

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”**

**DIRECCION DE POSTGRADO**

**LEY Nº 3.739**



**Tesina para obtener el Título de Magister en**  
**Administración Hospitalaria.**

**TÍTULO:** Diagnóstico situacional técnico administrativo del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015.

**Autor:**

**Ramón Toppi.**

**Tutor Metodológico:**

**Mg. Fidel Fleitas.**

**ÑEMBY - PARAGUAY**  
**2.015**



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**“SAN PATRICIO DE IRLANDA DEL NORTE”**  
**DIRECCION DE POSTGRADO**

**Acta de defensa oral, evaluación y calificación**  
**del Trabajo de Grado (Tesis)**

En la ciudad de Ñemby, Capital de la República del Paraguay, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2.015, se reúnen en el Instituto Superior de Ciencias de la Salud “San Patricio de Irlanda del Norte”, los abajo firmantes, miembros del Comité de Evaluación de la Defensa y Evaluación de la Tesis del estudiante del **Programa de Maestría en Administración Hospitalaria**, Primera Promoción. El título de la tesis: Diagnóstico situacional técnico administrativo del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015., elaborado por Ramón Toppi.

Una vez terminada la defensa oral ante los miembros del Comité de Evaluación y después de debatir entre sí, reservada y libremente, resuelven:

Dar por \_\_\_\_\_ con calificación \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) a.....

En razón de que reúne los requisitos establecidos en las Normativas para la elaboración, presentación, defensa y evaluación de la Tesis.

Los miembros del Comité de Evaluación dan a conocer al estudiante evaluado el resultado siendo las \_\_\_\_\_ horas.

Se da por terminada la evaluación y se deja constancia en la presente acta, que firman los miembros del Comité de Evaluación y los responsables de la defensa del Trabajo de Grado.

**Estudiante**

\_\_\_\_\_

.....

C.I. N°.....

**Comité de Evaluación**

\_\_\_\_\_

Miembro 1

\_\_\_\_\_

Miembro 2

\_\_\_\_\_

**Presidente de Mesa**

***“Una empresa difícilmente podrá alcanzar sus objetivos, si sus productos no se conectan con las necesidades y expectativas del consumidor”.***

***DEDICATORIA.***

*A mi familia.*

## **AGRADECIMIENTOS.**

*Primeramente a Dios, también a mi familia, mis profesores y mis amigos, a todos ellos por de alguna manera guiarme y proveer sabiduría, por el apoyo incondicional y por la dedicación y paciencia durante este camino.*

<b>Índice de Contenidos</b>	
• <b>Portada.</b>	<b>I</b>
• <b>Hoja de Evaluación.</b>	<b>II</b>
• <b>Pensamiento.</b>	<b>III</b>
• <b>Dedicatoria</b>	<b>IV</b>
• <b>Agradecimientos.</b>	<b>V</b>
• <b>Resumen</b>	<b>VIII</b>
• <b>Abstract</b>	<b>IX</b>
<b>1. Introducción.</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema de investigación.	3
1.2. Justificación.	4
<b>2. Objetivos.</b>	<b>5</b>
<b>3. Marco Teórico.</b>	<b>6</b>
3.1. Generalidades.	6
3.2. Marco conceptual.	7
3.3. Antecedentes históricos.	8
3.4. Las particularidades de los sistemas de salud en los procesos gerenciales.	11
3.5. El costo en salud desde un enfoque gerencial.	17
3.6. Organización de los servicios.	21
3.7. Organización y control.	23
3.8. Medicina basada en la evidencia.	25
3.9. Administración de Recursos Humanos de los servicios de salud.	27
3.10. El proceso administrativo.	30

3.11. Diagnóstico administrativo.	31
3.12. Modelo de gestión y administración del personal de salud en Paraguay.	37
3.13. Consejos locales de salud.	40
<b>4. Diseño Metodológico de la Investigación.</b>	<b>42</b>
4.1. Tipo de Estudio.	42
4.2. Universo de estudio.	42
4.3. Muestra.	42
4.4. Obtención y procesamiento de los datos.	42
4.5. Análisis y discusión de los datos.	42
4.6. Conclusión.	42
<b>5. Análisis y discusión de los resultados.</b>	<b>43</b>
<b>6. Conclusiones.</b>	<b>48</b>
<b>7. Recomendaciones.</b>	<b>49</b>
<b>8. Referencias Bibliográficas.</b>	<b>50</b>
<b>9. Anexos.</b>	<b>52</b>

## RESUMEN.

El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En todo país en vías de desarrollo, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados. Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etcétera) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande. Teniendo en cuenta la complejidad e importancia de los procesos administrativos en las instituciones de salud, para brindar un servicio de calidad a la población, surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la situación técnico administrativo del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015? Con el presente trabajo se tiene el objetivo de realizar un diagnóstico situacional técnico administrativo del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015. El estudio realizado es de carácter descriptivo, experimental, con metodología cualitativa y cuantitativa. La muestra de estudio la constituyeron los 29 profesionales del área programática del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. En el Centro de Salud de Yatytay durante el periodo de estudio, se encontraron 6 servicios disponibles que realizan consultas a la población (medicina, pediatría, obstetricia, enfermería, odontología y otros servicios) y 4 áreas de carácter administrativo (estadística, admisión, administración y servicios). En ningún caso los profesionales contratados de forma permanente por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social superan la cantidad de contratados de manera temporal. Los trabajadores contratados por el Consejo Local de Salud superan ampliamente los recursos humanos que trabajan de manera permanente a través del MSPyBS. La mayoría de las consultas realizadas corresponden a medicina, ya sean pediátricas o adultos. Durante el periodo de estudio se registraron nuevas consultas de embarazadas, hipertensión arterial, diabetes mellitus y desnutrición.

## **ABSTRACT.**

The challenge for health systems in our time is to develop administrative capacity in persons responsible for directing. In any developing country, it is imperative goal of solving human problems that tend to make better use of the always limited resources. Health systems and subsystems (clinics, hospitals, medical units, etc.) must have an efficient administration, in order to meet the targets of contemplating their different health programs, and thus to respond to the needs that society demands them. Given the complexity and importance of administrative processes in health institutions, to provide a quality service to the population, the question arises: What is the technical administrative situation Yatyty Health Center during the months of January to June 2015? In this paper we aim to conduct a situational analysis of technical administrative health center Yatyty during the months of January to June 2015. The study is descriptive, experimental, qualitative and quantitative methodology with character. The study sample was constituted of 29 professionals in the program area of Yatyty Health Center, during the period January to June 2015. The Health Center Yatyty during the study period, 6 services available that query were found the population (medicine, pediatrics, obstetrics, nursing, dentistry and other services) and 4 administrative areas (statistics, admission, management and services). In no event professionals hired permanently by the Ministry of Public Health and Social Welfare exceed the amount of contracted temporarily. Workers hired by the Local Health Council outweigh the human resources working permanently through MSPyBS. Most correspond to medical consultations, either pediatric or adult. During the study period, further consultations of pregnant women, hypertension, diabetes mellitus and malnutrition were recorded.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos. En todo país en vías de desarrollo, es imperativa la meta de resolver los problemas humanos que tiendan al mejor aprovechamiento de los recursos siempre limitados.

Para lograrlo, se han implementado diversas políticas y procedimientos acordes con la evolución de los conceptos y las técnicas de la administración. La administración en salud no podía escapar a esa corriente, ya que con ella se propicia un desarrollo adecuado de la operación, a fin de alcanzar resultados óptimos en la prestación de los servicios.

Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etcétera) deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande.

En la actualidad, la administración en los sistemas de salud requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al directivo y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios.

Un administrador en salud debe tener una visión holística e integral del sistema; por ello, su visión y quehacer rebasa la administración de una clínica, hospital, unidad médica o centro de salud; debe ser capaz del diseño,

planeación, desarrollo, sistematización, evaluación y retroalimentación de los planes y programas de trabajo de los mismos.

La administración de servicios de salud es una de las disciplinas de la salud pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El/la administrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad.

En el presente trabajo se realiza un diagnóstico situacional técnico administrativo del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015, a través de los datos obtenidos mediante la revisión de los registros y nóminas de personal del área programática de dicha institución.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El desarrollo de las actividades de administración en los servicios de Salud es un proceso de alta complejidad, ya que no se relaciona únicamente con alcanzar los resultados esperados en la planificación, sino que tiene que ver con todos los elementos, visibles y no visibles, que deben darse para lograr dichos resultados.

Superados los primeros momentos de la gestión en los servicios (definir objetivos generales, proyectos, asignar recursos y personal) es indispensable garantizar el cumplimiento de lo resuelto, momento en el que surge una serie de complicaciones y obstáculos de carácter logístico y de naturaleza humana que a veces llegan hasta a neutralizar la acción en las unidades operativas.

Teniendo en cuenta la complejidad e importancia de los procesos administrativos en las instituciones de salud, para brindar un servicio de calidad a la población, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la situación técnico administrativo del Centro de Salud de Yatyty durante los meses de Enero a Junio del 2015?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN.**

La Administración de la salud necesita de profesionales que cuenten además de los conocimientos gerenciales modernos, herramientas, involucrados con la salud, el garantizar que las instituciones, organizaciones comprometidas con este servicio ofrezcan calidad gracias a una buena productividad.

La estructura y el financiamiento del cuidado de la salud están cambiando rápidamente. Los futuros administradores de servicios médicos y de salud deben estar preparados para ocuparse de la integración de los sistemas del cuidado de la salud, las innovaciones tecnológicas, un entorno cada vez más regulado, la reestructuración del trabajo y un foco cada vez mayor en el cuidado preventivo.

Los administradores de servicios médicos y de salud en entornos administrados de atención realizan funciones similares a las de sus contrapartes en grandes consultorios colectivos, excepto que pueden tener que administrar a más personal. Además, pueden ocuparse de más actividades de extensión a la comunidad y cuidado preventivo, más que los administradores de consultorios colectivos.

## **2. OBJETIVOS.**

### **Objetivo General:**

- ❖ Realizar un diagnóstico situacional técnico administrativo del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015.

### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Analizar la nómina de recursos humanos con que cuenta el Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015?
- ✓ Analizar los tipos de servicios que presta y su frecuencia en el Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015.
- ✓ Realizar propuestas para fortalecer los requerimientos institucionales.

### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. Generalidades.**

La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

En otras palabras, la administración en salud es la administración de empresas aplicada a las empresas proveedoras de bienes y servicios de salud - sanitarios, y ambientales, que resulten en el mantenimiento o restablecimiento en la salud de las personas usuarias, a quienes -dentro del establecimiento de salud- se les denominan clientes y/o pacientes; así como del desarrollo sostenible.

La formación de un administrador en salud debe estar en función de las necesidades de dicho sector, debe tener la capacidad académica, autonomía, valores y visión acorde con la empresa que dirija para optimizar sus recursos materiales, económicos, humanos, tecnológicos y el conocimiento.

A la administración en salud también se la conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud. Se destaca la Tecnología en Saneamiento Ambiental como base para la Administración en Salud.

Los profesionales de la administración en salud laboran principalmente en las áreas gerenciales y directivas de las instituciones vinculadas al campo de la salud. El mayor rango de un administrador en salud equivale al de un gerente general, dentro de una empresa del sector salud.

Los administradores en salud se especializan en la administración de áreas funcionales de empresas de salud; tales como operaciones, marketing de servicios de salud, finanzas y costos en salud, logística de medicamentos e insumos, gestión del talento humano, gestión de la calidad, gestión de camas hospitalarias, gestión de riesgos y seguros en salud, entre otras especializaciones.

Otros tipos de especializaciones son aplicadas a los tipos de establecimientos de salud que se administra, tales como administración de clínicas y administración de hospitales.

### **3.2. Marco conceptual.**

**Diagnóstico Administrativo:** Es un estudio sistemático, integral y periódico que tiene como propósito fundamental conocer la organización administrativa y el funcionamiento del área objeto de estudio, con la finalidad de detectar las causas y efectos de los problemas administrativos de la empresa, para analizar y proponer alternativas viables de solución que ayuden a la erradicación de los mismos.

**Conocimiento administrativo:** Pretender explicar y predecir la relación entre los elementos de una situación determinada de las organizaciones, se ubica en

el campo de las ciencias fácticas y por consiguiente dentro de la dimensión material o campo fáctico de la teoría de la ciencia.

**Indicador:** Se define como la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstos e influencias esperadas.

**Administración en salud o administración sanitaria:** Es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, medio ambiente, recursos naturales, saneamiento básico urbano y rural, innovación tecnológica, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

### **3.3. Antecedentes históricos.**

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

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

teoría y un modelo para una disciplina que requería de una conceptualización y sistematización.

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

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

Hace algunos años, varios profesores de gerencia en salud, redactaron un libro sobre administración en salud que financiaría la OPS con la participación de otros autores de América Latina. Lo primero que se pensó al respecto fue que había que resolver el viejo problema de que esta disciplina carecía de una base conceptual y metodológica que justificara su existencia, determinara su alcance y demostrara su vinculación estrecha y particular con los sistemas y servicios de salud.

Al revisar algunos de los principios, métodos y técnicas de la gerencia aplicada a otros servicios, resulta indiscutible que muchos de estos conceptos válidos en términos generales, son difíciles de aplicar cuando de sistemas y servicios de salud se tratara. Por ejemplo, en ningún tipo de servicio el prestador posee una influencia tan decisiva en el consumo a realizar por el usuario o cliente, como la que tiene el médico al recetar un medicamento o al ordenar un estudio diagnóstico.

Esta diferencia específica implica particularidades en la forma de gestionar los recursos, en la corresponsabilidad gerencial del prestador, en la orientación de la mercadotecnia, y en la gestión de la calidad, entre otros.

Una de las primeras aproximaciones que se hallaron para la solución de este problema apareció en varios de los trabajos incluidos en el libro Los Sistemas Locales de Salud, donde se trataba de identificar lo que denominaron principios generales de los sistemas locales de salud. Aunque muy adecuados como idea inicial, tales principios resultaron insuficientes para explicar por qué la gerencia de los servicios de salud era en, cierto modo, diferente a cualquier otra.

Por otra parte, existe una fuerte tendencia a rechazar el concepto principio en el campo de la gerencia, por el peligro de que estos se tomaran como dogmas y no como guías.

El punto de partida para este proceso lo fue en primer lugar la Epidemiología, la cual marca esencialmente cómo debieran ser conducidos los sistemas y servicios de salud. Otras fuentes importantes fueron el estudio de los procesos asistenciales en todos los niveles, y las experiencias aportadas.

### **3.4. Las particularidades de los sistemas de salud en los procesos gerenciales.**

El reconocimiento del carácter complejo de las relaciones entre los componentes de un sistema, la forma particular y el grado en que se conforman sus interacciones, reacciones, y sinergias permite hablar de características diferenciales o particularidades de determinado tipo de sistemas. "...las particularidades, se entienden entonces como características distintivas que ayudan a diferenciar y son además esenciales en los sistemas de salud.

Emergen como resultado de la dinámica compleja de este tipo de sistema y su carácter indivisible. Lo particular emerge aquí de las propiedades sinérgicas del sistema. La particularidad significa singularidad, especialidad, individualidad".

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

Las particularidades de los sistemas de salud se ajustan plenamente al concepto de propiedades emergentes, tal como se definen en la Teoría General de Sistemas, o sea, si un sistema funciona como un todo, tiene entonces propiedades distintas a las de las partes que lo componen, las cuales "emergen" de él cuando está en acción.

Todas las habilidades y tecnologías gerenciales requieren en mayor o menor grado una adecuación o especificación cuando de su aplicación a los sistemas

y servicios de salud se trata. Los casos más notables son la mejora continua de la calidad, las redes integradas de gestión, el diseño de estrategias y políticas, el enfoque participativo, la descentralización, la intersectorialidad y la gestión del conocimiento. Esta representación es suficiente para confirmar la existencia de un campo particular de actividades en la gerencia en salud, que la diferencia de otras gerencias.

En cuanto a las particularidades, las que más aportaron especificidades son en primer lugar: el predominio de las variables población, territorio tiempo, seguida por carácter social de su producción; servicio universalmente imprescindible; alta presión social; alta dinámica de paradigmas y conocimientos; y posición privilegiada del prestador.

No cabe duda que son particularidades muy distintivas y prácticamente muy exclusivas de los sistemas y servicios de salud, por lo que resulta lógico su mayor aporte en diferenciaciones.

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

**Carácter social de su producción:** El carácter social de la producción en salud, requiere el desarrollo de una respuesta socialmente organizada dentro de la cual, el sector de la salud puede desempeñar un papel de guía o conductor. O sea, una primera consecuencia de esta particularidad con respecto a la gerencia en salud, es el desarrollo de un liderazgo participativo y distribuido distinto a lo que comúnmente se conoce, pues no va de los jefes a los subordinados de la propia organización, sino de aquellos hacia otras

personas (enfermas o no), comunidades y organizaciones que no son parte de su estructura pero determinan en la producción en salud.

**Servicio universalmente imprescindible:** Varias razones determinan el carácter universal e imprescindible de los servicios de salud. Todas las personas requieren entrar en contacto en algún momento de su vida con dichos servicios (médicos, enfermeros, técnicos, centros de salud, farmacias, laboratorios clínicos, compañías de seguro, vacunas, medicamentos, equipos, entre otros). Una gran proporción de ellas nace, muere o pasa determinados períodos de su vida en instituciones de salud.

Numerosos estándares, terminologías, normas y prácticas, poseen un gran nivel de uniformidad a escala internacional, lo que facilita la comunicación, el intercambio y el desarrollo. Los objetivos de los sistemas de salud pública tienen numerosos problemas y puntos comunes, incluyendo modos homólogos de organizarse, por ejemplo, el empleo de la historia clínica como núcleo central de la asistencia sanitaria. Es un bien público imprescindible tanto para las personas y como para las poblaciones y un derecho universal reconocido y aceptado.

Muchas de las concepciones generalmente aceptadas para procesos gerenciales en otras producciones o servicios, resultan inadecuadas para la gerencia en salud, en razón de esta particularidad. La escala de los conceptos de integración e integralidad no es solo más amplia, sino también imprescindible.

Aspectos tales como prevención, cobertura, accesibilidad, igualdad y equidad se colocan en primer plano en el campo de la toma de decisiones, en el diseño

de políticas y estrategias y en la operación cotidiana. Se presentan posibilidades superiores para la introducción de sistemas automatizados orientados a la gerencia, dada la facilidad de tener un núcleo central universalmente aceptado y estándares y terminologías uniformes a escala internacional.

La mercadotecnia, la gestión del conocimiento, la intersectorialidad, la tercerización, el trabajo colaborativo en línea y la referenciación competitiva, son ejemplos de habilidades y tecnologías que deben ser objeto de adecuaciones específicas como efecto de esta particularidad.

**Alta presión social:** La salud es uno de los temas más sensible de la sociedad contemporánea. Muchas razones contribuyen a esa sensibilidad. Una de ellas es la de ser considerada un derecho universal, lo que implica inmediatamente otro derecho: el de exigir que se materialice.

Las posibilidades de acceso a información hacen del ciudadano de hoy una persona más preparada para saber que exigir, como hacerlo y cuando hacerlo. Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter de irreversibilidad o al menos implican repetición de intervenciones con pérdida de dinero y tiempo y eso genera inquietud y alarma en las personas y las poblaciones.

La propia introducción de nuevas tecnologías altamente beneficiosas, representa un riesgo importante para la salud. Las asociaciones de pacientes y familiares, las defensorías del consumidor, los grupos sociales de diferentes tendencias y objetivos, así como las comunidades, ejercen cohesión, influencia e incluso intimidación acerca de lo que consideran sus derechos a la salud.

La asistencia médica contemporánea está bajo escrutinio por los organismos reguladores, los tribunales y los consumidores. Desde los problemas de seguridad, hasta las exigencias de pago por desempeño, la presión es constante sobre los líderes de las organizaciones de salud.

A esto se une el crecimiento desmedido, justificado o no, de las demandas por responsabilidad médica. El carácter altamente político y social de estos problemas, está crecientemente presente en la agenda de los partidos políticos, plataformas electorales y movimiento sociales, lo que confirma el interés y la preocupación generalizados sobre este tema.

Ningún proceso gerencial está sometido a un nivel de presión social tan alto como la que debe asumir la gerencia en salud. Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros se pagan con pérdidas de dinero, mientras que los segundos lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no sólo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.

Varias tecnologías gerenciales, además de la calidad, requieren adecuaciones a partir de los efectos de esta peculiaridad. Es el caso de los sistemas de control orientados a la gerencia, incluido el control social y la auditoría médica, el empoderamiento de pacientes, familiares y la comunidad, la gestión de los recursos humanos con énfasis en las competencias profesionales, la capacidad de negociación; la descentralización para acercar más las decisiones al punto donde el hecho sanitario se produce y la mercadotecnia con orientación sanitaria.

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

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

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

**Multidisciplinaridad e interdisciplinaridad:** En los sistemas de salud, el requisito esencial es la confluencia de la interacción científica entre todas las disciplinas como fuente del enriquecimiento de los procesos asistenciales y de

promoción de salud. El objeto de la salud, que es sujeto actuante y social, exige la confluencia interdisciplinaria y multidisciplinaria.

La multidisciplinaridad y la interdisciplinaridad son los modos en que se expresa el trabajo de los servicios de salud, su forma natural de intercambiar, decidir y de crear nuevos conocimientos. El carácter integral de los problemas de salud y su multicausalidad, hacen imprescindible desbordar el enfoque biomédico para pasar hacia un enfoque social, donde participen además especialistas de otras ciencias como la sociología, la antropología, la historia, la demografía, la economía o la geografía, de manera de acercarse lo mejor posible al contexto en que la salud se produce y de la cual depende.

En los casos en que el proceso depende simultáneamente de la integración de los conceptos y prácticas de varias disciplinas se habla entonces de transdisciplinaridad. Estas formas complejas de trabajo conjunto son las que permiten ampliar el espectro del accionar científico, desarrollar nuevos enfoques, rebasar sus propias fronteras de conocimientos, y enfrentar de conjunto amenazas y emergencias sanitarias en gran escala.

### **3.5. El costo en salud desde un enfoque gerencial.**

Al tema de los costos en salud y particularmente a su crecimiento, se recurre frecuentemente en todos los estudios relacionados con la salud pública y sus limitantes. Para algunos, el lema "la salud no tiene precio" mantiene mucho interés político, sobre todo por su papel en las contiendas electorales cuando cada aspirante promete maravillas, pero en el fondo, la expresión "no tiene precio", se convierte en el camino más corto hacia la insostenibilidad de los

sistemas de salud, cuando los razonamientos de tipo lógico y de base económica no se consideran.

La influencia de la Economía de la Salud es muy importante en este debate, pues se orienta a evaluar los efectos de las intervenciones y no la intervención propiamente dicha, pero tampoco es la solución universal de este problema.

Lo real y aceptado es que la solución de los problemas de salud no depende solo de aportes monetarios y de infraestructuras, como ocurre en la producción industrial o en el comercio.

Es algo mucho más complejo, en primer lugar, por reconocerse como un bien público y un derecho universal, en segundo, dado que implica tanto el derecho de las personas y las poblaciones, como su obligación para cumplir deberes como el autocuidado y los hábitos de vida saludables y en tercer lugar, y no menos importante, la producción de salud tiene un carácter social y en consecuencia desborda la capacidad y los recursos de los propios sistemas de salud.

No se intenta tampoco convertir o querer convertir la salud en un negocio, pero nada impide que muchas de las excelentes tecnologías y habilidades que emplean los gerentes para hacer competitivos y eficientes sus negocios, puedan adaptarse para crear mejores sistemas y servicios de salud.

El crecimiento de los costos en salud, tiene un origen multicausal, como todo problema de salud, que se manifiesta de diferentes maneras y en diferentes combinaciones, según el país, el momento, la situación epidemiológica, las políticas sanitarias o el desarrollo económico.

Reducir el problema del crecimiento de los costos en salud a dos o tres indicadores o causas, es una forma errónea de simplificarlo, y además un riesgo cuando tales consideraciones están destinadas a fijar políticas sanitarias o a tomar decisiones de alguna envergadura.

Por otra parte, el simple hecho de que los gastos sanitarios en relación con el PIB sean altos, o que su importe absoluto con respecto a otros países, también lo sea, no implica necesariamente que se hace mejor y más salud. Factores como el estado de salud de la población objeto, la presencia de factores de riesgo, la desigualdad en la distribución de los recursos, la forma en que estos se administran o lo acertado de las políticas sanitarias, solo para citar algunos, influirán para que estas "grandes" cifras tengan o no significado.

La combinación tóxica de malas políticas y mala economía es, en gran medida, responsable del hecho de que la mayoría de las personas en el mundo no pueda gozar de la buena salud que le es biológicamente posible.

En cuanto a los medicamentos, mucho se discute actualmente sobre su influencia real o aparente en el crecimiento del gasto en salud. Algunos estudios demuestran que la mayor parte del aumento del costo farmacéutico, se debe realmente al incremento del número de recetas emitidas muy por encima del crecimiento de su precio medio.

Esto puede asociarse con alguno o varios de estos factores: un volumen mayor de personas atendidas, la regulación de los precios por parte de los gobiernos y el empleo cada vez más amplio de genéricos en los servicios públicos de salud, esto último limitado por la política agresiva de los grandes consorcios

farmacéuticos para demorar o impedir el lanzamiento de sus homólogos genéricos.

El otro aspecto relacionado con los medicamentos se refiere a su efecto sobre la salud, por lo que se plantea que los nuevos productos y sus combinaciones, no producen en términos sociales, una elevación de los costos en salud, dado que reducen otros gastos sanitarios de mayor peso, tales como hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas o visitas reiteradas al médico.

Sin embargo, mejores medicamentos no implican automáticamente mejor salud ni menores costos. Por ejemplo, el abordar los problemas de salud a partir de los síntomas y no de sus determinantes y riesgos, implica mayor consumo de medicamentos y por tanto incremento de los costos.

La situación de la tecnología es parecida a los medicamentos. La introducción de los avances en este campo solo se reconoce cuando tiene un impacto significativo en el diagnóstico, la prevención, la cura o la rehabilitación de los pacientes. El notable crecimiento de los gastos asociados al empleo del diagnóstico por imágenes, por ejemplo, puede asociarse perfectamente a impactos como los señalados anteriormente.

Un estudio realizado en Argentina, muestra que en el período 2000/2004 la tasa de uso del diagnóstico por imágenes se elevó en el 46,8 % mientras que las consultas crecieron solo en el 26,8 %.

La introducción de las historias clínicas automatizadas en ambiente en red, la receta electrónica y la tarjeta individual magnética, han transformado significativamente el modo como se organizan y operan los servicios de salud,

han logrado apoyar tecnológicamente la solución de problemas clásicos tales como la continuidad y la integración a escala de unidad y de región, han reducido desplazamientos de los prestadores y de los usuarios y sobre todo, han generado formas más eficientes de hacer salud y de conocer qué se hace y qué se puede hacer. Su impacto se ha detectado en diferentes partes del mundo desde hace más de quince años.

El complejo formado por mejor atención, mejores medicamentos y nuevas tecnologías, muestra características de proceso inversionista más que de gasto.

El problema, una vez más, se relaciona con la habilidad de los líderes para hacer un uso racional, efectivo y eficiente de estas posibilidades, pues el éxito no es un producto natural ni espontáneo de la tecnología, son las personas hábilmente conducidas las que producen el efecto deseado.

### **3.6. Organización de los servicios.**

Una de las particularidades significativas de los servicios y sistemas de salud, es su capacidad para cambiar el escenario sobre el cual actúa, lo que debiera obligar a procesos consecuentes de reorganización que eviten que tales servicios se vuelvan inoperantes o simplemente ineficientes.

A la incompatibilidad entre el escenario y la organización, se unen la incapacidad para convertir buenos modelos en realizaciones prácticas, el empleo de métodos no participativos en el diseño de los servicios y la falta de un enfoque integral e integrador en su concepción.

Otro problema tiene que ver con las políticas sanitarias y las decisiones sobre su puesta en práctica. Muchos políticos prefieren las inversiones que promueven grandes titulares de periódicos, por ejemplo, el hospital con la última tecnología de punta o un centro para cirugía de transplante, en detrimento de acciones de promoción y prevención cuyos impactos no se notarían dentro de su periodo como gobernante, pero que implican y afectan a segmentos de la población significativamente mayores.

Otras de las preferencias son las "reestructuraciones", que con frecuencia se orientan simplemente a cambiar lo que hizo el ejecutivo anterior, sea bueno o no, sin mayor criterio de efectividad o eficiencia y con los resultados negativos sobre el servicio y la comprensión de las personas y las poblaciones acerca de sus expectativas de atención.

Esto genera numerosos problemas, sobre todo incremento en los costos, debido a una baja relación costo efectividad a lo que se añade un sensible deterioro de la calidad. Estas son algunas de sus consecuencias:

- discontinuidad en la atención al paciente.
- tiempos y desplazamientos excesivos o innecesarios
- falta de sincronización entre servicios
- alto nivel de redundancia informativa o administrativa
- no correspondencia entre la forma en que se ejecutan los procesos y el contenido de las políticas y estrategias del sistema

- exceso de niveles intermedios entre el hecho sanitario, social o económico y la alta dirección
- bajo nivel de eficiencia y de efectividad
- variabilidad de la práctica clínica
- barreras a la accesibilidad, inoportunidad y baja capacidad de respuesta en la generación de los servicios
- uso inadecuado de medios diagnósticos y de medicamentos, entre otros.

La solución de la mayoría de estos problemas compete a las esferas intermedias y superiores de dirección de los sistemas de salud, niveles donde se crean y se implementan los modelos y las reformas. Otros pueden resolverse mediante acciones de las direcciones de los hospitales y de los centros de atención primaria, pero siempre dentro del rango y las limitaciones que les impongan reformas o modelos no estimulantes para la creatividad.

### **3.7. Organización y control.**

La organización y el control son la base fundamental de todo trabajo gerencial y dos de los elementos que más condicionan el éxito de una institución. Ambos crean el espacio físico y conceptual, dentro del cual se ejecutan todos los procedimientos, operaciones y flujos de trabajo. Su diseño es un trabajo técnico bastante complejo, y es recomendable que lo acometan especialistas.

La existencia o no de un modelo de atención a la salud, es el primer elemento a considerar. Un modelo refleja la concepción más general de cómo debe hacerse la organización y el control. Descansa en definiciones fundamentales,

en políticas generales y en estrategias básicas, y aunque todo esto es necesario, no es suficiente.

El diseño puede ser erróneo, inoportuno o incompleto y esa condición arrastra todo lo demás. Incluso, de no tener ninguno de estos defectos, puede fallar al momento de implementarse sobre todo si es de ucase, sin que los posibles ejecutores entiendan qué es, porqué es bueno y cuál es la contribución que de ellos se espera.

El control tiene una tendencia, casi universal, a burocratizarse y los sistemas y servicios de salud lo hacen con mucha facilidad. Si se espera la contribución de los clínicos, no tiene sentido atiborrarlos de procedimientos administrativos que les impiden hacer su real trabajo.

Los estilos de dirección representan otro problema. En el mundo actual, prevalece el enfoque participativo, el empoderamiento y los equipos autodirigidos. Si se quiere lograr que los clínicos asuman una responsabilidad mayor, fundamentalmente gerencial, por sus decisiones diagnósticas o terapéuticas, hay que elevar entonces su protagonismo en los procesos en que participa y en las decisiones de las cuales serán objeto y sujeto.

La variabilidad de la práctica clínica es un tema muy investigado por sus implicaciones en la efectividad de la atención médica, en el empleo de recursos y en los costos en salud. Su mayor complicación reside tanto en el gran número de variaciones que se pueden encontrar, como en las razones que pretenden explicarlas.

La incomunicación, el independentismo y las discrepancias no resueltas, pueden originarse en la tendencia natural de los profesionales de salud al autodesarrollo, pero si este último no se incorpora socialmente dentro de la institución, se crean islas de conocimientos.

La solución de estos problemas está en el trabajo en equipo, la introducción de sesiones y eventos científicos abiertos al debate amplio y la capacidad de los líderes para estimular la iniciativa y la creatividad.

### **3.8. Medicina basada en la evidencia.**

La medicina basada en la evidencia (MBE) ha sido definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual, para hacer decisiones acerca del cuidado de pacientes individuales.

Hay dos elementos significativos en la definición, una se relaciona con presentar la mejor evidencia hasta ahora, con respecto a un proceder clínico, diagnóstico, terapéutico o quirúrgico, de manera de apoyar el trabajo del médico. El otro, se refiere a la decisión del médico, para el cual la evidencia es solo un componente que se añade a su talento y experiencia, y en función de ellos decide la conducta a seguir en un caso específico.

La MBE no sustituye, de ninguna manera el talento, la maestría y la experiencia del médico. Sin maestría clínica, existe el riesgo de que la práctica llegue a estar tiranizada por la evidencia, pues incluso una excelente evidencia externa puede ser inaplicable o inapropiada para un paciente concreto. Sin la mejor evidencia actual, el riesgo es que la práctica quede rápidamente desfasada en perjuicio del paciente.

Esta afirmación explica claramente la necesidad de un acceso fácil y sistemático a los trabajos de la MBE, que es el camino más directo para contribuir a la actualización del profesional, familiarizarlo con las mejores prácticas y en consecuencia reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica.

En general, la necesidad de evidencia aparece como un factor importante en cualquier proceso gerencial, pero en el caso de los sistemas y servicios de salud pasa a constituir una condición de la cual no se puede prescindir. Las decisiones en estos casos se vinculan, esencialmente, a la vida y el bienestar de las personas y las poblaciones, lo cual requiere que estén respaldadas por pruebas suficientes que reduzcan al mínimo, la posibilidad de error y demuestren en cualquier momento que se transitó por el camino adecuado. Tales pruebas o evidencias provienen de los resultados de la investigación científica, de las experiencias acumuladas y de la innovación.

La evidencia se asocia, generalmente, a la mejor información científica disponible para aplicarla a la práctica clínica, pero este concepto se ha extendido a otros campos de la salud, tales como las intervenciones sanitarias en general, la enfermería, la planificación local, la evaluación de tecnologías, la promoción, la prevención, el pronóstico o las decisiones en políticas, entre otros.

No todas las evidencias tienen el mismo rigor científico, ni se construyen de la misma manera, lo que motiva la existencia de diferentes escalas de su calidad. Para ello, se toman en cuenta el tipo de diseño de los estudios realizados, los

grados de recomendación, el contexto, el riesgo y la evaluación económica, cuando correspondan.

Este enfoque hacia la evidencia genera especificidades para la gerencia en salud. Lo que no se discute es si es necesario disponer de pruebas para decidir; lo que sucede es que no siempre está disponible o no resulta suficiente para el problema planteado, en razón de lo cual hay que crearla por medios propios, caso muy frecuente cuando de evaluación de tecnologías en salud se trata.

Arriesgarse a decidir en salud sin evidencia, es una manifestación de improvisación que puede conducir a efectos negativos para la salud de las personas y para la sostenibilidad de los programas o del propio sistema.

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

### **3.9. Administración de Recursos Humanos de los servicios de salud.**

El objetivo de la administración de recursos humanos son las personas y sus relaciones dentro de las organizaciones. La administración de recursos humanos sirve para mantener la organización productiva, eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano.

Ya es un paso adelante percibir que las personas que trabajan en la organización representan su recurso crítico, o sea, aquel sin el cual ella no consigue realizar su trabajo.

Esto es particularmente correcto en las organizaciones de salud que, además de depender de la tecnología, no consiguen aplicar esta tecnología sin contar con el recurso humano adecuado. Hoy se considera que el concepto más adecuado está en discutir administración de talentos, ofreciendo a las personas la oportunidad de desarrollarse mientras trabajan en la organización.

Para dar una idea genérica y tradicional respecto a cómo comprender la administración de recursos humanos, se puede decir que ella puede ser entendida como un subsistema de cualquier organización. Al final, son las personas quienes rechazan el trabajo en las organizaciones. Inclusive en aquellos casos en que existe una marcada substitución del elemento humano por máquinas, aun así hay personas que van a recoger lo que fue colocado en esas máquinas, verificar lo que fue hecho por ellas, prenderlas, apagarlas, y decidir cuándo deben ser accionadas.

De cierta forma, es por medio de la utilización del modelo de teoría general de sistemas que el término "recurso humano" se vuelve aceptable.

Administración de recursos humanos es el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos las habilidades etc, de los miembros de la organización en beneficio del individuo, de la propia organización y del país en general.

Los cuatro principales objetivos de los recursos humanos son:

- **Objetivos sociales.** Saber mantenerse dentro de la sociedad como un individuo con valores y propósitos dentro de ella.
- **Objetivos organizacionales.** Tener un buen control dentro de las funciones directivas y administrativas de una organización.
- **Objetivos funcionales.** Están enfocadas en función de las necesidades de la organización.
- **Objetivos individuales.** Son los que pretenden seguir y alcanzar los recursos humanos dentro de una organización.

En primer lugar, es necesario que exista la organización, que tenga objetivos, que los conozca y los comprenda, para tener claro lo que desea hacer.

Los dirigentes sabrán traducir las ideas abstractas al campo de lo concreto, o sea, descubrir cuáles son las personas aptas/capacitadas/habilitadas para hacer aquello que la organización precisa.

Por ejemplo, decir que se necesita enfermeros es muy vago, pues hay profesionales de esta categoría que desarrollaron competencias en salud pública y hay otros que se especializaron en áreas médico-quirúrgicas; están los que desempeñan mejor actividades asistenciales y otros cuya predisposición se inclina a la actuación administrativa.

Siempre se trata de enfermeros, pero saber qué características se desea para realizar determinada tarea, aunque solo sea para ofrecer entrenamientos compatibles, puede tornar más eficiente y eficaz la organización como un todo, al menos a largo plazo.

### **3.10. El proceso administrativo.**

El proceso administrativo se entiende, cómo el conjunto de funciones que tienen cómo resultado final, el cumplimiento de los objetivos de una organización.

Las funciones del proceso se ejercen en consonancia, desde todos los niveles de gestión: macro-gestión; meso-gestión; micro-gestión.

El proceso administrativo no es lineal. Más bien se podría visualizar en círculo ya que, cada función se integra con el resto y el conjunto de la integración se observa en los resultados de la gestión.

La Practica Administrativa que consiste en la realización de un diagnóstico de mejoramiento institucional y la formulación de indicadores de gestión de la unidad de Atención, se realizara en tres fases que son:

**Fase de recolección de información:** la información recolectada será de tipo Administrativo y Legal con el fin de determinar la situación actual de la entidad con respecto al cumplimiento de las labores, los documentos que se requieren para esto serán generados por la misma entidad y las normas regulatorias existentes, también tipo de información nos debe arrojar.

**Fase de Análisis de la Información:** Después de realizada la recolección de información, se permitirá comparar la información recolectada y los aspectos técnicos establecidos para determinar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de la entidad para la realización de la matriz DOFA y se determinaran los puntos críticos que afecten el buen desempeño de la entidad,

a su vez se comenzara a relacionar lo conceptualizado de los indicadores de gestión.

**Fase de Diseño del Documento:** con la información tabulada, organizada y validada se procederá a diseñar y elaborar el documento final objeto de la práctica, este documento se ajustara a las necesidades de la entidad, a la normatividad vigente y será aplicable para vigencias futuras.

### **3.11. Diagnóstico administrativo.**

El Diagnóstico Administrativo es un estudio sistemático, integral y periódico que tiene como propósito fundamental conocer la organización administrativa y el funcionamiento del área objeto de estudio, con la finalidad de detectar las causas y efectos de los problemas administrativos de la empresa, para analizar y proponer alternativas viables de solución que ayuden a la erradicación de los mismos.

Surge como una necesidad empresarial por detectar los problemas que ocasionan crisis dentro de la empresa, así como las necesidades de adaptación del presente al futuro.

Se fundamenta en que todas las organizaciones deben adecuar y modernizar su aparato estructural y funcional para enfrentar y estar acorde con la evolución de los mercados actuales, de ello resulta que deben adaptar su mentalidad y acciones a los cambios que se le presentan y aceptar, enfrentar como un reto y encontrar soluciones a los problemas particulares y generales en cualquier momento.

Su campo de aplicación no tiene límites ni barreras, puede aplicarse a todo nivel dentro de cualquier área, departamento, función o proceso, simplemente se encontrarán variantes de cómo aplicarlo dependiendo de las características particulares del problema que se desee atacar.

Debe realizarse en forma integral sobre el problema detectado y todos aquellos aspectos administrativos que se encuentran relacionados directa o indirectamente con él, además es necesario realizar análisis periódicos sobre las áreas objeto de estudio para retroalimentar las soluciones y mejorarlas permanentemente.

Para realizar adecuadamente el Diagnóstico Administrativo, es necesario llevar un orden lógico para lograr recopilar e interpretar adecuadamente la información y cumplir con los objetivos deseados, difícilmente se podrán obtener si no existen parámetros de evaluación que indiquen los aspectos que se deben evaluar.

Las etapas que integran el Diagnóstico Administrativo pueden resumirse en:

**1. Recopilación de información:** La información que se recoge debe ser lo más exacta posible, pues representa la base para las futuras conclusiones, cuando el analista es experto en diagnósticos bastará la información objetiva con solo observar o intuir cual es el problema directo o al menos tratar de comprender los síntomas directos; la información deberá ser procesada y analizada con mucho cuidado pues de ella dependerán las posibles soluciones a los problemas detectados, es necesario indicar que cada fuente de información es variada y diferente en relación a la fuente original y que cada una de ellas agrega valor al analizarla y contribuye a la solución final.

**2. Análisis organizacional o administrativo:** Esta fase del Diagnóstico Administrativo tiene como objetivo comparar la información registrada en la etapa de análisis y los aspectos técnicos establecidos, a efecto de enumerar los hallazgos y determinar los puntos críticos que afectan al buen desempeño del área evaluada.

**3. Obtención de conclusiones:** Todas las etapas del diagnóstico administrativo están íntimamente ligadas, cada una de ellas puede producir conclusiones, aún antes de finalizar la recolección de los datos, y por simple observación al inicio del estudio dando resultados comprobados posteriormente por medio de la información obtenida.

Para realizar un análisis más completo es importante revisar sobre la evolución y desarrollo que han sufrido a través del tiempo y comparación de esos datos con otros similares, ya sean de otras áreas o departamentos dentro de la empresa o bien con otras empresas similares y finalmente verificar o comprobar si se ha logrado el objetivo fijado mediante un control efectivo de la situación.

**4. Propuesta y plan de acción:** Es la sincronización del detalle de las acciones a tomar, tanto para llevar en orden la investigación, el análisis de la información y para tener la facilidad de soluciones posibles en la organización o reorganización que determina cuales fases son necesarias para una investigación real, que áreas son afectadas en el estudio, que objetivo se persigue, cuáles recursos son necesarios para el análisis, obtener conclusiones que permitan recomendar las posibles soluciones o alternativas para un mejor resultado, evaluando el tiempo necesario, sus costos de y para la operación y

la metodología a adoptar en el nuevo sistema indicado en todo el proceso de estudio.

En sanidad, dentro de las empresas del sector servicios sanitarios (hospitales, centros de atención primaria, etc.) se puede observar la adaptación de cada una de las funciones del proceso a las características específicas del entorno que.

**La planificación como función del proceso administrativo:** La planificación es un proceso continuo de provisión de recursos y servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones entre muchas alternativas.

El objetivo de los procesos de planificación sanitaria es incrementar el nivel de salud de la población. En planificación se usan definiciones operativas de salud mediante indicadores de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo e incapacidad. Dentro de las dificultades para realizar una correcta planificación se pueden mencionar las siguientes:

- Falta de información formal ya que en numerosas ocasiones los datos necesarios para planificar no están disponibles y hacer estudios específicos para conseguirlos puede ser muy caro o imposible.
- Necesidades superiores a los recursos disponibles.
- La gestión cotidiana ocupa todo el tiempo, lo que lleva a solucionar puntualmente los problemas sin reflexionar sobre su origen.
- Tendencia a usar soluciones ensayadas en otros contextos donde han dado resultado, debe siempre tenerse en cuenta el entorno en el que

trabajamos, no siempre las soluciones son útiles sin un proceso de adaptación a la propia realidad.

- El entorno se modifica rápidamente, la sociedad avanza rápido y los cambios en las pautas culturales son cada vez mayores y hacen que debamos cambiar nuestras formas de trabajar si queremos dar respuesta a las necesidades sociales.
- Existencia de grupos de presión, el planificador no está solo, la sociedad le va a exigir que dé una respuesta adecuada y que tenga en cuenta lo que opinan los diferentes grupos sociales, por lo que la participación es importante, no se puede planificar de forma aislada.

**La evaluación como función del proceso administrativo:** La Evaluación como función del proceso Administrativo adquiere su máxima utilidad cuando pretende obtener información necesaria para la adopción de decisiones.

El propósito final como función administrativa es señalar las oportunidades que existen para mejorar la efectividad, la eficiencia y la calidad de los programas y/o servicios de salud.

La evaluación es un proceso integral sistemático acumulativo y continuo que analiza el cambio o transformación, que se produce por efectos de la aplicación de un plan o programa. Además, valora su significado, por lo tanto implica un juicio sobre base objetiva de hechos y acontecimientos por comparación con patrones o estándares específicos.

Sirve para tomar decisiones entre diversas posibilidades para actuar, es aquí donde adquiere su máxima utilidad, cuando pretende obtener información necesaria para la adopción de decisiones con los más bajos incertidumbres.

El propósito final de la evaluación administrativa es el señalar las oportunidades que existen para mejorar la efectividad, la eficiencia y la calidad de los servicios.

Desde el punto de vista del proceso administrativo, la Evaluación como función administrativa es el recuento final del proceso que sirve para verificar, si se cumplió lo planificado y como se cumplió, si no se cumplió lo planificado ¿qué sucedió? Además sirve para modificar acciones futuras.

La evaluación mide cantidad y calidad, por esto se hace después de realizado todo el proceso. Se determina el logro de las metas establecidas en planificación, tratando de descubrir los aciertos y los cambios que se han producido como consecuencia de las actividades desarrolladas.

La Evaluación debe ser permanente, todo lo que se planifique debe ser evaluado al final para comprobar los logros o los no logros y por qué debe ser continua y parte de las funciones del Administrador.

La evaluación debe estar basada en objetivos y metas, las que deben contar con las características siguientes:

- Permite a las necesidades.
- Factible de realizar.
- Medible.
- Conocidos por el personal.

Se pueden distinguir dos tipos de evaluación:

**La Evaluación Cuantitativa:** es aquella que fija normas para medir la cantidad de acciones en un plazo dado, generalmente 1 año, si el cumplimiento es mayor o menor que lo programado se investigan las causas.

**La Evaluación Cualitativa:** mide la cualidad de los programas, es decir, mide el cómo se realizaron en relación a efectividad, eficiencia y costo. Para evaluar un programa se ha de considerar tres aspectos o variables que deben ser evaluados: Estructura, Proceso y Resultados, estos tres aspectos están relacionados entre sí, más aún, podría decirse que están en interdependencia funcional; es así como cambios, en uno de ellos implica necesariamente variaciones en los otros componentes.

Al evaluar estos tres aspectos podríamos decir que estamos evaluando una realidad o servicio con un enfoque sistemático, ya que cada una de las variables evaluadas nos proporciona, insumos para planificar nuevas acciones y programas de mejoramiento.

### **3.12. Modelo de gestión y administración del personal de salud en Paraguay.**

La actual directiva del ministerio viene alentando el trabajo en una sola institución, como propuesta alternativa al modelo que permite que los médicos tengan contratos en varias instituciones. Esta propuesta se basa en la consolidación de dichos contratos, con una carga horaria de tiempo completo en un solo servicio, lográndose un mayor arraigo al servicio de salud, una

optimización del tiempo y una mejor cobertura. Este programa está destinado a especialistas en las cuatro especialidades básicas y a anestesiólogos.

Por otra parte, dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud, se han conformado las Unidades de Salud de la Familia como un equipo arraigado en un territorio social y compuesto por un médico/a, un/una licenciad/a, un/una auxiliar de enfermería y tres agentes comunitarios de salud. La modalidad laboral también es de tiempo completo.

En otro contexto, se ha logrado la desprecuarización laboral de más de 6.000 funcionarios a través de un concurso abreviado, procediendo al nombramiento de funcionarios que tenían entre 6 y 12 años de contratos renovados anualmente. En dicho nombramiento, se tuvo en cuenta la antigüedad y se evitó sistemáticamente influencias de tipo políticas partidarias, aun cuando la mayor parte de los nombrados pertenecían a grupos de signo político distintos al oficialista.

Se está invirtiendo en informatizar las bases de datos de recursos humanos, actividad que está concluyendo en los próximos meses y que va a permitir una depuración del anexo de personal y un mejor control de los funcionarios, además de proporcionar información, evidencias que permitan una toma de decisiones con mayor propiedad.

Las modalidades de vinculación institucional son el nombramiento por decreto, que permite una estabilidad laboral a partir de los 6 meses de trabajo y es permanente. La misma incluye el aporte jubilatorio y otros beneficios como maternidad, complemento familiar, etc.

El contrato temporal es otra modalidad, cuya duración y renovación es anual. Esta última incluye algunos beneficios que antes no existían, como bonificación y remuneración extraordinaria, pero no contempla la posibilidad de aportes a la jubilación ni produce antigüedad. Actualmente, se introdujo la figura de pago por producto, aunque es una modalidad todavía poco utilizada.

En Paraguay resalta cada vez más la escasez de profesionales posgraduados, en especial de maestros, en el área de la Salud Pública y en el gerenciamiento de los Sistemas y Servicios de Salud. Actualmente la cantidad de maestros en el área mencionada no sobrepasa el número de 20, en su mayoría formados en otros países.

La demanda de maestros es notoria y crítica, dada la apertura acelerada por parte del Ministerio de Salud Pública de Direcciones y Jefaturas a nivel central y, en los últimos años, a la apertura de servicios descentralizados.

La Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud), debe enfrentar en el mediano y largo plazo importantes desafíos que le permitan fortalecer su rol rector dentro del Sistema Nacional de Salud, y gracias a la cuál mejore el acceso y la calidad de los servicios.

Sin duda, el más importante de esos desafíos es la formación de Recursos Humanos capacitados. Sin ello, cualquier iniciativa tiene asegurado un rotundo fracaso.

Se deben formar Recursos Humanos aptos, capaces de gestionar e innovar el Sistema Nacional de Salud, combinando la investigación científica de alto nivel con el ejercicio profesional y el trabajo en equipos multidisciplinarios. El

resultado final se verificará con el aporte de conocimientos y prácticas que brindarán respuestas inmediatas y eficientes a la problemática situación actual de salud, con énfasis en el liderazgo y la responsabilidad ética.

### **3.13. Consejos locales de salud.**

El Centro de Información y Recursos para el Desarrollo - CIRD, trabaja en el Paraguay desde 1997, Conjuntamente con la Agencia del Pueblo de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID), desarrollando proyectos pilotos de Descentralización de Salud y participación comunitaria, teniendo como actor principal a los Consejos Regional, Local de Salud y Subconsejos de Salud en distintos Departamentos, Municipios y Comunidades del país.

Con la promulgación de la Ley 1032 y su reglamentación se pretendió iniciar un proceso participativo de reforma del sector salud, con un modelo descentralizado de la gestión de los servicios de salud. En este contexto normativo se promocionan los Sistemas Locales de Salud.

Estos conforman un espacio social democrático que asegura la representatividad de los intereses locales, mediante la participación de la población en una alianza de co-responsabilidad con el sector público local y central. Esta relación facilita el ejercicio de control social sobre las acciones públicas y desarrolla el compromiso de participar en la solución de los problemas, dejando de ser meros espectadores o beneficiarios clientelistas de la gestión pública.

El 25 de septiembre de 2006, el Poder Ejecutivo promulgó la Ley 3.007/06, la cual modifica y amplía la Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud, otorgando reconocimiento del legítimo derecho de los Consejos Regionales y Locales de Salud de administrar los recursos generados en los servicios de salud de las comunidades. Este trascendental hecho político señala un prometedor avance de la descentralización de la salud pública en el Paraguay.

Según el Art. 15 del Decreto 19.966/98, los consejos locales de salud son un organismo de concertación, coordinación y participación interinstitucional, que tiene como finalidad impulsar el Sistema Nacional de Salud a nivel distrital.

Permite a las autoridades municipales, instituciones sanitarias y organizaciones de la sociedad civil, consensuar planes, gestionar recursos y ejecutar acciones a nivel local que mejoren la salud y el bienestar de la población.

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO.**

**4.1. Tipo de Estudio:** Descriptivo, experimental, con metodología cualitativa y cuantitativa.

**4.2. Universo de Estudio:** El universo de estudio estuvo conformado por el área programática que comprende el Centro de Salud de Yatytay.

**4.3. Muestra de Estudio:** La muestra de estudio la constituyeron los 29 profesionales del área programática del Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015.

**4.4. Procedimiento para la recolección de datos:** Se realizó una revisión de la nómina de trabajadores y las consultas realizadas en el Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. Los datos fueron brindados por el departamento de recursos humanos de la institución.

**4.5. Procesamiento de los datos obtenidos:** Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos y posteriormente se sometieron al programa informático Excel 2010 para su tabulación y procesamiento estadístico.

**4.6. Análisis y discusión:** Los resultados obtenidos se analizaron de acuerdo a los objetivos general y específicos, y se realizó una discusión de los mismos según lo planteado en el marco teórico.

**4.7. Conclusiones:** Se concluyó el trabajo respondiendo al objetivo general y objetivos específicos planteados para el desarrollo del trabajo.

## **5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

Participaron del presente estudio 29 profesionales de salud que conformaron la unidad programática en el Centro de Salud de Yatyty durante los meses de Enero a Junio del 2015.

En la Tabla 1 se resume la cantidad de profesionales distribuidos por área de trabajo y su condición de contratación en el momento de la investigación.

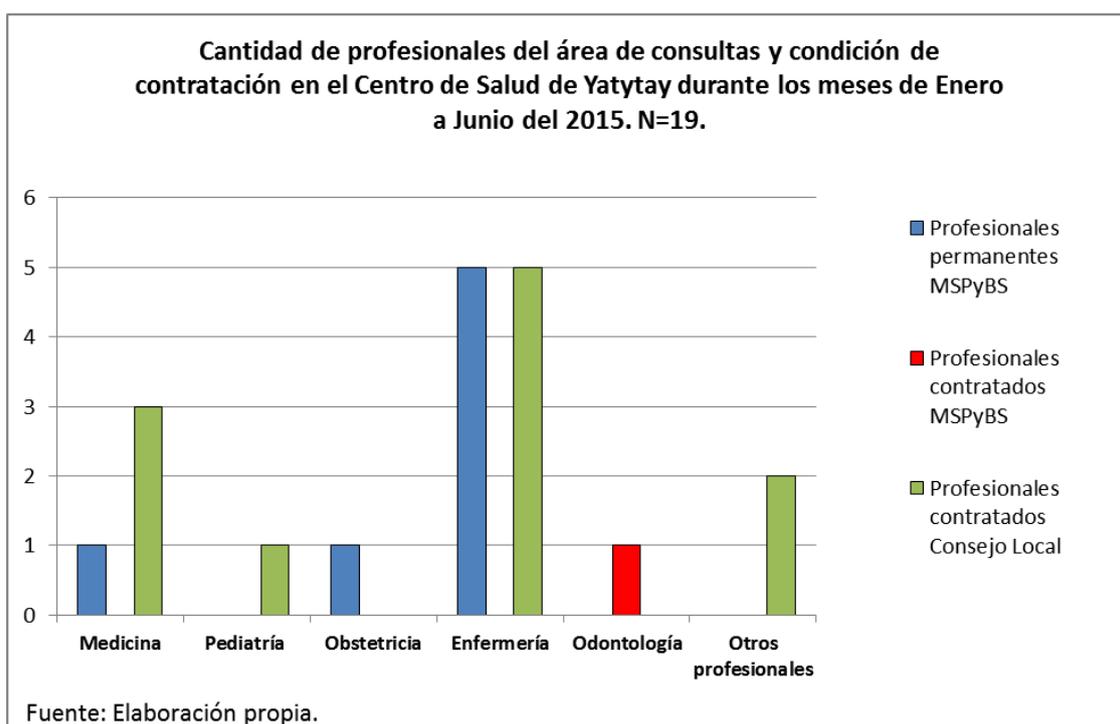
<b>Área de trabajo</b>	<b>Profesionales permanentes MSPyBS</b>	<b>Profesionales contratados MSPyBS</b>	<b>Profesionales contratados Consejo Local</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Medicina	1	0	3	4	13,79
Pediatría	0	0	1	1	3,45
Obstetricia	1	0	0	1	3,45
Enfermería	5	0	5	10	34,48
Odontología	0	1	0	1	3,45
Otros profesionales	0	0	2	2	6,89
Estadística	1	0	0	1	3,45
Admisión	0	0	1	1	3,45
Administración	1	0	4	5	17,24
Servicios	0	0	3	3	10,35
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

**Tabla 1: Cantidad de profesionales por área y condición de contratación en el Centro de Salud de Yatyty durante los meses de Enero a Junio del 2015. N=29.**

En el Centro de Salud de Yatyty durante los meses de Enero a Junio del 2015, se encontraron 6 servicios disponibles que realizan consultas a la población (medicina, pediatría, obstetricia, enfermería, odontología y otros servicios), los cuales están complementados además por 4 áreas de carácter

fundamentalmente administrativo (estadística, admisión, administración y servicios).

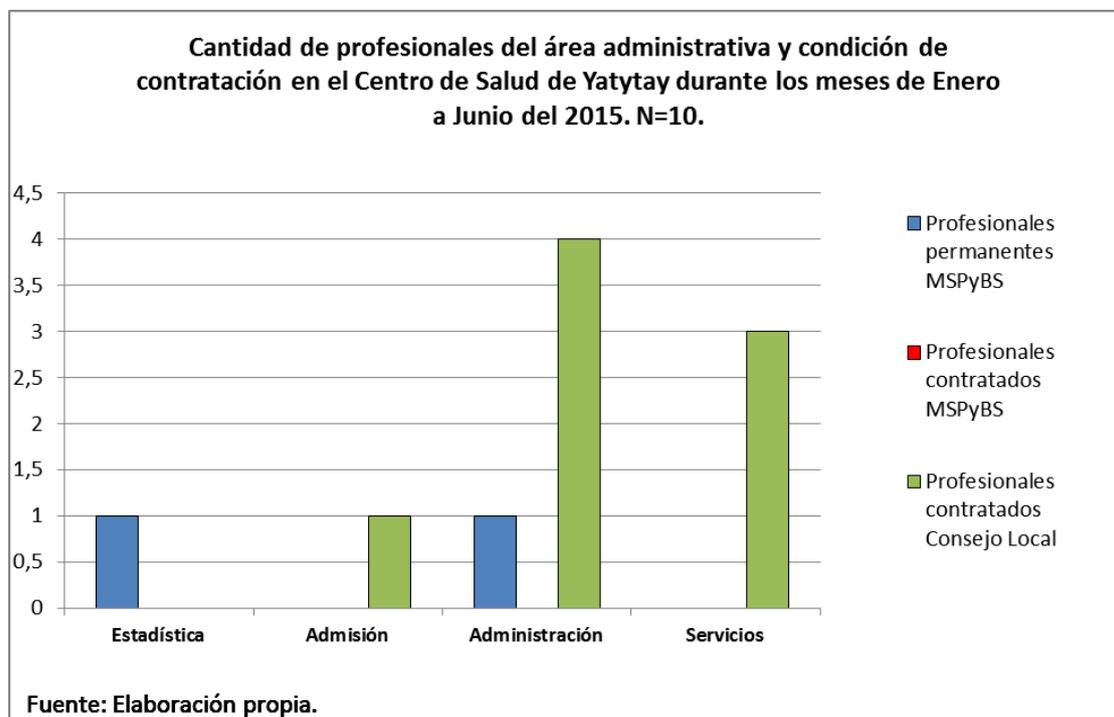
En el Gráfico 1 se representan los profesionales que pertenecen al área de consultas y su condición de contratación dentro del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015.



**Gráfico 1: Cantidad de profesionales del área de consultas y condición de contratación en el Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015. N=19.**

Como se puede observar, en ningún caso los profesionales contratados de forma permanente por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social superan la cantidad de contratados de manera temporal, y en algunos casos los temporales son más numerosos con relación a los permanentes; y la mayoría contratados por el Consejo Local de Salud.

En el Gráfico 2 se representan los profesionales que pertenecen al área de administración y servicios y su condición de contratación dentro del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015.



**Gráfico 2: Cantidad de profesionales del área administrativa y condición de contratación en el Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015. N=10.**

Referente al área administrativa, no existen trabajadores contratados de manera temporal por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, mientras que los contratados por el Consejo Local de Salud superan ampliamente los recursos humanos que trabajan de manera permanente a través del MSPyBS.

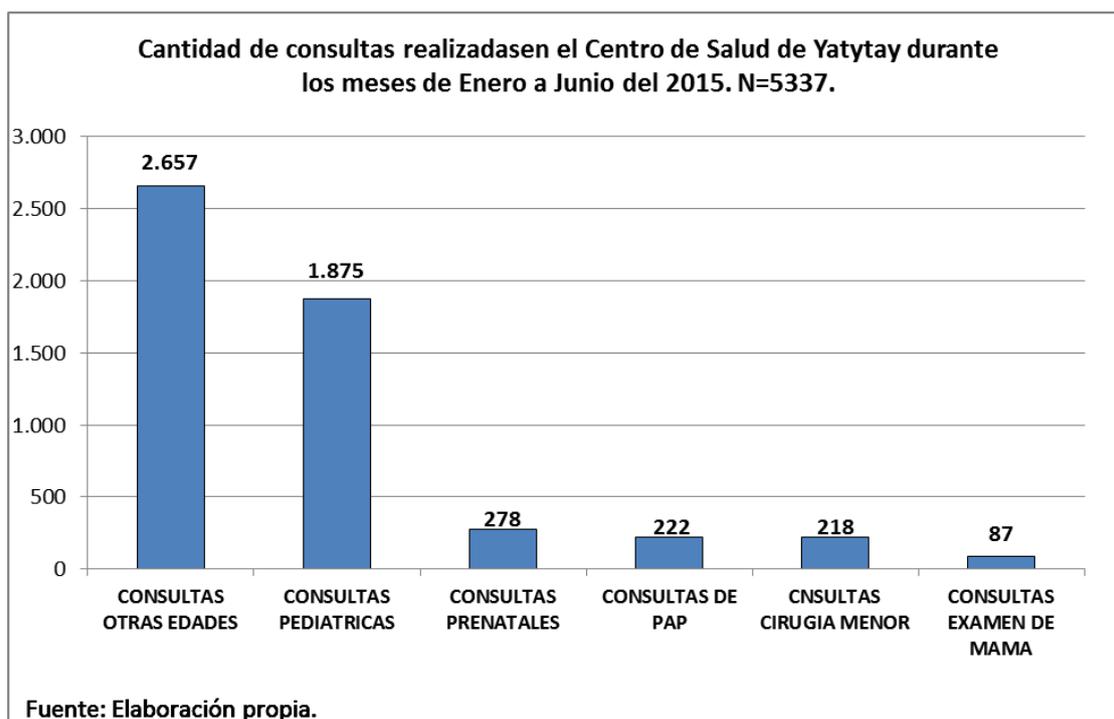
Teniendo en cuenta estos resultados se obtuvo que dentro de los recursos humanos del Centro de Salud de Yatytay durante los meses de Enero a Junio del 2015, el 68,97% trabajan con contratos temporarios (ya sea a través del MSPyBS o del CLS), mientras que solamente el restante 31,03% de los

trabajadores tiene un contrato permanente en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

En cuanto a la disponibilidad de los servicios para la atención a la población en el Centro de Salud de Yatytay se obtuvieron los siguientes resultados:

- Urgencias: disponible las 24 horas, todos los días de la semana.
- Consultas médicas: disponibles de Lunes a Viernes en el horario de 7:00 - 11:00 y de 13:00 – 15:00 horas.
- Consulta médica por convenio con IPS: disponible de Lunes a Viernes en el horario de 13:00 – 19:00 horas.
- Programa Alimentario Nutricional Integral: disponible solo en horario de la mañana.
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): disponible solo en horario de la mañana.
- Planificación familiar: disponible solo en horario de la mañana.
- Control prenatal: disponible solo en horario de la mañana.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): disponible las 24 horas, todos los días de la semana.
- Club de diabéticos, hipertensos y club de madres: Disponible 1 vez por mes.

Se analizaron y cuantificaron los servicios asistenciales prestados a la población en cantidad de consultas. Durante el periodo de estudio se realizaron 5.337 consultas en total, distribuidas en 6 áreas dentro del Centro de Salud de Yatytay, los resultados se expresan en el Gráfico 3.



**Gráfico 3: Total de consultas realizadas en el Centro de Salud de Yatytay, durante el periodo de Enero a Junio del 2015. N=5337.**

Según los datos obtenidos, la gran mayoría de las consultas realizadas corresponden a medicina, ya sean pediátricas o adultos, con un 35,13% y 49,78% respectivamente, seguida del resto de las consultas disponibles, todas por debajo del 10% (prenatal 5,21%, PAP 4,16%, cirugía menor 4,08% y examen de mamas 1,63%).

Además durante el periodo de estudio se registraron 87 nuevas embarazadas captadas para consultas prenatales, 60 nuevos casos de hipertensión arterial, 21 nuevos casos de diabetes mellitus y 4 nuevos casos de desnutrición.

## **6. CONCLUSIONES.**

Teniendo en cuenta los resultados analizados y discutidos y los objetivos propuestos se concluye lo siguiente:

- En el Centro de Salud de Yatyty durante el periodo de estudio, se encontraron 6 servicios disponibles que realizan consultas a la población (medicina, pediatría, obstetricia, enfermería, odontología y otros servicios).
- En el Centro de Salud de Yatyty durante el periodo de estudio, se encontraron 4 áreas de carácter administrativo (estadística, admisión, administración y servicios).
- En ningún caso los profesionales contratados de forma permanente por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social superan la cantidad de contratados de manera temporal.
- Los trabajadores contratados por el Consejo Local de Salud superan ampliamente los recursos humanos que trabajan de manera permanente a través del MSPyBS.
- La mayoría de las consultas realizadas corresponden a medicina, ya sean pediátricas o adultos.
- Durante el periodo de estudio se registraron nuevas consultas de embarazadas, hipertensión arterial, diabetes mellitus y desnutrición.

## **7. RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social aumentar la cantidad de profesionales contratados de forma permanente y disminuir los contratados por el Consejo Local de Salud.
- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y autoridades competentes, a gestionar la instalación de nuevos servicios dentro del Centro de Salud de Yatytay para aumentar la cobertura de salud y la accesibilidad por parte de los miembros de la comunidad.

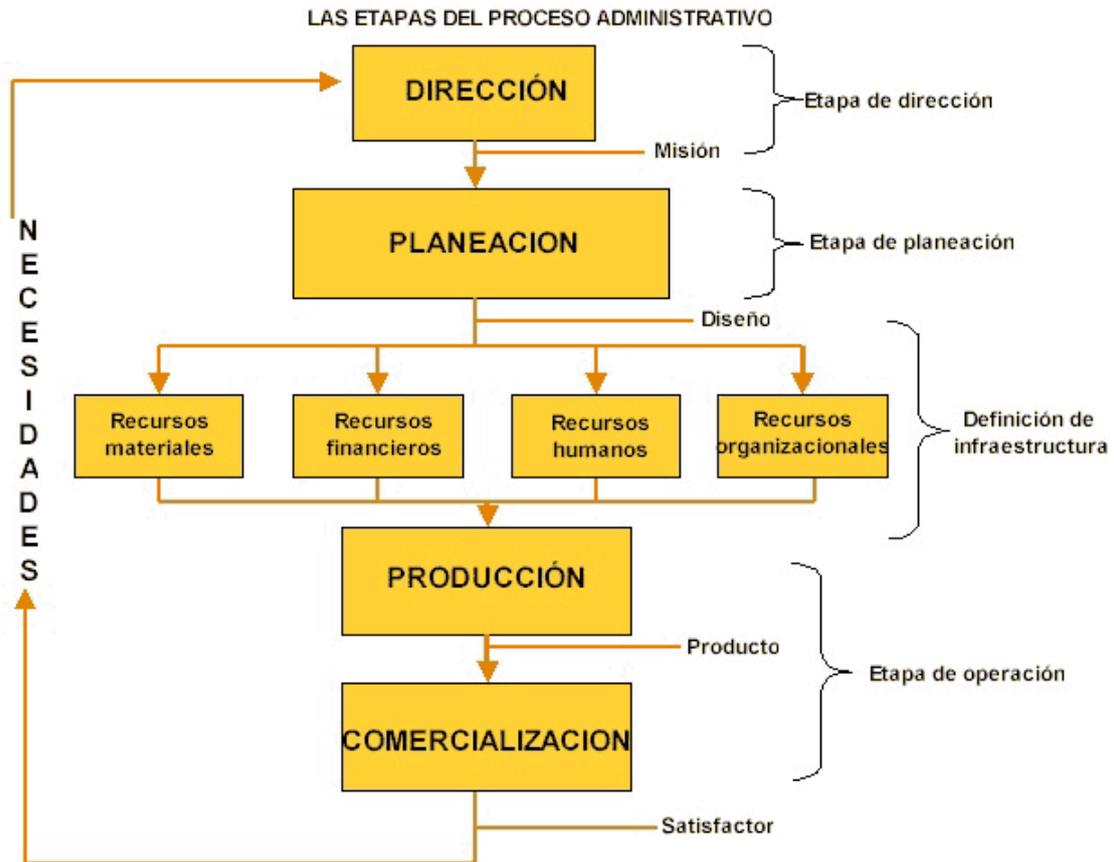
## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- Álvarez B. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2da ed. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009.
- Ávalos MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario. 2010;9(1):10-5.
- Bárcena A, Prado A, Jaspers D. Población, territorio y desarrollo sostenible. Santiago de Chile: CEPAL; 2012.
- Bergonzoli G. La epidemiología y la planificación local: medidas para la evaluación del impacto potencial. Colombia Médica. 2005 [22 Ago 2012];36(1):44-9.
- Carnota O. Tecnologías gerenciales, una oportunidad para los sistemas de salud. Panamá: Universidad de Panamá; 2005.
- Castell-Florit P. Intersectorialidad en salud, fundamentos y aplicaciones. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010.
- Dussault G. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. Boletín Epidemiológico OPS. 1995;16(2):1-5.
- García R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Rev Cubana de Salud Pública. 2012.
- Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Lavarde G. Garantía de calidad en salud. 2da ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2006.

- Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos, experiencias. Washington, D. C.: OPS; 1990.
- Suárez Lugo N. La salud como resultado del consumo. Rev Cubana Salud Pública. 2010.

## 9. ANEXOS.

### 9.1. Etapas del proceso administrativo.



## 9.2. Elementos del aseguramiento en salud.



### **9.3. Fases del proceso administrativo.**

