-Explicar al personal de forma detallada, precisa y concisa, los diversos aspectos que contiene los lineamientos estratégicos, contenidos de los talleres y el grado de cumplimiento perseguido (por servicio y publicados en cartelera)

3.-Ejecutar las estrategias formuladas con la finalidad de lograr los objetivos y metas planificadas (estrategias presenciales, indicativas e interactivas), definiendo en consecuencia los comité de seguimiento *ad hoc*.

4.-Realizar monitoreo y control de los lineamientos estratégicos de la propuesta según los objetivos y dimensiones de la propuesta (informe de gestión).

5.-Proporcionar realimentación informativa de la ejecución y nivel de desempeño de los lineamientos estratégicos (comité de evaluación).

Los indicadores de gestión (cuadro 19), son variables asociadas a los objetivos específicos de la propuesta que se utilizaran para medir el logro de resultados de la propuesta. Constituyen una herramienta y el instrumento fundamental para el control de los recursos que se llevan a cabo dentro de las actividades.

Estos indicadores se someterán a discusión previa con los participantes con la finalidad de mejorar su contenido y negociar condiciones que los acerque a una perspectiva propia (paradigma ganar-ganar). El nivel de desempeño puede ser monitoreado, auditado y realimentado. Esta medición de desempeño puede ser realizada con base a los indicadores de gestiones cuantitativas (medibles) y cualitativos (evaluables). Él informa final contendrá resultados de autoevaluación, coevaluacion y heteroevaluacion.

Cuadro 19. Indicadores de gestión para la propuesta

I.-Indicadores Cuantitativos (medibles en tiempo real) :
1.1.-Desempeño organizacional en términos de porcentaje logrado. 1.2.-Rendimiento hospitalario de cama-hospital. 1.3.-Productividad hospitalaria por servicio. 1.4.-Eficiencia de gestión y de recursos. 1.5.-Eficacia en resultados y protocolos de actuación.
II.-Indicadores Cualitativos (evaluables en tiempo real):
2.1.-Motivación por el logro. 2.2.-Deseo de superación. 2.3.-Liderazgo transformacional. 2.4.-Seguridad en sus funciones. 2.5.-Calidad humana. 2.6.-Calidez en el servicio.

Fuente: tabulación propia de la investigación.

La ejecución de la propuesta, desde el punto de vista instrumental, experiencial, vivencial e instruccional debe estar referida al análisis y fortalecimiento de los rasgos gerenciales, sociales, psicológicos, culturales, éticos y laborales que inciden en la gerencia y gestión hospitalaria para evitar sesgo profesionales y disciplinares.

Análisis de factibilidad de la propuesta

Factibilidad general de la propuesta

La factibilidad estará determinada por la posibilidad de concreción real que tienen todos y cada uno de los elementos expuestos en el modelo gerencial propuesto. En este sentido, se presenta el análisis de la factibilidad, tomando en consideración los aspectos humanos, sociales, económicos, políticos, técnicos e informáticos, en que se sustenta la ejecución de la propuesta, que como resultado del estudio se plantea.

La propuesta se considera factible de implementación y ejecución, por cuanto se dispone de la aprobación de estrategias, disposición para resolver problemas de gerencia hospitalaria, adjudicación de recursos, y apoyo participativo para enrumbar la gestión hospitalaria. En este sentido si se realizara un análisis costo-beneficio, costo-impacto, costo-efectividad,

la presente propuesta se podría decir, resultaría ser menos costosa en comparación con los gastos que se generan para resolver un sinnúmero de problemas que están supeditados a un comportamiento gerencial erróneo imprevisto y mal proyectado.

En esta investigación se determinó que el modelo de la propuesta reúne las características de un proyecto factible *per se*, por la búsqueda de solución centrada en una unidad de gerencia y gestión hospitalaria (unidades asistenciales productivas), que garantizarían una información confiable, íntegra, oportuna, y de igual manera agilice las actividades y procesos referidos a la gerencia hospitalaria. Todo esto conduce a determinadas características que deben estar presentes el modelo de la propuesta tales como:

Factibilidad técnica

Se pudo observar durante la investigación que en la mayoría de los hospitales encuestados, se cuenta con los equipos necesarios para la implementación adecuada del sistema de información de avanzada en por lo menos su fase inicial. Todo conduce a considerar que parte de la situación problemática puede ser resuelta desde este ámbito aludiendo lo técnico y lo humano. Esta factibilidad equivale a una capacidad resolutive y operativa en el contexto que le es propio, condicionada por otros factores como la factibilidad política, económica, organizacional y socio comunitario.

La factibilidad técnica exige una comprensión cercana al hospital tecnológico que abarataría costos en su aparte de gastos indirectos y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. Se trata al final de la propuesta de sustituir la mecanización y manualización de actividades por la tecnificación y digitalización en los servicios (salto tecnológico).

Para efectos de la investigación lo que más se destaca en la exigencia gerencial es la determinación de mejorar el hospital técno-operativamente. Por tratarse de un proyecto especial orientado a resolver

problemas reales y potenciales en el corto plazo, seguida de la factibilidad sociocomunitaria, factibilidad económica y por ende de la factibilidad política se hace necesario en el largo plazo plantear la tecnificación hospitalaria y digitalización de data en servicios asistenciales, con conectividad *online* intraservicios y proyección de base de datos para utilidad global en redes y paquetes de protocolos diagnósticos.

Es necesario agregar que para la implementación del sistema automatizado, cada servicio deberá tener acceso a Internet e intranet para poder suministrar la información y posterior acceso de los usuarios. El tema más exigido fue el de digitalizar información clínica de historias e interconectividad intraservicios. Esta disponibilidad de usar y aplicar la tecnología necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la propuesta conduce a otro tipo de factibilidad asociada como lo es la factibilidad socio comunitaria ya que requiere disponer de data organizada y autenticada de la zona de influencia del hospital.

El análisis precedente comporta no solo la capacidad de operacionalizar lo concebido, sino también una disposición por abandonar las ideas que se revelan como obsoletas e inútil basada en los procesos manuales de información. Un sistema de información que sea capaz de dar respuesta adecuada a problema puntual no significa que se debe separar la planificación, la organización y la ejecución del proyecto.

En síntesis es una sistematización con sentido común, pero con un paso de avanzada tecnológica que alude a explicaciones técnicas y operativas. El inventario de equipos, stop, accesorios y consumibles formara parte del cronograma de inversión por cada servicio que se presentó en el capítulo IV desglosado como plan presupuestario del proyecto (anexo E).

El estudio trata de un conocimiento y reconocimiento a las cualidades innatas de estar informado en tiempo real a lo largo de desarrollo de la actividad hospitalaria, en concordancia a la política gubernamental de entrar en el Gobierno Electrónico.

Aquí se evidencian aspectos de sensibilidad para percibir y tratar los problemas inherentes al sistema propuesto; flexibilidad y estabilidad en la direccionalidad de las acciones; adaptabilidad; sinergia y realimentación del sistema.

Factibilidad Socio comunitaria

Esta factibilidad está condicionada por la existencia o no, de barreras socioculturales propias de los ritmos de vida de las comunidades o colectivos cercanas a un hospital sin llegar al hospital-centrismo y a la creación de barreras que pueden en determinado momento obstaculizar por falsas creencias, la realización de cualquier tipo de proyecto tecnológico que se pueda adelantar en función de mejorar en los servicios de salud.

Básicamente están referidos al comportamiento que hace la comunidad de sus servicios de salud en redes (primaria, secundaria y terciaria), acompañando sus niveles de atención. Los hospitales responden a una política de salud de nivel terciario con una organización y equipamiento para tales fines, en consecuencia el salto comunitario de las redes de atención provoca desajustes en la prestación de servicios. Es útil pensar una red a la disposición de un establecimiento de salud para acordar pautas de prevención en salud con direccionalidad permanente.

La tendencia, poco clara de que la tecnología, suplantara las acciones del ser humano, crean desconfianza especialmente si existe ruido informativo y comunicacional entre los habitantes, por esta razón es necesario afianzar y aclarar las dudas al respecto en el campo tecnológico y digital del ciudadano, que fortalezca luego sus creencias, valores y modos de ser de la población, traduciendo otra oportunidad de

presentar esta idea-fuerza como un proyecto de beneficios en la atención hospitalaria.

Estas consideraciones influyen también en el grado de aceptación o consenso social y comunitario (ciudadano electrónico), que es requerido como parte del aval de los sectores comunitarios ya que son actores fundamentales en el acontecer sociopolítico actual, creando la necesidad de una factibilidad económica cónsona con las aspiraciones comunitarias.

Factibilidad Económica

En caso de requerir equipos tecnológicos y talento humano especializado adicional, bajo las categorías de asistencia para hardware y software los servicios del hospital deben contar con el apoyo de las autoridades para aprobar los requisitos, requerimientos y recursos necesarios para la adquisición de la plataforma tecnológica adecuada (hospital virtual y contable).

Para que todo proyecto sea rentable, en especial la sistematización operativa de servicios, redes con historias clínicas y estadísticas vitales, se requiere de un factor que juega un papel fundamental, como lo es lo referente al Costo-Beneficio del proyecto y su Impacto-Beneficio en el nivel de vida de los habitantes objeto de estudio. Otros de los indicadores a evaluar en esta factibilidad es la matriz de costo-eficacia, costo-rendimiento, costo oportunidad y costo-productividad.

Esto adjudica una doble vía al proyecto, viabilidad y operatividad. Los objetivos y metas para ser alcanzado, deben disponer de medios e instrumentos jurídicos legales adecuados y oportunos. Esto quiere decir que el estudio para que sea realizable dentro del marco de posibilidades que ofrece el contexto social, político, institucional y humano, debe ser concebido por consenso sociocomunitario.

Un hecho casi tácito, cuando se habla de viabilidad y factibilidad de un proyecto se hace referencia únicamente a las cuestiones financieras y económicas, sin embargo, en los programas con impacto social, lo que cuenta realmente es la viabilidad y factibilidad sociocomunitaria.

En esta propuesta se observa que ciertos proyectos que buscan expresamente cambiar la estructura de participación y decisión, implican de hecho, o en forma potencial, un choque de intereses de grupos, sectores o clases e implican también cambios mentales, actitudinales y de conducta.

Por tanto la factibilidad está determinada, primero por la sociocomunitaria quien le proporciona la aceptación y luego la política quien le otorga la viabilidad de realización y por último la técnica quien representa la puesta en marcha del proyecto final.

Hasta este momento es necesario destacar que la factibilidad así como la viabilidad no se pueden ni deben separar mutuamente y que los planificadores deben acordar en conjunto las decisiones a la luz de la factibilidad integral. En términos generales, el modelo propuesto no amerita grandes sumas de dinero que abultarían el presupuesto ordinario del hospital para su implementación, solo exige una programación en corto plazo para incorporar cambios tecnológicos debido a que lo que se busca es mejorar acciones, funciones y procesos. Los beneficios obtenidos a largo plazo redundarían en los sistemas de aprovechamiento de información esencial para la red hospitalaria.

Factibilidad política

Para que las anteriores factibilidades tratadas sean realizables, se necesita de factibilidad política, del oficio político como instrumento asistencial, en otras palabras la voluntad y decisión de hacerlo, se trata del apoyo decidido de la más alta autoridad política de quien depende que se realice o no el proyecto.

No se elaboran planes, programas, y proyectos para redactar documentos con buenas intenciones, sino para llevarlos a cabo. Ahora bien, para que se dé una mayor articulación e integración entre la formulación de un proyecto y la decisión de realizarlo, es necesario desarrollar una racionalidad que pasa por ser política después de explorar otras dimensiones de la factibilidad definitiva. Todas estas cualidades agregan valor a la eficiencia y eficacia operativa.

Factibilidad Humana

Otro tipo de factibilidad es la humana, de igual manera, el personal que labora en las diferentes servicios hospitalarios tienen doble rol; son usuarios directo de dicho sistema de información, y además estarán en la disposición de adquirir el conocimiento necesario bajo entrenamiento para manejar efectivamente el sistema, así como impartir conocimiento científico-tecnológico a los usuarios externos e internos que hagan uso del mismo a la hora de realizar una consulta o solicitar una cita. Se propone que esta factibilidad dependa del talento humano empoderado y consciente de la importancia del servicio hospitalario a tiempo con calidad y calidez.

Por ser una propuesta realista en la acción, no hay que confundir lo posible, lo probable y lo deseable. Siempre hay que adecuar lo deseable a lo posible en cada coyuntura y lo posible de cada circunstancia debe apuntar a hacerlo realidad, lo probable en el mediano plazo y lo deseable como el objetivo estratégico. Lo posible, está condicionado por el talento humano, financiero, técnico, social y cultural de que se disponen y por el contexto político y social donde tales objetivos se pretenden alcanzar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aldeguer, S., (1999). *Gestión de Producción Hospitalaria*. (2ª Ed). Mc. Graw Hill.
- Altisem, J., (2001). *Epistemología*, ed. UCALD, Argentina.
- Amezcuca, M., ; Galvez, A.,(2002). *Los modos de analisis en investigación cualitativa en salud. Perspectivas crítica y reflexiva*. Revista de Salud Pública. España.
- Andrade, J., (1998). *Lineamientos Estratégicos para la Gestión de Hospitales Tipo II del Estado Guárico*. Trabajo de Grado de Maestría Publicado. Decanato de Postgrado. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Venezuela.
- Andrade, J., (2013). *El Hospital Productivo*. XX Jornadas Científicas Dr. Arnoldo Gabaldón. Claves para la Universalización y Equidad en el Sistema Público Nacional de Salud. Maracay. Venezuela.
- Aguirre, S., y Tous Z., (1999). *Administración de Organizaciones. Fundamentos y Aplicaciones*. Editorial Pirámide, Madrid.
- Ander-Egg, E. (1995). *Introducción a la Planificación*. Editorial Lumen.
- Ander- Egg, E., (2001). *Métodos y Técnicas de Investigación Social*, Ed, Lumen, México.
- Anthony, W., (1998). *Gerencia Participativa*, Ed. Fondo Educativo Interamericano, México.
- Arias, E., (1996). *Administración de recursos Humanos*. México, Editorial Trillas.
- Arias, E., (1997). *El proceso de Investigación*. Guía para elaboración. Episteme. Caracas.
- Asenjo M., (2000). *Las Claves de la Gestión Hospitalario*, Gestión 2000. Barcelona. España.

Asenjo, M. (2006). *Gestión diaria del hospital*. Ed. Elsevier. España. ISBN : 8445816667.

Ayarza, T., (2005). *Importancia del Modelo de Gestión en los Proyectos de Inversión*. Departamento de Gestión de Hospitales y Red de Urgencia de Colombia. Documento en línea. Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud [Revista en Línea].

Disponible <http://www.gerenciasalud.com>.

Bacallao, J.; Alerm, A., (2002). *La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación bio-social*. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.

Ballestrinil, M., (1997). *Como se elabora el Proyecto de Investigación*. Caracas. Ed, B.L. Consultores asociados.

Barela, M., (1993). *Diagnóstico de la Situación de la Alta Gerencia del Sector Salud en el Estado Carabobo, a través del Estudio de la Planificación*. Universidad de Carabobo. Valencia, Carabobo.

Barquín, M., (1992). *Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica*. 6ª, Ed. México: Interamericana, McGraw–Hill.

Bautista, M., (2006). *Manual de Metodología de Investigación*. Caracas Venezuela.

Bengt, K. (1998). *Manual de trabajo de benchmarking*. Ed. Panorama México.

Bericat, E. (1998). *La Integración de los Métodos Cuantitativo y Cualitativo en la Investigación Social*. Barcelona. España. Ed. Ariel

Bolívar, R. (2008). *El Enfoque Multimétodo en la Investigación Social. Una Mirada desde el Paradigma de la Complejidad*. Revista de filosofía, Número 8, año 4.

Bermejo, J., (1998). *Práctica de Administración Local*. Editorial Bosch.

Bittel, M., (1997). *Planificación y Control*. México. Editorial McGraw-Hill.

Borjas, L. (1995). *Liderazgo Organizacional. Revisión y Visión*. Ensayo y Error. Años III y IV, 2-6.

Bravo, A., (1966). *El hospital moderno como servicio de salud*. Primera Conferencia Regional de Hospitales de la Federación Internacional de Hospitales, celebrada en Bogotá, Colombia.

Brench, R., (1997). *Administración Total*. España. Editorial Siglo XXI.

Briones, S., (1998). *El Liderazgo Basado en Principio*. España, Paidós.

Bronfman, M., Castro, R., (1999). *Salud, cambio social y política. Perspectiva desde América Latina*. Revista de Salud Pública de México. Vol. 41.No.3. Mayo-Junio. ISSN: 0036-3634.

Brom, S., (1996). *Errores Fatales que Incurren los Gerentes*. Ed, Norma. Bogotá, Colombia

Cabrera, L.; Reichart, M., (1996). *El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa*. UCV, Venezuela.

Campos, E., (1996): *Organización de Empresas. Estructura, procesos y modelos*. Pirámide, Madrid.

Cáceres, D., (1996). *Liderazgo; Una Necesidad del Mundo de Hoy*. México. Trillas.

Cabanelas, J., (1997): *Dirección de empresas. Bases en un entorno abierto y dinámico*. Editorial Pirámide. Madrid.

Calva, M. (1996). *Lo que todo ejecutivo debe saber sobre finanzas*. Ed. Grijalbo. México.

Carucci, T., (1999). *Evaluación de Procedimientos y Estilos de Gerencia Municipal*. Proyecto de Asistencia para la Gestión de Cuidados Intermedios., Ed. Fundación para el desarrollo de la gerencia económica y social.

Cerda, H., (2001). *Elementos de Investigación*. Santa Fe de Bogotá. Ed. Buho.

Chávez, P., (1996). *Reconstruyendo la escuela*. Una propuesta para la construcción de proyectos con enfoque estratégico y participativo.

Chiavenatto, I., (1998). *Introducción a la Teoría general de la Administración*. Colombia. Editorial McGraw-Hill.

Chiavenato, I., (1999). *Administración de recursos Humanos*, Ed 3^a. Mc Graw Hill- Interamericana.

Corredor, J., (2004). *La Planificación, Enfoques y Proposiciones para su aplicación en el siglo XXI*, Ed. Vadell.

Cosialls, D., (2000). *Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales*, (3^a Ed.), Harcourt, Madrid.

Deming, E., (1992), *Enfoques Sobre Calidad*. Ed., Fondo UCV, Caracas

Francés, A., (2005). *Estrategia para la Empresa en Latino América*. Editorial IESA.

Frenk, J., (1992). *La nueva Salud Pública. Reflexiones para el debate*. Washington. DC. OPS.

Fromm, E., (1957). *Ética y Psicoanálisis*, Ed. FCE.

Georgopoulos, E., (1988). *El Hospital como Organización de Servicios Humanos*. Mc Graw Hill.

Hartman, R., (1960). *La Estructura del Valor. Fundamentos de la axiología Científica*, Ed. FCE.

Hemel, J., (2004). *Epistemología, fundamentos generales*, ed. USTA, Bogotá.

Hernández, S., (2006). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill.

Hernán G. y Barahona, J. (1997): *Diseño Organizativo de la Empresa*, Editorial Civitas, Madrid.

Herrscher, E., (2006). *Pensamiento Sistémico*. Editorial Granica.

Hill, Ch., (1996). *Administración Estratégica*, (3^a Ed.), Santa Fe de Bogotá.

Hodge, B., y Anthony. W., (1998): *Teoría de la organización. Un enfoque estratégico*. Prentice Hall. Madrid.

Idárraga, M., Acevedo, M., Ramírez, R., (2001). *Gerencia de los Procesos Administrativos. En Hospital y Empresa*. Editor Julio Ernesto Toro. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Colombia.

Iglesias, S., (1983). *Contradicciones y Límites del Discurso Moral*, ed. UMSNH:

Jarillo, J., (1990): *Dirección Estratégica*. Mc Graw-Hill.

Juran, J., (2001). *Manual de la Calidad*, (5ª Ed.), Tomo I, Mc Graw Hill, Madrid.

Kotter, J., (1998). *El factor Liderazgo*, Ed. Díaz de Santos, Madrid, S.A.

Kreitner. R y Kinick. A., (1997): *Comportamiento de las organizaciones*. Mc Graw- Hill.

López, J., (2004). *Planificación y Gestión Pública*. (1ª Edición), Cendes, Caracas.

López, R., (2004). *Nuevas formas de gestión hospitalaria y responsabilidad patrimonial de la administración*. Editorial Dykinson. ISBN: 8497723686.

López T. (2011). *El Hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria*. Revista de Historia Medieval, No. 7.

Malagon, G., (1996). *Administración Hospitalaria*, Ed. Panamericana.

Malagón, L., Galán, M., Pontón L. (1997). *Administración hospitalaria*. 1a Ed. Colombia. Médica Panamericana.

Malamud, C., (1985). *Manejo del Hospital Público y Privado*. Editorial Panamericana.

Martínez, M., (2006). *La investigación cualitativa*. Revista IIPSI. Facultad de Psicología. Universidad Santa María. Venezuela.

Matus, C., (1987). *Política, Planificación y Gobierno*, Ed. SRL, Caracas, Miguel García, Venezuela.

Méndez, A., Torres, A. Cristina, M. (2010). Doi: 10.1590/S0034-89102010000200019 *Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. Rev. Saúde Pública.*

Minstzberg, H., (1971). *El Proceso Estratégico*, Ed. Diana, México.

Molins, A., (1998). *La Estructura de las Teorías Científicas*, Madrid, Ed. Nacional.

Morcillo, P., (1997): *Dirección Estratégica de la Tecnología y la Innovación: un Enfoque de Competencias*. Editorial Civitas, Madrid.

Navas, E., (1993). *Gerencia Hospitalaria Calidad y productividad, caso Hospital Dr. Israel Ranuarez Balza*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Central de Venezuela. Caracas-Venezuela.

Nobuera, E., (2004). *Modelo de Liderazgo que propicie el Aprendizaje Organizacional*. Tesis Doctoral no Publicada. Doctorado en ciencias de la educación, universidad Santa María, Caracas.

Oficina Panamericana de la Salud (OPS), (1993). *Acreditación de Hospitales para América Latina*, Caracas, Venezuela.

Ohmae, K., (2005). *La Mente del Estratega*. Editorial Mc Graw-Hill.

Organización Mundial de la salud (OMS), (1994), *El Hospital Público tendencias y Perspectivas*. Washington, D.C.

Ortiz, S., (2006). *Visión y Gestión Empresarial*. Editorial Thomson.

Pastor, S., (1983). *La Administración por Objetivos*, Ed. Universo Gerencial.

Peters, T., (1984). *En busca de la Excelencia*. (15ª Ed.). Grupo Norma. Bogotá.

Pimentel, S., (2004). *Lineamientos Estratégicos de Planificación para Optimizar la Gestión Gerencial del Instituto de Previsión Social de la Policía*, Estado Guárico.

- Pineda, E., (1994). *Metodología de la Investigación* (2ª Ed.). OPS.
- Pinto, R., (2005). *Planeación Estratégica de Capacitación Empresarial*. Editorial Mc. Graw-Hill.
- Pueyo, C., (1995). *Admisiones Hospitalarias*, (9ª Ed.), Mosby/Doyma, Barcelona.
- Ramírez, T., (1999). *Como Hacer Un Proyecto de Investigación*. Editorial Panapo.
- Requeijo, D., y Luo, A., (1994). *Administración Escolar*, Ed. Biosfera. Caracas.
- Rodríguez, J., (2006). *Decisiones Gerenciales Efectivas*. Editorial Trillas.
- Rodríguez, K., (2005, julio 15). *Barrio Adentro III, Reconvertirá Red Hospitalaria en Hospitales del Pueblo*. El Nacional, Caracas, p C-2.
- Rojo, N., (2003). *La investigación cualitativa. Aplicaciones en salud*. La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ruelas E. (1993). *Calidad, productividad y costos*. Salud Pública México.
- Sabino, C., (2002). *El Proceso de Investigación*. Editorial Panapo.
- Sallenave, J., (1990). *La Planificación Estratégica*. Editorial Norma. Bogotá.
- Samaja. J., (1993). *Epistemología y metodología*. Ed Eudeba.
- Sánchez, J., (2005). *Guía Práctica para la Investigación sin Traumas*. Ed. Feunet.
- Sánchez, G., (2005). *Indicadores de gestión hospitalaria. México*.
- Serven, J., (1993). *Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica*. Editorial DISINLIMED.
- Shewhart, W., (1980), *Control Económico de la Calidad y Manufactura de Productos*, Ed., ASQC, Milwaukee.
- Sonis, A., (1990). *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. (3ª Ed.), El Ateneo. Buenos Aires

Taylor, F., (1971). *Principios de Administración*, Ed., Herrero Hermano, SA.

Temes, M., (2005). *Gestión de Procesos Asistenciales*. Mc Graw Hill-Interamericana, Madrid.

Temes, S, J. (1992). *Manual de Gestión Hospitalaria*. Editorial Interamericana.

Turner, S., (2006). *Herramientas para el Éxito*. Editorial McGraw-Hill.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), (2005). (3^a Ed.). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría*. Fedupel.

Val-Pardo, I., Corella, M. (2005). *Dirección y gestión hospitalaria de vanguardia*. Ediciones Díaz de Santos. ISBN: 8479786833.

Vargas, V., Cubillán, R., y Gamboa, T., (2004). *La eficiencia en un hospital de Maracaibo: su relación con la oferta y la demanda de servicio*. Revista de Ciencias Sociales. Vol. X N° 2. Maracaibo, Venezuela.

Vargas, G, Hernández, B., (2007). *Indicadores de gestión hospitalaria*. Revista de Ciencias Sociales Vol.13 No. 3.

Vasco, E., (1985). *Herramientas Estadísticas Básicas para el Mejoramiento de la Calidad*, (2^a Ed.), Norma, Barcelona.

Vidal, P., Reyes, Z., (1993). *Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad*. Salud Pública México.

William, A., (2006). *Gerencia Participativa*. Ed. Norma. Bogotá.

ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO TIPO CUESTIONARIO
Carta de presentación

Ciudadano (a): _____

Presente.

Fecha: día/mes/año.

Anexo a la presente correspondencia se le está entregando instrumento tipo cuestionario para recolección de datos para desarrollar un proyecto de investigación en el contexto de la organización hospitalaria. La intención es obtener su registro experto y calificado, que se piensa utilizar en el estudio que se adelanta para optar al título de Doctor en Ciencias Gerenciales ofertado por la *Caribbean International University (CIU)*, el cual se titula "*Gerencia Sintagmática asistencial para optimizar Gestión en hospitales del sector público venezolano tipo III y IV*".

A tal efecto, se solicita su valiosa opinión al respecto, dado que sus contribuciones como experto sirven para optimizar la versión definitiva de los objetivos y las variables de la investigación y por ende la tesis doctoral. Se le suministra *ad hoc*, las instrucciones, especificaciones, cuestionario y escala para el desarrollo del test, en un formato establecido para que facilite el vaciado de sus opciones. Atendiendo los preceptos éticos y disciplinarios se garantiza completa confidencialidad en el suministro de los datos.

Agradeciendo su colaboración y receptividad, se despiden de Ud. Su atento y amigo servidor,

El investigador
Jorge Eliecer Andrade

ANEXO A. INSTRUMENTO TIPO CUESTIONARIO

Instrucciones generales:

Antes de proceder a responder el cuestionario es necesario que posea la siguiente información:

1. No es necesario que identifique, ni firme el cuestionario de preguntas.
2. Lea cuidadosamente todo el cuestionario antes de comenzar a responder las preguntas.
3. Responda de conformidad con los hechos reales (ser en el estar / ser en el hacer) y no en función de los ideales (deber ser).
4. No hay respuestas correctas ni incorrectas.
5. Responda espontáneamente de acuerdo con las alternativas que se le presentan (escala de *Likert*)

Alternativa	Símbolo	Valor
Siempre	S	5
Casi Siempre	CS	4
Algunas Veces	AV	3
Casi Nunca	CN	2
Nunca	N	1

6. Marque con una "X" la alternativa que mejor exprese su opinión.
7. Si tiene alguna duda consulte al investigador.
8. Al finalizar, devuelva el cuestionario.

ANEXO A. Cuestionario de recolección de datos
Gerencia Sintagmática Asistencial para optimizar Gestión en Hospitales del sector público venezolano tipo III y IV, 2010-2013.

<i>ITEMS</i>	Alternativas				
	S	CS	AV	CN	N
1.- ¿Poseen los gerentes de servicios hospitalarios un perfil idóneo para el cargo que ocupa?					
2.- ¿A su juicio, conocen los jefes de servicios las obligaciones y funciones inherentes al puesto de trabajo?					
3.- ¿Existen procedimientos gerenciales conocidos para supervisión de insumos hospitalarios?					
4.- ¿Dentro de los servicios hospitalarios existe conocimiento, dominio, control de suministros e insumos médicos quirúrgicos?					
5.- ¿Administra recursos para su servicio hospitalario en un ambiente de riesgo e incertidumbre?					
6.- ¿Participan los jefes de servicios en las decisiones administrativas del hospital?					
7.- ¿Dentro de los servicios hospitalarios existe participación del personal?					
8.- ¿Se utiliza un criterio particular de gerencia hospitalaria?					
9.- ¿Se toma en cuenta las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en los servicios para la toma de decisión hospitalaria y asistencial?					
10.- ¿Se prepara y administra un plan estratégico dentro de la organización hospitalaria?					
11.- ¿Se fomenta y emprenden cambios en función de un plan estratégico hospitalario?					
12.- ¿Prevalece un pensamiento estratégico en los jefes de servicios hospitalarios?					
13.- ¿Actúa Ud., como jefe de servicio con objetividad y racionalidad para solución de problemas administrativos hospitalarios?					
14.- ¿Cómo jefe de servicio establece métodos conocidos y racionales para abordar problemas de su personal, en base a información real y oportuna?					
15.- ¿Posee la alta gerencia hospitalaria una visión holística para la explicación causal de los problemas hospitalarios?					

ITEMS	Alternativas				
	S	CS	AV	CN	N
16.- ¿Los problemas claves de la gerencia hospitalaria, se discuten y analizan en forma conjunta con jefes de servicios?					
17.- ¿Existe en la alta y media gerencia hospitalaria un mecanismo para identificar y priorizar problemas hospitalarios?					
18.- ¿Se establece una comunicación activa con jefes de servicios para decidir favorablemente en los problemas hospitalarios?					
19.- ¿Se establecen los medios informativos para dar a conocer el abordaje de problemas hospitalarios y como se trataran estos?					
20.- ¿Se aplica algún tipo de estrategia confiable para problemas cotidianos y conocidos en los servicios hospitalarios?					
21.- ¿Se conoce algún procedimiento para monitorear, evaluar o seguir los planes hospitalarios?					
22.- ¿La alta gerencia fija pautas para informar a los servicios oportunamente sobre gestión y administración hospitalaria?					
23.- ¿Existe alguna directriz para medir la productividad hospitalaria?					
24.- ¿Se establecen iniciativas de evaluación de rendimiento hospitalario por servicios?					
25.- ¿Existen procedimientos para medir la eficacia hospitalaria?					

ANEXO B

FORMATO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO. VALIDACION EXPERTA

Ciudadano (a): _____

Presente.

Fecha: día/mes/año.

Anexo a la presente correspondencia se le está enviando Carpeta de validación de instrumento por experto que contiene: (a) la portada del trabajo con el título, (b) las interrogantes concebidas para el estudio, (c) los objetivos de la investigación, (e) el cuadro de operacionalización de variables e indicadores y (f) el cuestionario para registro de datos de la muestra y (g) el formato para la validación por experto u hoja de validación. La intención es obtener su juicio experto y calificado, que se piensa utilizar en el estudio que se adelanta para optar al título de Doctor en Ciencias Gerenciales ofertado por la *Caribbean International University (CIU)*, el cual se titula “*Gerencia Sintagmática en Servicios asistenciales para optimizar Gestión en hospitales del sector público venezolano tipo III y IV*”.

A tal efecto, se solicita su valiosa opinión al respecto, dado que sus observaciones como experto contribuirán a optimizar la versión definitiva de dicho instrumento y por ende la tesis doctoral. Se le suministra *ad hoc*, la tabla con la escala de especificaciones de validación para el contenido y construcción de los Ítems considerados en el estudio, en un formato establecido para que facilite el vaciado de sus consideraciones. Atendiendo los preceptos éticos y disciplinarios se garantiza completa confidencialidad en el suministro de los datos.

Agradeciendo su colaboración y receptividad, se despiden de Ud. Su atento y amigo servidor,

El investigador
Jorge Eliecer Andrade

CARIBBEAN INTERNATIONAL UNIVERSITY.

INSTRUMENTO DE VALIDACION

Opinión de experto sobre la representatividad de los ítems correspondientes al cuestionario dirigido a los gerentes y jefes de servicios hospitalarios.

HOJA DE VALIDACION: marcar con una "X"

No ITEM	CONTENIDO		CONSTRUCCION	
	ACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	DESACUERDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Gracias por su participación.

**Anexo C. RESULTADOS DE LA VALIDACION EXPERTA.
COEFICIENTE DE HAYNES. ACUERDOS Y DESACUERDOS**

VALIDADOR Área del conocimiento	Resultados	Acuerdo del Observador (Ao)
1. Gerencia Hospitalaria Adjunta (E) Dirección servicio Autónomo Hospital Central Maracay.	Observaciones sobre ítems: Ítem 4 : Desacuerdo Ítem 7 : Desacuerdo Ítem 20 : Desacuerdo	0,88
2. Gerencia Medica Hospital Universitario de Maracaibo (nivel doctoral)	25 Acuerdos (total)	1
3. Experto en Metodología Función docente universitaria	25 Acuerdos (total)	1
Promedio		0,96

Formula de aplicación:

$$H = \frac{A}{A + D} = 0,96 \quad (0 - 1)$$

Escala de Ruiz Bolívar

0.81 – 1.00	Muy alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja
0.00 – 0.20	Muy baja

Conclusión: en promedio el 96% de los acuerdos según los validadores coinciden con la unidad de análisis en una misma categoría y medida por tres expertos en diferentes disciplinas del saber. La validez de contenido registrada es de 0,96. En medición según escala representa “Muy alta validez”, codificando el análisis del instrumento en una misma categoría por diferentes observadores.

**Anexo D. Resultados de la prueba piloto Hospital Rafael Zamora Arévalo. Valle de la Pascua.
Estado Guárico, 2011.**

VARIANZA TOTAL DE ITEMS (S^2_t)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	3	5	2	1	5	3	4	2	2	1	2	3	5	5	2	3	1	3	3	3	2	1	1	1
2	3	5	2	1	5	3	3	2	1	1	1	2	5	5	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1
3	2	3	2	1	5	2	3	2	2	1	1	1	4	4	2	2	1	3	2	1	1	2	1	1
4	3	4	2	1	5	3	2	1	1	1	2	2	4	5	2	3	2	1	3	2	1	1	1	1
5	3	4	2	1	5	1	3	1	2	1	1	2	5	5	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	3	3	2	1	5	2	3	2	2	1	1	2	5	5	1	2	1	3	2	2	2	2	3	1
7	4	4	2	1	4	2	3	1	1	1	1	3	4	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
8	2	2	1	1	4	3	3	2	3	2	2	1	3	3	1	1	2	1	2	3	3	2	1	1
9	2	4	1	1	5	1	3	1	2	1	1	1	3	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
10	2	4	2	1	5	5	4	2	1	2	2	2	5	5	1	2	1	3	3	3	2	2	1	1
27	38	18	10	48	25	31	16	17	13	14	19	43	45	14	19	13	19	22	18	15	16	10	10	
	2,7	3,8	1,8	1,0	4,8	2,5	3,1	1,6	1,7	1,3	1,4	1,9	4,3	4,5	1,4	1,9	1,3	1,9	2,2	1,8	1,5	1,6	1,0	1,0

S	5
CS	4
AV	3
CN	2
N	1

$$S^2_t = \frac{(X - \bar{X})^2}{n - 1}$$

$$= \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{S^2_i}{S^2_t} \right)$$

$$S^2_t = \frac{390,9}{9} = 43,43$$

K	25
n	10

**Resultados de la prueba piloto
Hospital Rafael Zamora Arévalo / valle de la pascua / Estado Guárico, 2011.**

Anexo C (cont.)

VARIANZA DE LOS ITEMS INICIALES (S²i)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
S1	0.9	0.76	0.9	1	0.96	0.83	0.77	0.8	0.85	1.3	0.7	0.63	0.86	0.9	0.7	0.63	1.3	0.63	0.73
S2	0.9	0.76	0.9	1	0.96	0.83	1.03	0.8	1.7	1.3	1.4	0.95	0.86	0.9	1.4	0.95	0.65	0.95	1.1
S3	1.35	1.26	0.9	1	0.96	1.25	1.03	0.8	0.85	1.3	1.4	1.9	1.07	1.12	0.7	0.95	1.3	0.63	1.1
S4	0.9	0.95	0.9	1	0.96	0.83	1.55	1.6	1.7	1.3	0.7	0.95	1.07	0.9	0.7	0.63	0.65	1.9	0.73
S5	0.9	0.95	0.9	1	0.96	2.5	1.03	1.6	0.85	1.3	1.4	0.95	0.86	0.9	0.7	1.9	1.3	1.9	2.2
S6	0.9	1.26	0.9	1	0.96	1.25	1.03	0.8	0.85	1.3	1.4	0.95	0.86	0.9	1.4	0.95	1.3	0.63	1.1
S7	0.67	0.95	0.9	1	1.2	1.25	1.03	1.6	1.7	1.3	1.4	0.63	1.07	1.12	1.4	0.95	1.3	1.9	1.1
S8	1.35	1.9	1.8	1	1.2	0.83	1.03	0.8	0.56	0.43	0.7	1.9	1.43	1.5	1.4	1.9	0.65	1.9	1.1
S9	1.35	0.95	1.8	1	0.96	2.5	1.03	1.6	0.85	1.3	1.4	1.9	1.43	1.12	1.4	1.9	1.3	1.9	1.1
S10	1.35	0.95	0.9	1	0.96	0.5	0.77	0.8	1.7	0.65	0.7	0.95	0.86	0.9	1.4	0.95	1.3	0.63	0.73
10	10.6	10	10	10	10.08	12.57	10.3	11	11.61	11.48	11.2	11.71	10.37	10.26	11.2	11.75	1.3	12.97	10.99

$$\begin{aligned} X &= 278,73 \\ X &= 27,87 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} K &= 25 \\ n &= 10 \end{aligned}$$

$$S^2 t = \frac{(\bar{X} - X)^2}{n - 1}$$

$$(\bar{X} - X)^2 = 132,94$$

$$= \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{S^2 i}{S^2 t} \right)$$

$$S^2 i = \frac{123,94}{9} = 14,77$$

Resultados de *alfa cronbach*

$$= \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{S^2 i}{S^2 t} \right)$$

RUIZ BOLIVAR	
0.81-1.00	Muy alta
0.61 -0.80	Alta
0.41-0.60	Moderada
0.21-0.40	Baja
0.00-0.20	Muy baja

$$= 0 - 1$$

$$= (1.041) (0.66) = 0,687 = 0,69$$

Conclusión; ALTA CONFIABILIDAD SEGÚN ESCALA DE RUIZ BOLIVAR.

ANEXO E: Cronograma administrativo presupuestario. Plan de ejecución financiero. Proyecto de investigación.

Gerencia Sintagmática en Servicios Asistenciales para optimizar Gestión en hospitales del sector público venezolano tipo III y IV

Inicio: 15-07-2010

Culminación (corte): 12-12-2013.

INVENTARIO DE RECURSOS	Rec. Reales (Hs)	Rec. Monetarios (BsF)
1.-RECURSOS MATERIALES	-	-
1.1.-Equipos P.C. Dispositivos y afines.	1.800	10.800
1.2.-Materiales Bibliográfico.	-	950
1.3.-Material de Oficina.	-	1.500
1.4.-Observación documental a distancia.	340	1.000
<i>Sub Total Recursos Monetarios (STRM)</i>	2.140	5.650
2.-TALENTO HUMANO (TTHH) REQUERIDOS	-	-
2.1.-Facilitadores de las etapas (investigadores)	5.580	4.950
2.2.-Reunión junta directiva, jefes servicios (encuestados)	1.230	3.250
2.3.-Reunión con expertos (tema)	450	2.600
<i>STRH Talento Humano</i>	7.260	7.600
3.-RECURSOS POR INVERSION FINANCIERA	-	-
3.1.-Revisión bibliográfica, uso de biblioteca.	1.250	6.250
3.2.-Acceso a Internet, servicios afines.	750	3.450
3.3.-Asesoría experta, tecnológica.	150	3.900
3.4.-Transcripción – copiado – encuadernación.	-	2.580
3.5.-Transporte – traslado – viajes.	-	7.550
<i>Sub Total Recursos Financieros</i>	2.150	69.630
<i>TOTAL</i>	11.550	
<i>Tasa: imprevistos, inflación anual : 15 %</i>	-	(+9.095)
<i>TOTAL BRUTO TAXATIVO</i>	-	78.725

NOTAS: diseño propio de la investigación, basados sus cálculos monetarios en Bs.F, para actividades de apoyo logístico durante el trienio 2010-2013. No incluye costos directos sobre la evaluación de la propuesta final, ni monto de inversión por traslados geográfico, por disponer de 18 meses para, ordenamiento, revisión, análisis y procesamiento de datos e información, inherentes a análisis endógeno del estudio. Los gastos de estudio no incluyen evaluaciones realizadas en entidades federales de Estados Guárico, Carabobo y Zulia por disponibilidad de residencia habitual para el investigador. Dada la complejidad geográfica de las unidades de análisis y extensión territorial, se convierten en un ahorro de costes directos al momento del corte presupuestario de ejecución.

ANEXO F: Cronograma de actividades. Plan de ejecución. Proyecto de tesis. (Diagrama de Gantt modificado).

Gerencia Sintagmática en Servicios Asistenciales para optimizar Gestión en hospitales del sector público venezolano tipo III y IV.

Inicio: 15-07-2006

Culminación (corte): 12-12-2014

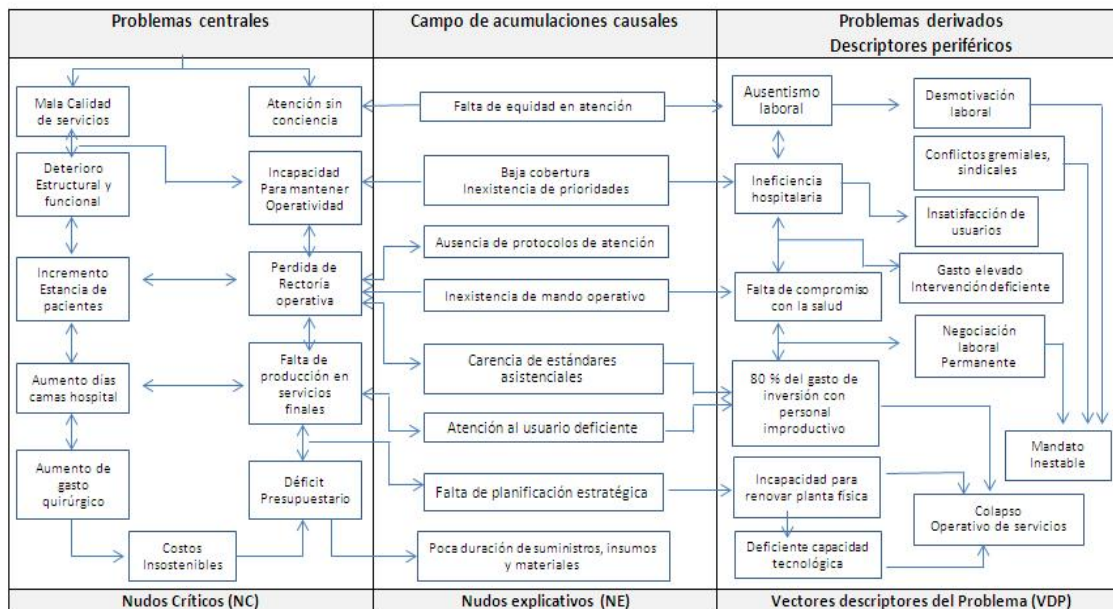
ACTIVIDADES	MESES / SEM 2010						MESES / SEM 2011					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	
1. Información sobre el tema	■											
2. Arqueo bibliográfico – Revisión de antecedentes		■	■									
3. Elaboración de Marco Teórico- Sistema de Variables			■	■	■	■						
4. Selección de muestra – Diseño Instrumento de recolección de datos- Prueba piloto							■	■	■	■		
5. Realización de entrevistas – Aplicación de instrumento.												JUN-JUL-AGO, 2012 Revisión Título- Tema-Problema Prof. Migdy CHacin Estudio Independiente I Avance de Cap. SO.
6. Recolección de datos												
7. Análisis e interpretación de datos												
8. Tabulación, graficación de datos												
9. Redacción 1ra versión del trabajo						■						Avance de tesis
10. Revisión por asesor metodológico.							■					
11. Correcciones y avance en informe definitivo.								■	■			
12. Revisión y correcciones 2da asesoría metodológica.										■		
13. Preparación de Cap., I, II, III capítulos del trabajo.												ENE- MAR, 2013 Revisión metodológica Prof. Elias Quijada
14. Revisión y correcciones por asesor metodológico.												OCT NOV DIC, 2013 Revisión Prof. Rosalía Hernández Seminario de Tesis Avance de capítulos SO
15. Preparación de versión definitiva (IV, V, VI cap.) del trabajo												ENE.FEB,MAR, ABR 2014 Avance de tesis
16. Entrega de trabajo de investigación para evaluación por tutor y jurado. -Artículo científico para publicación, revista REGCIU.												ABR , 2014 Prof. Crisálida Senges Avance de Cap. CO Estudio Independiente III MAY, JUN, JUL, 2014 Seminario de Tesis Prof. Alexis Agüero (tutor asignado CIU) Avance de Cap. SO Revisión final C.O. Avance: producción de artículo científico Sometimiento a veredicto final por tutor Aprobación por tutor/ Designación de jurado evaluador SEP, OCT. 2014 Presentación, exposición, defensa: 07-10-14 / Via Skype Jurado: Prof. Alexis agüero- Belkis Rojas.
17. Presentación de resultados y proyección de soluciones												DIC 2014 SVSP

NOTAS: diseño propio de la investigación. **Legenda:** SO: sin observaciones; CO: con observaciones. El tiempo mensual administrado contiene 4 semanas calendario. En este caso la investigación requiere de 18 meses para recolección y procesamiento de datos. Los tiempos de corrección están inmersos en los planes anuales, motivo por el cual no distorsiona el avance del estudio y facilita la organización del informe final del proyecto de tesis. El tiempo de análisis de la investigación es incluyente para el tiempo administrativo. El tiempo de procesamiento de datos es incluyente para tiempo de análisis de investigación.

ANEXO G. Flujograma Situacional del Contexto Problemático.

Gerencia Sintagmática en Servicios Asistenciales para optimizar Hospitales tipo III y IV del Sector Publico de Atención Venezolana.

Diagnostico Situacional. Tomado de Guadilla, C., modificado por Andrade, 2014



Leyenda explicativa

Nudos Críticos NC	Los NC se apartan de las decisiones científicas y cada esquema teórico requiere imponer su legitimación desde sus presupuestos epistemológicos, en contraposición la realidad institucional se desvía de su misión y visión, generando situaciones problemáticas que requieren atención y solución. Los nudos críticos (NC) causales que mayoritariamente están agudizando el desempleo asistencial hospitalario.
Nudos Explicativos NE	La acumulación social (NE) se incrementa y el pensamiento del actor interviniente adopta un saber pero también asume un hecho que ha desviado la realidad organizacional y lo califica como causal del problema principal creando en consecuencia problemas derivados o VDP. Articula acciones no rutinarias de un actor social (llámese gobierno, dirección hospitalaria, sociedad civil, trabajadores) con posibilidad de intervenir sobre la realidad (NC-VDP) para minimizar las limitaciones y cambiar una situación inicial. Red causal del problema, cuyos diferentes nudos explicativos, se ubican en distintos planos de la realidad
Nudos descriptivos ND / VDP	Son nudos descriptivos que convocan a los jefes de servicios asistenciales con sus problemas principales y derivados, son resultado de una relación de fuerzas de los diferentes paradigmas que existen en el campo científico institucional.
Idea Estratégica IE	Desde el exterior de la red hospitalaria se evidencian los problemas derivados y hacia su interior los problemas centrales. Este contexto hospitalario describe una situación que conlleva a la aplicación del diagnóstico participativo y diagnóstico técnico para derivar en una planificación estratégica (salto del problema a la propuesta).

