

# LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD



  
**MAWIL**  
Publicaciones Impresas  
y Digitales



# LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Mgs. Franklin Edmundo Encalada Calero

Md. Jorge Andrés Carbo Palacio

Mgs. Franklin Steven Zambrano Manzur

Md. Kleber Xavier Falcón Bonilla

Mgs. Ángel Polibio Moreno Flores

Md. Verónica Deniss Intriago Cevallos

Mgs. Douglas José Álvarez Sagubay

Esp. Oliver Joel Tóala Mosquera

Md. Charles David Altamirano Olvera







# LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

## AUTORES

**Mgs. Franklin Edmundo Encalada Calero**  
PHD en Educación Superior,  
Universidad Nacional de Rosario (Rosario-Argentina);  
Magister en Diseño Curricular;  
Subespecialista en Cirugía Laparoscópica  
(Universidad Nacional de Piura);  
Cirujano General, Post-grado de Cirugía de la  
Universidad de Guayaquil en el  
Hospital Teodoro Maldonado Carbo;  
Doctor en Medicina y Cirugía;  
*Docente de la Universidad de Guayaquil*  
[f.encalada@hotmail.com](mailto:f.encalada@hotmail.com)

**Md. Jorge Andrés Carbo Palacio**  
Médico; Ayudante de Anatomía Práctica  
[jcarbop91@gmail.com](mailto:jcarbop91@gmail.com)

**Mgs. Franklin Steven Zambrano Manzur**  
Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;  
Especialista en Cirugía General;  
Doctor en Medicina y Cirugía;  
Profesor Titular (Tiempo Parcial) de la Catedra de Cirugía  
Facultad de Ciencias Médicas  
*Universidad de Guayaquil*  
[stevenzamu1@hotmail.com](mailto:stevenzamu1@hotmail.com)

**Md. Kleber Xavier Falcón Bonilla**  
Médico;  
[kleber\\_falcon24@hotmail.com](mailto:kleber_falcon24@hotmail.com)

**Mgs. Ángel Polibio Moreno Flores**  
Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria;  
Medico;  
*Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo*  
[dranpoli@hotmail.com](mailto:dranpoli@hotmail.com)

**Md. Verónica Deniss Intriago Cevallos**  
Médico; Hospital de Especialidades  
Teodoro Maldonado Carbo en el área de  
Cirugía Oncológica  
[draintriago@live.com](mailto:draintriago@live.com)

**Mgs. Douglas José Álvarez Sagubay**  
Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;  
Especialista en Medicina Interna; Diploma Superior en  
Evaluación de la Calidad y Acreditación de la Educación  
Superior; Diploma Superior en Enfermedades Inmuno-  
deficientes en VIH-Sida; Doctor en Medicina y Cirugía;  
*Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo*

**Esp. Oliver Joel Tóala Mosquera**  
Especialista en Cirugía General; Medico;  
*Médico Tratante del Servicio de Cirugía General y  
Digestiva en Hospital Ceibos Norte del IESS*

**Md. Charles David Altamirano Olvera**  
Médico;  
*Hospital de Especialidades  
Teodoro Maldonado Carbo*







# LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

## REVISORES

**Amanda Sánchez Gutiérrez**

Especialista en Pediatría;

Diplomado Superior en Epidemiología Aplicado a la  
Administración y Gestión de Áreas de Salud;

Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;

Diplomado en Autoevaluación y Acreditación  
Universitaria; Doctora en Medicina y Cirugía

**Melva Esperanza Morales García**

Especialista en Medicina Interna;

Magister en Epidemiología y Enfermedades Tropicales;

Doctora en Medicina y Cirugía



# DATOS DE CATALOGACIÓN

**AUTORES:** Mgs. Franklin Edmundo Encalada Calero  
Md. Jorge Andrés Carbo Palacio  
Mgs. Franklin Steven Zambrano Manzur  
Md. Kleber Xavier Falcón Bonilla  
Mgs. Ángel Polibio Moreno Flores  
Md. Verónica Deniss Intriago Cevallos  
Mgs. Douglas José Álvarez Sagubay  
Esp. Oliver Joel Tóala Mosquera  
Md. Charles David Altamirano Olvera

**Título:** La Administración como Herramienta de los Servicios de Salud

**Descriptor:** Ciencias Médicas; Investigación Médica; Administración en Salud.

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-787-82-8

**Editorial:** Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

**Área:** Educación Superior

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 175

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-787-82-8>



*Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios*

El proyecto didáctico *La Administración como Herramienta de los Servicios de Salud*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

**© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.**

\*Director General: MBA. Vanessa Pamela Qhispe Morocho Ing.

\*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

\*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

\*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores





## CONTENIDO

Introducción .....	21
--------------------	----

### Capítulo 1.

Gerencia .....	29
Definición e historia de la gerencia.....	31
Principales enfoques teóricos gerenciales.....	33
El Enfoque científico de la gerencia Frederick Taylor (1856-1915).....	33
El Enfoque administrativo de la gerencia .....	34
El Enfoque Burocrático.....	36
El Enfoque en las Relaciones Humanas.....	38
El Enfoque de Sistema.....	39
El Enfoque de Contingencia o Situacional .....	40
El Gerente y las Herramientas Gerenciales .....	40
Proceso Gerencial y sus Funciones Básicas.....	42
Planificación.....	43
Dirección.....	43
Organización .....	44
Control y Evaluación .....	45
Gerencia pública .....	46
Enfoques de la Gerencia Pública y Retos en la Actualidad .....	49
Enfoque burocrático o de administración pública tradicional .....	49
Enfoque de la Nueva Gerencia Pública (NGP).....	50
El Enfoque Gerencial Basado en la Creación de Valor Público .....	52
Gerencia en la Prestación de Servicios Sociales.....	53

### Capítulo 2.

Servicios Médicos y de Salud.....	57
La Salud como Derecho Fundamental y Servicio Público del Estado..	59
Los Servicios Médicos Dentro de la Atención de la Salud.....	63
Niveles de Atención .....	63
Niveles de Complejidad.....	65
Niveles de Prevención.....	65



Atención Primaria de Salud (APS) y Promoción de la Salud.....	67
La Salud como Política Pública .....	69
La Sinergia de los Servicios Médicos y otros Servicios de Salud .....	72
Articulación entre Instituciones Públicas y Privadas para la prestación de Servicios de Salud.....	75

### **Capítulo 3.**

Las Instituciones Médicas y de Servicios de Salud .....	79
Diversas Tipologías de Centros de Salud.....	82
Hospitales.....	83
Ambulatorios.....	87
Centros de Salud Especializados: .....	89
Centros Clínicos.....	92

### **Capítulo 4.**

Gerencia Médica Institucional .....	95
Planificación en los Centros de Salud.....	98
Organización y Dirección de los Centros de Salud: .....	109
Fundamentos Filosóficos de la Organización: Misión, Visión y Valores .....	114
Estructuras.....	120
Prioridades .....	121
Funciones .....	122
Actividades .....	123
Cultura e Incentivos .....	126
Control y Evaluación de los Centros de Salud: .....	127

### **Capítulo 5.**

Gerencia Médica en Políticas y Programas de Salud.....	131
Diseño de Políticas y programas de salud.....	135
Ejecución y evaluación de planes y programas de salud .....	140
Políticas de salud y vigilancia epidemiológica .....	145



**Capítulo 6.**

Ética en el ejercicio de la Gerencia Médica..... 149  
Ética y gerencia médica ..... 151  
Bioética en la medicina y otros servicios de salud ..... 155  
Atención al usuario de servicios médicos y de salud..... 158

**Bibliografía** ..... 163



**AGRADECIMIENTO**

**LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**





Al Gran Arquitecto del Universo, por todas las bondades recibidas durante el ejercicio de mi profesión.

A mi Familia que es mi soporte anímico y humano, por ser mi fuente de inspiración y motivación para poder superarme cada día más, y que siempre han estado a mi lado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis profesores que alimentaron mis sueños y que en el transcurso del tiempo se volvieron mis amigos compartiendo sus enseñanzas y experiencias.

A mis compañeros y amigos quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, en este escenario que es plasmar la experiencia adquirida durante el ejercicio de la profesión, y lograron que este texto se haga realidad.

Gracias a todos.

*El Autor*



**DEDICATORIA**

**LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**







A mi madre Esthelita.....



**INTRODUCCIÓN**

**LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**







El presente texto responde a la necesidad de exponer la particularidad de la gerencia médica donde la gestión se hace compleja por ser un derecho fundamental y un servicio público que todo Estado debe garantizar: los servicios médicos están sujetos e insertos en un sistema de salud que, a su vez, responden a políticas y lineamientos internacionales para la atención de la salud, por ende, su prestación involucra una serie de actores y escenarios que hacen de la gerencia médica una actividad compleja, donde se enfrenta a actores políticos, la comunidad y las empresas privadas de suministro, en cuanto al factor externo se refiere. Pero en cuanto al ambiente interno la gerencia médica se enfrenta a un escenario no menos complejo: debe lidiar con una gran variedad de profesionales y funcionarios (agentes) de diversas disciplinas y ramas para ofrecer un servicio integral al usuario.

Por eso el texto, en primera instancia, aclara en el capítulo 1, qué es gerencia y su desarrollo y cómo la medicina y la prestación de servicios de salud no escapa a sus criterios y procesos, también se expone la diferencia entre gerencia pública y privada, pues la gerencia médica es o bien la primera o una mezcla de ambas. Luego en el capítulo 2, se detalla qué son los servicios médicos y de salud, su constitución como derecho fundamental y el reto que esto supone para la gerencia médica. Posteriormente en el capítulo 3 se explican las diferentes instituciones médicas y servicios de salud públicos o privados a los que se enfrenta la gerencia médica.

El capítulo 4, habla de los procesos propios de la gerencia médica institucional y la conveniencia de usar la planificación estratégica debido a su carácter público que le da el sistema de salud y su complejidad en un entorno cambiante. Seguidamente en el capítulo 5, se habla de los retos de la gerencia médica en el diseño, aplicación y evaluación de políticas y programas de salud, un reto al que se enfrentan muchos gerentes médicos de organismos públicos, que son mayoría, y a los cuales tampoco se eximen del todo quienes dirigen instituciones médicas privadas. Finalmente, en el Capítulo 6, se desarrolla el factor ético que debe privar en todo gerente médico en el marco referencial de la bioética establecido por los organis-

mos internacionales y las normas universales de atención a la salud, es decir, darle un trato integral al usuario y trascender la noción de paciente y de cliente.

Este texto no pretende ser una guía ni un manual pues la gerencia médica tiene sus particularidades según el tipo de institución y el nivel de atención al que se enfrente, pretende ser solo una orientación para los médicos que se hallan ante el difícil y complejo reto de gerenciar centros, instituciones u organismos de salud, que tanto han cambiado en las décadas recientes y aún presentan muchos desafíos de índole gerencial.

*Los Autores*

**AUTOR**

**DR. FRANKLIN ENCALADA CALERO MGS.**

**PROLOGO**

**LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**







## **La Administración como herramienta de los servicios de salud**

Cuando los Médicos nos sentamos a reflexionar de nuestro diario actuar frente a una serie de patologías, que presenta nuestros pacientes, sobre todo aquellos médicos que realizamos vida hospitalaria, siempre una parte de esta reflexión estará basada en las necesidades institucionales, en aquello de lo que carecemos para ejecutar nuestra actividad médica, en forma eficaz y eficiente, pensando continuamente en ese gran horizonte que es precautelar la salud de nuestro prójimo, al límite de decirnos que lo que realizamos estuvo de acuerdo con lo que la ciencia médica actual demanda.

Es así que he llegado a la conclusión que nuestra profesión indiferentemente de la especialidad, siempre necesitaremos una dosis de conocimiento de administración y gestión. Esta visión no es nueva pero la pongo en consideración debido a la gran injerencia que tiene la administración en el desarrollo de nuestra actividad, porque se ha vuelto en nuestro medio una costumbre pensar que no tenemos los equipos, los materiales o los insumos adecuados; porque nuestros directivos no ejecutan sus actividades con interés, coherencia y forma óptima.

En varias ocasiones se ha insistido a los gobiernos de turno que conozca la necesidad de dar prioridad a la preparación de profesionales en materias administrativas, preparación que debería comenzar antes de la graduación, especialmente en la carrera de medicina; también se deben utilizar programas como la educación administrativa continua en servicio y virtual.

Pero en esta ocasión debemos poner especial interés a esta asignatura, ya que muchos dirán que durante la carrera de medicina tomamos alguna asignatura referente a la administración y gerencia en salud pero al finalizar la misma, los conocimientos no fueron aprehendidos o asimilados en una forma adecuada.

El curso regular para administradores de hospitales debe incluir aspecto básico de administración general, administración de atención médica y hospitalaria, administración sanitaria, ciencia de la conducta y periodos de residencia administrativa.



Este texto no pretende ser una guía ni un manual pues la administración tiene sus particularidades según el tipo de institución y el nivel de atención al que se enfrente, pretende ser solo una orientación para los médicos que se encuentran ante el difícil y complejo reto de gerenciar centros, instituciones u organismos de salud, que tanto han cambiado en las décadas recientes y aún presentan muchos desafíos de índole gerencial.

Aquí se toma en cuenta la colaboración de las escuelas profesionales y técnicas de la región para mejor aprovechamiento de los recursos y así establecer quién es el mejor indicado para dirigir nuestro hospital, nuestro servicio, en el cual no exista injerencia de algún sector político, económico, religioso, etc. Más que solo sus aptitudes para ejercer dicho cargo.

Por ultimo pero no menos importante usted encontrara en este libro una sencilla guía para entender, todos los movimientos que debe realizar un administrador, así como también algunos consejos que lo llevaran a garantizar el éxito de su gestión.

**AUTORES**

**MGS. FRANKLIN EDMUNDO ENCALADA CALERO**

**MD. JORGE ANDRÉS CARBO PALACIO**

**CAPITULO I**

**GERENCIA**







## 1.1. Definición e Historia de la Gerencia

La gerencia es una actividad inherente e inmanente al ser humano, se forma a partir desde el momento en que los seres humanos configuraron organizaciones para alcanzar metas y objetivos colectivos, que no hubieran sido viable lograrlos de manera individual. Es decir, la gerencia ha estado presente en todas las culturas que se han complejizado mediante la conformación de sinergias a partir de trabajo compartido en un primer momento para la subsistencia, luego para la defensa y posteriormente para administrar los excedentes y las provisiones, como una forma de prevenir las épocas de escasez. La gerencia es entonces la capacidad de alcanzar metas colectivas que no pueden ser logradas de forma individual, con el menor coste y esfuerzo posible.

Si se realiza un recorrido histórico, se hallan indicios de gerencia en el origen de los distintos pueblos, es decir, han trabajado unidos en organizaciones, uno de los ejemplos más conocidos y de los que hay mayor registro son los egipcios, los griegos, los romanos, los aztecas, los incas, los mayas, la Iglesia Católica con más de dos mil años de vida, así como los chinos con gran ícono de cultura gerencial como lo es la gran muralla. Muchos teóricos y autores hacen alusión a Sumeria, considerada como la primera y más antigua civilización del mundo, constituía la parte sur de la antigua Mesopotamia, entre las planicies aluviales de los ríos Éufrates y Tigris. A finales del IV milenio A.C., Sumeria se dividió en una docena de ciudades-estados, cada una gobernada por un “patesi” (Ennsi), o en ocasiones por un rey (lugal). Los patesi eran sacerdotes supremos y jefes militares, supervisaban y controlaban la construcción de diques, canales de riego, templos y silos, imponiendo y administrando los tributos a los que toda la población estaba sujeta. Se señala que ya para el año 3001 A. C. se tenía un control administrativo del cobro de los impuestos. Algo similar ocurrió con la civilización egipcia, quienes poseían un sistema precario de contabilidad. Antecedentes más recientes son la Compañía Británica de las Indias Orientales (1600-1874) y la Compañía de la bahía de Hudson (vigentes desde 1670), no obstante, la revolución industrial fue determi-



nante para las primigenias definiciones de la gerencia y desempeño.

La revolución industrial y la manufactura en serie de productos, generó el crecimiento económico y la institucionalización de empresas, esto presionó para que se demandara superiores y más eficientes técnicas para mantener y maximizar la productividad, así como minimizar los costos, es decir, emergió como prioridad incrementar la rentabilidad de las empresas. Por eso, a finales del siglo XIX los estudios dejaron de concentrarse en la economía y el mercado y se centraron en la gerencia de las empresas como problema de estudio. Pero no hay que olvidar que el ser humano estuvo investigando y teorizando al respecto, aunque quizás no designaba gerencia a ese proceso de lograr objetivos comunes o colectivos. Algunos de estos ejemplos, son los escritos provenientes de la filosofía política como lo fueron Maquiavelo y con respecto a la guerra de Sun Tzu.

Los principios que apuntó para el monarca absoluto, son aplicables, si se quiere, a las organizaciones de hoy en día:

1. Una organización es más firme si sus integrantes tienen el derecho a expresar sus diferencias y litigar sus problemas dentro de ella.
2. Aunque una sola persona puede emprender una empresa, ésta es duradera cuando se deja al cuidado de muchas y cuando muchas desean mantenerla.
3. Un dirigente débil puede seguir a uno fuerte, pero no a otro débil, y mantener autoridad.
4. Un líder que persigue cambiar una estructura organizativa, debe conservar al menos la sombra o algunos vestigios de las antiguas costumbres. Así mismo, desde hace aproximadamente 2000 años estableció los siguientes principios orientadores de la guerra, que bien pueden aplicarse a la dimensión estratégica de la gerencia de la actualidad, sobre todo a lo atinente a planificación y marketing:



1. Cuando el enemigo avanza, ¡nos detenemos!
2. Cuando el enemigo se detiene, ¡nos inquietamos!
3. Cuando el enemigo trata de evitar la batalla, ¡atacamos!
4. Cuando el enemigo se retira, ¡continuamos!

Aun cuando estas máximas de estos dos pensadores no fueron escritas para la gerencia, es un ejemplo de que la teoría gerencial de cómo lograr objetivos colectivos no es nada nueva. La transición del capitalismo empresarial a finales del siglo XIX, hacia el capitalismo gerencial del siglo XX fue el punto de inflexión del desarrollo de la gerencia como una disciplina. Cabe destacar que los primeros capitalistas eran propietarios de negocios que utilizaban sus propios recursos financieros para erigir organizaciones que eran administradas (gestionadas) por ellos mismos, esto es, eran empresarios; pero a medida que la industria se desarrollaba emergieron grandes organizaciones con capital frecuentemente de origen externo, y esto no sólo abrió la distinción o separación entre propietarios o accionistas y gerentes.

De allí la formación no se hizo en dirección hacia el empresario sino hacia el gerente.

## **1.2. Principales enfoques teóricos gerenciales**

### **1.2.1. El enfoque científico de la gerencia Frederick Taylor (1856-1915)**

Se considera un pinero del enfoque científico de la gerencia, la cual se enfocaba en la eficiencia del movimiento y de cada tarea de los trabajadores o máquinas, midiendo y analizando cada aspecto medible del trabajo, es decir, se basó en la productividad de la fabricación en serie y masiva de productos y servicios. Este científico estableció intervalos y secuencias para la culminación de cada tarea. Con esta información, Taylor le dio a



los gerentes información auténtica sobre estándares medibles de producción; tenía la convicción de que una de las ocupaciones prioritarias del gerente era diseñar secuencias de labores de forma adecuada, y para ello crearía y facilitaría incentivos de manera que el trabajador se sintiera más motivado, consecuentemente más eficiente y productivo favor de generar plusvalía. Los cuatro principios del enfoque gerencial de Taylor son:

1. Reemplazar modelos empíricos o consuetudinarios de trabajo, con modelos basados en el estudio científico de las tareas.
2. De forma objetiva y científica escoger, adiestrar y desarrollar a cada empleado en vez de dejarlo a que se capacitara por su cuenta, a partir de la experiencia o el ensayo y error.
3. Instruir y supervisar a cada trabajador en el cumplimiento de sus tareas asignadas.
4. Diferenciar y distribuir equitativamente la labor de los gerentes y trabajadores, a los primeros le corresponde el trabajo intelectual concerniente a la planificación y seguimiento de las tareas, mientras los últimos se concentraban en la labor manual y cumplir con lo planificado.

El aporte de Taylor fue lograr la productividad y el establecimiento de métodos aplicados al trabajo de forma científica, pues antes de su propuesta cada trabajador tenía la libertad de aplicar su propia forma de hacer su labor. Promovió la máxima de mayor productividad mayor beneficio para el empleado, también se considera el pionero en la seguridad laboral.

### **1.2.2. El Enfoque administrativo de la gerencia**

De forma casi simultánea cuando Taylor elaboró su propuesta gerencial, Henri Fayol (1841-1925) hizo lo propio con su enfoque administrativo. Fayol tuvo el convencimiento de que, al enfocarse en las prácticas gerenciales de forma consecuente, se podría minimizar los errores e incrementar



eficiencia en las organizaciones. Fayol difería del enfoque de Taylor, quién se concentró en optimizar la organización desde abajo, desde los trabajadores y tareas en busca de eficiencia y eficacia, y, además, profesaba que la acción gerencial era prerrogativa de un grupo de la organización. Por el contrario, Fayol enfocaba a la organización desde arriba, y tenía la creencia de que cada persona de la organización de algún se hace responsable de una tarea que involucra una decisión gerencial. También apuntó que la única motivación de los trabajadores no se basa sólo en el dinero, aunque si bien es cierto es la principal. Fayol estableció los siguientes elementos para ayudar a los regentes a gerenciar sus acciones de forma efectiva:

**1. División del Trabajo:** Para cada labor existe un número de procedimientos que deben realizarse lugar. Promueve la especialización del trabajador y la eficiencia.

**2. Autoridad:** Los dirigentes tienen el poder de impartir órdenes so pena de sanciones. La autoridad viene aparejada con la responsabilidad.

**3. Disciplina:** Los trabajadores han de seguir estrictamente las reglas que rigen la organización.

**4. Unidad de Mando:** Cada empleado debe responder a un único jefe.

**5. Unidad de Dirección:** Cada grupo de actividades organizacionales que tengan el mismo objetivo deben ser dirigidas por un único gerente a través de un plan.

**6. Subordinación:** No deben anteponerse los intereses personales sobre los de la organización.

**5. Remuneración:** Cada trabajador debe recibir una acorde remuneración por su labor.

**6. Centralización:** Se refiere al grado en el cual los subordinados se invo-



lucran en la toma de decisiones. Mientras más grande sea la organización, menos centralización habrá.

**7. Jerarquía:** Las comunicaciones deben seguir la línea de mando, desde la alta gerencia hasta los rangos inferiores.

**8. Orden:** Se refiere al arreglo sistemático del hombre, máquina y otros recursos. Debe haber un lugar para cada empleado de la organización, el cual no ha de ser invadido por otro (lugar y horario de trabajo).

**9. Equidad:** Los dirigentes deben dar el mismo trato por igual a sus subordinados.

**10. Estabilidad de Tenencia del Personal:** Alta rotación de personal es ineficiente.

**11. Iniciativa:** Aquellos empleados que se les dé libertad para originar y llevar a cabo planes, mostrarán altos niveles de esfuerzo.

**12. Trabajo en Equipo:** Fomentar el espíritu de equipo construirá armonía y unidad dentro de la organización.

Estableció además cinco funciones principales de la administración: planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar. El enfoque de Fayol refutaba aquel paradigma de que “*los gerentes nacen, no se hacen*”, proponiendo en su lugar, que la gerencia implica una serie de habilidades y competencias que pueden aprenderse o adquirirse si se comprende sus principios. Es decir estableció como principio la formación gerencial.

### 1.3. El Enfoque Burocrático

Max Weber (1864-1920) coligió que cualquier organización constituida por un gran número de persona demanda una regulación escrupulosamente controlada de sus actividades. Weber desarrolló una teoría sobre la geren-



cia burocrática que destacó la necesidad de una jerarquía estrictamente definida y piramidal, a su vez, administrada por regulaciones y líneas de autoridad claramente determinadas e inquebrantables. Este enfoque suponía que la organización ideal debía ser burocrática (enfoque racional basada en los procedimientos), cuyas actividades y objetivos eran racionalmente establecidos y cuyas divisiones de labores eran explícitamente concretas, además destacaba que se debía acentuar la competencia técnica y que las evaluaciones de desempeño debían estar basadas completamente en los méritos. Las ideas-fuerza de este enfoque son:

1. Roles especializados.
2. Contrataciones basadas en méritos.
3. Principios uniformes de ubicación, promoción, y transferencia en sistemas administrativos.
4. Hacer carrera con estructura de salario sistemática.
5. Jerarquía, responsabilidad y rendición de cuentas.
6. Sujeción de la conducta oficial a estrictas normas de disciplina y control.
7. Supremacía de reglas abstractas (racionales).
8. Autoridad impersonal.
9. Neutralidad política, ideológica o valorativa.

En la actualidad se observa con las organizaciones burocráticas como instituciones impersonales que colocan a la eficiencia por encima de las necesidades humanas además de organizaciones dentro de las cuales la ejecución de algunas actividades en particulares puede resultar repetitivas debido a lo estrictamente detallado de sus procedimientos, sin embargo,



Weber buscó mejorar el desempeño de las organizaciones al hacer sus operaciones predecibles y productivas. Las instituciones y centros de salud como se desarrollaron a partir del siglo XX con la implementación del Estado de Bienestar, por ello asumieron muchos rasgos del modelo gerencial burocrático, hoy por hoy, se mantiene la selección y ascenso por méritos evaluados por credenciales y no por desempeño, un trato neutral al usuario, estructura rígida dividida en unidades y departamentos, descripción detallada de normas y procedimientos, entre otras.

Aunque hubo mejoras en las organizaciones con la aplicación de este enfoque gerencial burocrático, este modelo demanda que todos los gerentes y trabajadores se adhirieran estrictamente a sus funciones, provocándoles una sensación de que no son partes de la misión de la empresa, a ser impersonales y no empáticos, llevándolos eventualmente a la pérdida del sentido de pertenencia, y más allá de eso, se desestima el potencial de los empleados, limitando su creatividad y habilidad para adaptarse al cambio.

#### **1.4. El Enfoque en las relaciones humanas**

En segunda década del siglo XX, Elton Mayo (1880-1949) hizo consideraciones sobre la relevancia de la interacción humana y las relaciones personales en el lugar de trabajo, conclusiones que logró mediante experimentos que lo llevaron a dar con los efectos que tenía la variación de condiciones de trabajo sobre la productividad de los trabajadores. En cada etapa de los experimentos la productividad aumentó, porque los trabajadores sentían que la gerencia se los consideraba, al tiempo que establecían y se estrechaban lazos sociales más fuertes entre los trabajadores, pues se veían a ellos mismos como parte de un grupo selecto (por pertenecer al grupo control), del mismo modo, tenían la libertad de elegir sus condiciones laborales. Todo esto llevó a Mayo a deducir que este acercamiento enfocado en satisfacer las necesidades sociales del trabajador, el clima organizacional y el trabajo en equipo tenían un alto impacto en la productividad de los trabajadores. En la primera mitad del siglo XX, las teorías se basaban en las necesidades sociales y la motivación de las personas, dentro de este



movimiento estuvo Abraham Maslow quien 1943 estableció su pirámide de la motivación que aún es tenida en cuenta en la gerencia.

### **1.5. El Enfoque de Sistema**

A partir de la idea de la idea de un sistema como un conjunto de elementos interconectados e interrelacionados que forman parte de un todo, dirigidos para alcanzar un objetivo, en este enfoque gerencial. se asume a las organizaciones como un sistema abierto, que recibe influencia y se adapta al exterior, comprendido por varios sub-sistemas, enlazados entre sí a través de la comunicación, decisiones, objetivos, políticas, etc. El efecto que tiene este enfoque en la gerencia, es que ayuda a los dirigentes a tener una visión más amplia de la organización y los ayuda a identificar patrones y eventos en el lugar de trabajo. Las principales características de este enfoque son:

- 1.** Un sistema consiste de elementos que interactúan y se realimentan.
- 2.** Los sub-sistemas deben estudiarse en sus relaciones con otros sub-sistemas en vez de aisladamente.
- 3.** Un sistema organizacional tiene límites que determinan cuales partes son internas y cuáles externas.
- 4.** Un sistema no existe aisladamente ni de forma totalmente autónoma. Recibe entradas de otros sistemas, que atraviesan un proceso de transformación y dejan el sistema como salidas de otros sistemas.
- 5.** Una organización es un sistema dinámico que responde a su entorno y se adapta a él a la vez que trata de influenciarlo. Es vulnerable al cambio en su entorno.



## **1.6. El enfoque de contingencia o situacional**

De acuerdo a este enfoque, la gerencia es y debe ser situacional. Los proponentes de otros enfoques no consideraron el entorno y su integración en cada enfoque, por lo que con frecuencia asumen que sus teorías son aplicables en todo momento. El enfoque de contingencia establece que los gerentes diseñan las organizaciones, definen objetivos y reformulan las políticas y planes de acuerdo a las condiciones predominantes del entorno, donde también hay adversarios, competidores y oponentes, y por ende, las políticas y planes deben responder a los cambios de tales condiciones. Adicionalmente, indica que la gerencia debería tener las habilidades necesarias para anticipar, entender los cambios del entorno, y dar lugar al cambio dentro de la organización. Por ende, se basa en la planificación estratégica que parte de las fortalezas internas y las oportunidades del entorno, las debilidades propias y las amenazas del contexto, así como la consideración de los competidores y oponentes de la organización.

## **1.7. El Gerente y las herramientas gerenciales**

La gerencia trata de la resolución de problemas y superación de retos que continuamente surgen en el curso de una organización en su recorrido de alcanzar sus metas y objetivos. De una manera más amplia, se define a la gerencia (y al gerente, como el dirigente que la practica), como el proceso de diseñar y mantener un entorno en el cual los individuos, a través del trabajo en equipo, eficientemente alcanzan ciertos objetivos colectivos. Por ende, se desprende esta premisa los siguientes supuestos:

- 1.** Los gerentes son las personas que llevan a cabo funciones gerenciales como la planificación, organización, dirección y control.
- 2.** La gerencia se aplica a cualquier tipo de organización.
- 3.** La gerencia aplica a los dirigentes en todos los niveles de la organización.



4. El enfoque de todos los gerentes es el mismo: crear valor, generar crecimiento.

5. Gerenciar es la ciencia y el arte de alcanzar el cumplimiento de objetivos a través de la gente, y por tratarse de una labor retadora, suelen requerirse ciertas habilidades para desempeñar efectivamente dicha labor, es decir debe tener el dominio de al menos tres conjuntos de herramientas gerenciales.

**5.1. Habilidades Conceptuales:** Permiten visualizar la organización como un todo. Contiene habilidades de análisis, creatividad e iniciativa. Ayudan al gerente a identificar la causa de los problemas y no los síntomas, y a solucionarlos en beneficio de la organización. A centrarse en los problemas.

**5.2. Habilidades Interpersonales o de Relaciones Humanas:** Es la habilidad de trabajar con la gente. Ayuda al gerente a entender, comunicarse, dirigir, motivar y desarrollar el espíritu equipo.

**5.3. Habilidades Técnicas:** Corresponde a la habilidad de ejecutar un trabajo en particular. De aquí se desprende que, en el nivel de la alta gerencia, se requiere un mayor dominio de habilidades conceptuales que técnicas, en el nivel más bajo se requiere lo contrario. Las habilidades interpersonales se requieren en todos los niveles. Adicionalmente al enfoque de Katz, se considera que un gerente necesita además dominio de las siguientes habilidades:

- **Comunicación:** El gerente debe tener la capacidad de comunicar asertivamente los planes y políticas a sus empleados y demás trabajadores. Debe estimular el libre flujo de la comunicación en la organización. Se requieren en todos los niveles de la gerencia.
- **Administración:** Fundamentales en el nivel más alto, ayudan al gerente a efectuar planes y políticas, a coordinar diferentes actividades de la organización y a controlarla completamente.



- **Liderazgo:** Reconociendo al liderazgo como la habilidad de influenciar sobre el comportamiento humano, se requiere en todos los niveles por cuanto cada gerente debe saber motivar a sus colaboradores.
- **Resolución de Problemas:** Se espera que un gerente sepa cómo identificar un problema y tenga la capacidad de encontrar la mejor solución para dicho problema. Esto requiere inteligencia, experiencia y conocimiento actualizado
- **Toma de Decisiones:** Aunque se requiere en todos los niveles, se requiere con mayor necesidad en el nivel más superior. Un gerente debe ser capaz de tomar decisiones rápidas y acertadas, además de implementarlas con sabiduría. Básicamente el éxito o fracaso de un gerente yace en la exactitud de sus decisiones.

### 1.8. Proceso gerencial y sus funciones básicas

La gerencia se concibe como un proceso donde un dirigente escoge entre diversas alternativas a su disposición, para la toma de decisión más conveniente y oportuna a fin de alcanzar los objetivos organizacionales. El proceso gerencial se fundamenta en la intuición, en la experiencia, el sentido común, pero, sobre todo, en la racionalidad y el desarrollo de las habilidades gerenciales expuestas en el punto anterior, todas basadas en el conocimiento ya sea teórico-conceptual, técnico y de inteligencias social y emocional.

Toda toma de decisión se genera a partir de la identificación de un problema, y luego se configuran las tácticas de solución, la evaluación de las alternativas y la escogencia de alguna de ellas en consideración de la racionalidad y el pensamiento estratégico y situacional. Cuando la gerencia es vista como un proceso, puede ser analizada y explicada en términos de varias funciones cardinales, no obstante, al discurrir sobre el proceso gerencial es provechoso, y aun necesario, describir y estudiar cada función del proceso separadamente, aunque en la práctica estas funciones se dan casi simultáneamente y no se deben ver como fases o estadios diferencia-



dos ni secuenciales. En la práctica, un gerente aplica simultáneamente, o al menos en forma constante, todas o algunas de las siguientes cuatro funciones.

### **1.9. Planificación**

Involucra las tareas de delimitar los objetivos o metas de la organización, crear una estrategia general para alcanzar esas metas y desplegar una jerarquía completa de planes para componer y coordinar las actividades de forma sinérgica. Se refiere tanto a los fines (lo que se va a hacer o planificación estratégica) como los medios (cómo se hará o planificación operacional). Cuando la gerencia es vista como un proceso, la planificación es la primera función que se hace. La planificación minimiza la incertidumbre porque exige a los gerentes a no perder de vista hacia las metas; a prevenir los cambios, los oponentes y los competidores; a considerar el impacto de estos y desarrollar las respuestas apropiadas para cada caso.

Para que una planificación tenga éxito, se debe evaluar la situación actual, es decir, realizar un diagnóstico, y, en función de ello, establecer los objetivos, así como también desarrollar estrategias para el cumplimiento del programa de actividades de la organización, además de la delegación de responsabilidades. Dentro de la planificación está el diseño de políticas, planes, programas, estrategias y tácticas que conduzcan a la obtención de las metas propuestas. También tiene que ver con el ajuste de estrategias y planes ya en desarrollo.

### **1.10. Dirección**

Esta función gerencial integra las tareas de motivación, liderazgo, guía, estímulo y actuación. Todo gerente debe apoyarse en la comunicación para la toma de decisiones, para motivar a su equipo, para recordarle los objetivos y destacar sus talentos. También ha de crear procesos y políticas de comunicación de las decisiones tomadas, lineamientos y directrices, todo de forma asertiva y oportuna. Es decir, la dirección hace alusión a los fac-



tores humanos de una organización, a lo emotivo y sensitivo a partir de lo racional. A la búsqueda incesante de congeniar los objetivos organizacionales con los objetivos personales.

De una buena dirección, depende que los esfuerzos de cada miembro de una organización resulten en el logro de los propósitos corporativos, de ahí la necesidad de dirigir la organización de manera que se alcancen sus objetivos en la forma más óptima posible. Un líder debe desempeñar un buen papel dentro de la organización, ya que de él depende alcanzar los objetivos que se plantee. Debe guiar a su personal de forma eficiente y eficaz, teniendo buena comunicación y delegando de forma correcta las responsabilidades y los recursos.

Un buen gerente dirige sin abrogarse las responsabilidades, un gerente coordina más no realiza las actividades de otros: distribuye bien las tareas, funciones, responsabilidades y recursos; previene el conflicto, y cuando éste aparece lo convierte en oportunidad de aprendizaje; mantiene un buen clima organizacional, esto es que las relaciones entre los empleados y clientes sea la más armónica posible y los trabajadores tengan las mejores condiciones de trabajo posible.

### **1.11. Organización**

Para hacer viables y factibles la ejecución de los planes, una vez que estos han sido formulados, es imprescindible crear una organización. Es función de la gerencia establecer el tipo de organización requerido para apuntalar y aplicar los planes que se hayan hecho. El tipo de organización que se haya establecido, determina, en buena medida, el que los planes sean apropiada e integralmente cumplidos. Así mismo, los objetivos de una organización y los planes respectivos que permiten su alcance, determinan las características y la estructura de la organización donde las tareas se dividen, agrupan y coordinan.

Cabe destacar, que una organización que cuente con un personal apto y



competente, ejecutará de forma eficiente y eficaz de las diferentes actividades que se realiza dentro de la misma y que han sido determinadas por la organización a partir de los planes. Se debe tener en cuenta al momento de contratar al personal, que éste debe poseer un perfil acorde a lo que se requiere para que el empleado tenga un buen desempeño y realice un buen trabajo. El empleado al ingresar debe tener claro las funciones de su cargo, lo que se espera de él, de allí la necesidad de disponer de manuales de normas y procedimientos.

Es decir, una organización ha de tener una política definida de desarrollo de recursos humanos, donde se integre la selección, entrenamiento, capacitación, evaluación e incentivos, cabe destacar que nada de esto es posible sin una buena dirección, la dirección y la organización deben ir de la mano son procesos casi simultáneos y han de efectuarse de forma coordinada.

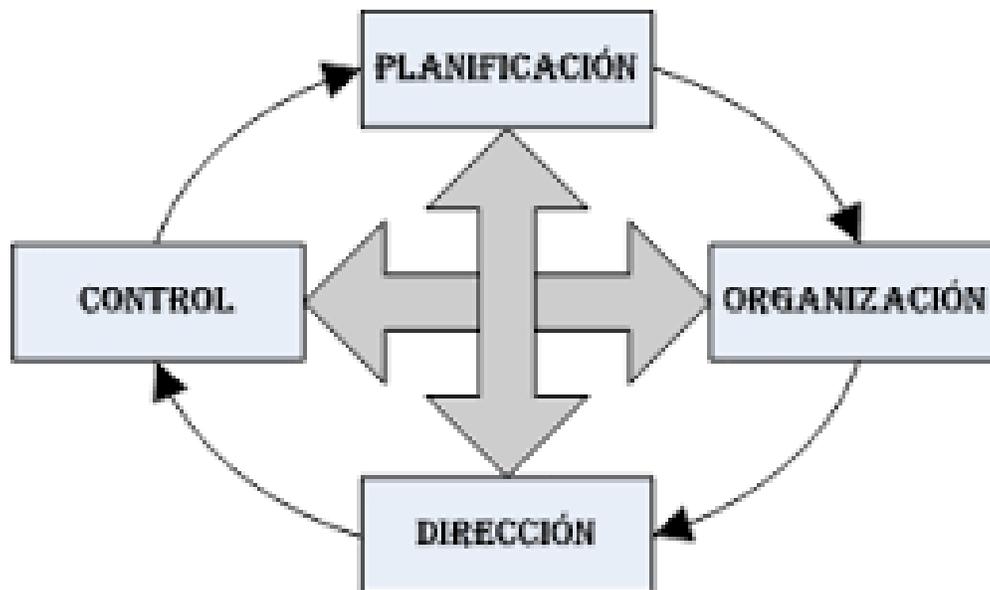
### **1.12. Control y evaluación**

La última fase del proceso gerencial es la función de control. Su intención, es medir, cualitativamente y cuantitativamente, la ejecución en relación con los patrones de actuación y, como resultado de esta comparación, determinar si es necesario tomar acción correctiva o remediar que encauce la ejecución en línea con las normas establecidas. Mediante el control y la evaluación se determina si los objetivos establecidos en el proceso de planificación están siendo logrados y representa un insumo para procesos de ajustes de planes, política, organización, sistema de incentivos; es decir, aporta información para introducir los correctivos necesarios para hacer más eficiente la gerencia, y con ello lograr los objetivos.

En definitiva, la función de control es ejercida continuamente, y aunque relacionada con las funciones de organización y dirección, está más íntimamente asociada con la función de planificación. Una organización que desea lograr sus metas y ser competente en el mercado o en su entorno, requiere de un buen control de su personal y sus actividades. Al contar con



un empleado capaz de asumir sus responsabilidades y corregir sus errores, se conseguirán resultados ajustados a los planes que se requieran en un lapso determinado.



**Ilustración 1.** Procesos gerenciales

**Fuente:** Autores

### 1.13. Gerencia Pública

Los procesos gerenciales son universales tanto para la gerencia pública como la gerencia privada, sin embargo, la gerencia pública tiene ciertas especificidades y características que la distinguen de a la gerencia pública a la privada. La gerencia pública es *“la gerencia aplicada a desarrollar las áreas de actividad del Estado para alcanzar niveles de desarrollo que permitan satisfacer las necesidades fundamentales de los ciudadanos y mejorar su calidad de vida”*. De acuerdo con: *“La gerencia publica propone asegurar que las políticas y programas públicos respondan de manera valiosa, pertinente, eficaz y eficiente a problemas importantes de la ciudadanía, promoviendo así el logro del desarrollo de manera equitativa y sostenible”*.



La gerencia pública entonces se encarga de dar cumplimiento a los objetivos del Estado, por ende, responde a un modelo de desarrollo. La gerencia pública, es desarrollada por medio de los organismos públicos de los distintos poderes tanto nacionales como subnacionales y tiene como finalidad, manejar y controlar las variables del entorno en el cual se desarrollará de gestión del gobierno.

Las competencias de la gerencia pública son: (a) seguridad y defensa, (b) servicio diplomático, (c) infraestructura y servicios públicos, (d) servicios sociales, (e) actividades empresariales de propiedad pública o mixta, (f) regulación de la economía, (g) cultura, deporte y recreación, (h) finanzas públicas (Impuestos).

La gerencia pública tiene como esencia buscar soluciones a los problemas administrativos que afectan la eficacia y eficiencia de las políticas públicas tales como los programas gubernamentales asociados a la educación, seguridad personal, la salud pública, infraestructura y vivienda, finanzas públicas, ciencia, tecnología, innovación, finanzas, entre otros. Las características de la gerencia pública son:

1. Implica gerenciar sistemas sociales complejos.
2. Se deben administrar recursos.
3. Criterio de la escasez de recursos en el sector público.
4. El fin de la gerencia pública es lograr “*El bien común*”.
5. Alta influencia política (Estado, partidos políticos) en gerencia pública.
6. Asociaciones sindicales con mayor poder que en las empresas privadas.
7. Uso indebido del poder para beneficiar a determinados grupos o partidos políticos.



**8.** No es necesario conquistar la preferencia de los “*clientes*” pero si buscar “*satisfacer sus necesidades*”.

Uno de los retos más relevantes de la gerencia pública es trascender y revisar son los modelos económicos que acompañan a la acción pública y el enfoque del Estado convenidos en los planes nacionales o los planes de desarrollo. La economía y el desarrollo industrial de los países en el siglo XXI tienen su anclaje en la nueva economía apoyada en la gobernanza, la cual se encuentra asociada a conceptos tales como costos de transacción, eficiencia gerencial, responsabilidad social y medioambiente.

La gerencia pública es la principal responsable de un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado. Esto plantea un cambio de paradigma en las relaciones de poder de dirección pública basadas más que todo en el enfoque burocrático, requiriendo una aguda, intensa y amplia interacción social con la finalidad última de reducir costos de transacción, y donde destaca los mecanismos abiertos de transparencia pública que va desde los procesos de licitación hasta la ejecución de los presupuestos.

La acción comunitaria y de la sociedad civil tiene unas potencialidades extraordinarias a la hora de apoyar la ejecución de actividades gerenciales relacionadas con la provisión de servicios públicos y el aseguramiento de la calidad de los mismos, puesto que se fundamenta en la interacción social permanente, la cultura y una visión holística de los fenómenos.

#### **1.14. Perfil del gerente público**

Para las aptitudes y competencias que debe poseer un gerente público son las siguientes: (a) inteligencia, (b) educación y formación en el área de desempeño, (c) experiencia, (d) habilidad administrativa, (e) habilidad para las relaciones humanas, (f) capacidad de liderazgo, (g) cumplimiento de la ley, (h) apertura a la innovación, (i) espíritu crítico, (j) preocupación por el público, (k) compromiso con la democracia (voluntad colectiva



y ciudadanía), (1) eficiencia y efectividad. De acuerdo con el perfil del gerente público se caracteriza por:

**1. Función Social de Autoridad:** Su autoridad aunque deviene de la función pública debe también partir del liderazgo, la autoridad legítima y legal no es suficiente.

**2. El Manejo de la Complejidad:** Debe saber moverse en la complejidad que representa la función pública donde intervienen las variables sociales, económicas, políticas, pero también la diversidad de las demandas de la ciudadanía.

**3. El Logro de la Articulación política, Operativa y Programática.**

**4. La Concertación de Actores.**

**5. La Gerencia de Frontera Tecnológica.** Integrar y estar a la orden de los avances tecnológicos.

**6. El Desarrollo de una Ética de Compromiso Social.** Más que la satisfacción del cliente su ética parte de propender al bien público y buen vivir.

## **1.15. Enfoques de la gerencia pública y retos en la actualidad**

### **1.15.1. Enfoque burocrático o de administración pública tradicional**

De acuerdo con, este enfoque es en el que se centra la mayoría de la gerencia pública en los países latinoamericanos y reviste las siguientes características:

**1.** La administración pública tradicional se basa en unas responsabilidades de trabajo administrativo enfocado en el cumplimiento de lo legalmente asignado, es decir el mandato.



2. En este enfoque, los mandatos, representados por requerimientos formales, leyes, ordenanzas, artículos de constitución, decretos, estatutos y otros similares, guían la conducción de las responsabilidades por el comportamiento del sistema.
3. El rol de los “*administradores*” consiste en implementar decisiones.
4. En situaciones complejas, los administradores públicos buscan en los mandatos formales una guía y dirección para la toma de decisiones.

Este es un sistema cerrado y no se adapta a los requerimientos de gobernanza de la actualidad. Las características y tradiciones a superar por este modelo son las siguientes:

1. Gerencia de arriba hacia abajo.
2. Estructuras organizacionales piramidales.
3. Principios organizacionales no claros y no del dominio de todos.
4. Ausencia de planes.
5. Poca delegación.
6. Escasa participación de los niveles medios en la toma de decisiones

### **1.16. Enfoque de la nueva gerencia pública (NGP)**

Los retos y desafíos a superar por el modelo tradicional de la administración pública dieron origen al modelo de la Nueva Gerencia Pública (NGP), para lograr los siguientes fines y cambios:

1. Reconocimiento de la gerencia como función pública.



2. Reconocimiento de existencia en relación directa con las necesidades de las comunidades.
3. Importancia de la participación comunitaria.
4. Importancia de la planificación de las políticas públicas de abajo hacia arriba.
5. Reducir la burocracia.
6. Transferir las competencias a los niveles subnacionales lo más cercanos a la ciudadanía.
7. Dar prioridad al ciudadano: mejorar la calidad del servicio, abrir canales de participación.
8. Otorgar más poder a los empleados públicos “toma de decisiones”, co-responsabilidad.
9. Ocuparse de lo básico / delegar.
10. Invertir en la gente.
11. Anticipar el futuro mediante la planificación estratégica.

Este enfoque fundamenta su propuesta en el supuesto de que la responsabilidad de la gerencia pública está vinculada a la eficacia y eficiencia de su gestión, y no sólo al cumplimiento de sus mandatos derivadas de la función pública, sus principales características son:

1. La Nueva Gerencia Pública (NGP) busca optimar la capacidad de gestionar de los funcionarios públicos y mejorar la productividad y la eficiencia del gobierno.



2. La NGP propone aislar el diseño de políticas públicas de su ejecución, suplir la burocracia y autoridad tradicional del gobierno por competencias e incentivos impulsados por el mercado, alcance de metas y resultados transparentes, y por último, dar la adecuada flexibilidad a los directores del gobierno para establecer cómo alcanzar estas metas.

3. Se concentra en herramientas administrativas tipo sector privado, donde la principal preocupación reside en el perfeccionamiento de la gestión, mayor productividad y eficiencia.

### **1.17. El Enfoque gerencial basado en la creación de valor público**

Este enfoque postula los siguientes principios:

1. Toma los mandatos como puntos de partida, y no como fines por sí mismos.

2. Considera de la nueva gestión pública (NGP) la importancia de la gestión enfocada en resultados, pero no simplemente de los resultados operativos, su productividad, efectividad y eficiencia, sino también desde la importancia y pertinencia del impacto. En este punto se rescata la distinción de la gerencia pública de la gerencia privada.

3. El enfoque de valor público amplía la forma en la que se mide el desempeño del gobierno y guía las decisiones sobre políticas públicas.

4. Conduce a ubicar importancia no sólo en los resultados de las intervenciones sino también en los procesos aplicados para generar dichos resultados, ya que, la interacción entre las organizaciones responsables por una creación de valor público y los ciudadanos o comunidades genera valor en sí misma.

La gerencia médica ha de superar tanto el modelo tradicional rígido y burocrático así como el modelo de la Nueva Gerencia Pública que se



centra demasiado en los resultados y traslada los principios de la gerencia privada no del todo aplicable a la gerencia pública por ser una función de Estado y donde más que clientes hay usuarios y beneficiarios del servicio.

### **1.18. Gerencia en la prestación de servicios sociales**

Los servicios sociales se encuadran dentro de las funciones productora y distributiva que el Estado cumple por medio de la gerencia pública. De este modo, se generan y prestan servicios que, compitan o no con la empresa privada, requieren ser facilitados de forma gratuita o menos costosa como parte de la función pública del Estado y como derecho ciudadano y/o derivado del pago de impuesto. En este sentido, la función distributiva subsidia y contribuye con el bienestar social y la calidad de vida, tanto personal como familiar, soportadas de un conjunto de acciones no remunerativas o productivas (no generadoras de ingresos directos), verbigracia: brinda servicios de salud, educación, vivienda, seguridad social, asistencia social, entre otros, muchos de los cuales no son servicios rentables para el capital privado, o para que lo sea, debe cobrar altos costos que la mayoría no tendría capacidad de pagar.

La prestación de servicios sociales, como función pública, se basa en la acción coercitiva y reguladora de la gerencia pública como brazo ejecutor del Estado. Por ende, la formulación, interpretación y gestión de este tipo de servicios es altamente política por las acuerdos y decisiones presentes alrededor de todo tipo o clase de demanda o conflicto entre grupos, comunidades y organizaciones y, entre éstas y el Estado. A este aspecto es que hace referencia la complejidad propia de la gerencia pública.

Diagnosticar e identificar la manera efectiva de satisfacer las necesidades de los usuarios de los servicios sociales obliga a un examen exhaustivo de dos dimensiones de todo servicio social: la productividad social y la responsabilidad social con la cual se comprometen las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de contribuir a satisfacer los requerimientos de los usuarios, entre los cuales están los servicios sociales.



Todo servicio social se concreta en productos que deben reunir las características de calidad que las demandas exigen. En este sentido, la productividad también es clave en los servicios sociales y resulta de la relación entre la eficacia en brindar el servicio, la calidad del mismo (eficiencia), el tiempo de respuesta y el costo que significa. Aunque en la gerencia pública no se habla de clientes y, por ende, de satisfacción al cliente, esto no quiere decir que no se pueda analizar la calidad de los servicios sociales obliga a contar con criterios de calidad del servicio demandados por los usuarios potenciales y reales, los grupos administradores y los funcionarios responsables de su ejecución.

Por otra parte, las instituciones públicas de carácter social tienen como tarea básica la satisfacción de necesidades sociales que afectan a la población más excluidas y vulnerables de una sociedad, que no pueden surgir por sí mismas o su desarrollo le costaría más que otro grupo de personas. El cumplimiento de esta tarea exige la presencia de una función gerencial que garantice la cooperación de todos los funcionarios de la organización, así como de los usuarios del servicio en la generación del mismo, esto es lo distintivo de la gerencia pública. Esto demanda del gerente público el manejo y aplicación de los principios administrativos que propicien el logro de los objetivos con eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

La tarea actual de quien o quienes administran servicios sociales es la de interpretar los objetivos propuestos por la organización y transformarlos en programas y servicios sociales a través del planeamiento, la organización, la dirección y el control de los esfuerzos realizados en todas sus áreas y niveles. Cumplir con esa tarea exige tomar en cuenta las condiciones externas a la organización (contexto), las interacciones y acciones internas y el impacto de los servicios que se suministran en la modificación de las condiciones sociales que les dieron origen. Además, investigar las necesidades sociales del contexto, es decir, diagnosticar es un insumo necesario para formular estrategias que lleven a transformar las políticas sociales en las cuales se asientan los servicios sociales. La gerencia pública en la prestación de servicios sociales efectivamente debe regirse por los



siguientes principios:

- 1. Elaborar un Diagnóstico:** Investigar necesidades sociales (Contexto).
- 2. Redimensionar y Realimentar la Política Social:** (Apoyar la toma de decisiones).
- 3. Explorar Nuevas Posibilidades:** (Mejorar formas de intervención).
- 4. Producir Nuevas Alternativas de Servicios.**

Todo esto es de suma importancia para la gerencia médica pues ya sea desde la prestación de servicios de salud de un centro privado o público, responde a una política social del Estado. Lo descrito representa desarrolla una gerencia estratégica del bienestar social, en la medida en que el proceso permite influir en el contexto en vez de quedarse únicamente en la reacción ante él. En este caso, el modelo de nueva gerencia pública tiene mucho que aportar.

El gerente, bajo este enfoque, debe tener la capacidad de crear estrategias para afrontar la complejidad y minimizar la incertidumbre. Por ende, ha de abrir vías de comunicación con el entorno que permitan identificar las condiciones y demandas. Todo servicio social es importante en contenido, estilo y formas alternativas de gestión o de intervención. La gerencia pública de los servicios sociales ha de considerar las siguientes acciones:

- 1. Manejarse en la inestabilidad de los contextos contemporáneos,** obteniendo información respecto a la realidad, es decir, acerca de problemas, expectativas, requerimientos, demandas, grupos afectados, magnitud de los problemas, oportunidades para atender los problemas, amenazas ante eventuales respuestas.
- 2. La concertación y el consenso para la toma de decisiones respecto a los servicios sociales a brindar,** las prioridades de atención a la cobertura de



los servicios; las formas de intervención a utilizar, entre otros.

**3. Dominio de metodologías en gerencia social.** Esto significa conocer formas alternativas de administración de los servicios sociales, dependiendo de las características de la población beneficiaria a la cual se dirigen los servicios, de los problemas a atender, de la cobertura del servicio, de los recursos disponibles, de los intereses de los actores individuales y colectivos, involucrados y afectados por la política social en la cual se inscribe el servicio.

**4. Compromiso y sensibilidad hacia los beneficiarios o usuarios del servicio social a su cargo.** Debe existir respeto por la población a atender: sus demandas, problemas, necesidades, valores, intereses, aspiraciones, nivel educativo, creencias religiosas, raza, color, preferencia sexual, convicción política, sexo, edad, entre otros.

**5. Concepción de los funcionarios de la institución, programa o proyecto como seres humanos, capaces de hacer y de crear:** en quienes se puede delegar y a los cuales se les puede controlar con base en los resultados de su trabajo.

**6. Aceptar sugerencias y recomendaciones del personal responsable de la ejecución del servicio social, para alimentar así la toma de decisiones orientadas a mejorar los estilos y formas de gestión y de intervención existentes (dirección, organización, liderazgo, comunicación).**

**7. Siempre tratar de congeniar los objetivos del servicio social con los objetivos del personal y de los beneficiarios.**

**8. Habilidad para negociar y construir alianzas que le permitan decidir qué hacer, cuándo, cómo y con qué con diversos actores internos y externos.**

**9. Interpretar políticas y diseñar organizaciones y servicios de carácter social**

**AUTORES**

**MGS. FRANKLIN STEVEN ZAMBRANO MANZUR**

**MD. KLEBER XAVIER FALCÓN BONILLA**

## **CAPÍTULO II**

# **SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD**







## 2.1. La Salud como derecho fundamental y servicio público del estado

Los servicios públicos son la satisfacción, en forma directa o indirecta, por parte del Estado, de aquellas necesidades que gradualmente van conformando el signo de regularidad y eficacia de una sociedad mediante su convivencia armónica, organizada y pacífica, imprescindibles para su continuidad, y que por tal razón, no pueden dejarse a la prestación arbitraria de los particulares, bajo la égida de su propio interés monetario bajo los criterios de rentabilidad. Los servicios públicos por lo general no revisten de un amplio margen de ganancias para que puedan ser asumidos totalmente por particulares, pues su rasgo de universalidad hace que deban llegar también a los más pobres, por ejemplo, servicios de salud, suministro de agua y energía eléctrica, recolección de desechos sólidos, transporte público, educación, entre otros. La afirmación anterior destaca el hecho que una vez alcanzada el Estado ha de seguir prestando los servicios públicos ya logrados y prestar otros complementarios, no básicos, como la cultural, recreación, acceso a internet, que robustecen y afianzan los básicos.

La teoría del servicio público fue postulada originariamente por, un socialista utópico que creía en la igualdad social y económica de los seres humanos y aspiraba una sociedad más justa inspirada en valores de igualdad y de solidaridad social; imaginaba la teoría de la soberanía como un rezago de las monarquías absolutas, una vez desaparecido el absolutismo monárquico, debía también desaparecer el concepto de soberanía. En consecuencia, para este teórico, no era viable diferenciar entre actos de autoridad y actos de gestión sugeridos en la idea de la soberanía, ya que el concepto de soberanía resultaba tan absurda como la idea misma de gobierno. León Dugüit definía el servicio público como: *“toda actividad cuyo cumplimiento debe ser regulado, asegurado y fiscalizado por los gobernantes, por ser indispensable a la realización y al desenvolvimiento de la interdependencia social, y de tal naturaleza que no puede ser asegurado completamente más que por la intervención de la fuerza gobernante”* .

De estos postulados se desprende el concepto de servicio público que



se ha instituido en una fuente inagotable de debate entre juristas y teóricos del derecho administrativo, toda vez que definir cuáles son las actividades de beneficio colectivo que pueden ser sujeto de explotación económica, no es asunto fácil, máxime en el día de hoy que se habla tanto de la tercerización y la participación de las comunidades en algunos servicios públicos. En lo que concierne a la salud, los derechos fundamentales no pueden ser sujeto de concesión, ni mucho menos de comercialización, ya que en principio, el Estado asume la obligación de garantizarlos a plenitud; pero sí puede apoyarse en actores privados o comunitarios para poder ofrecerlos y con ello asegurar un mayor margen de calidad al estar descentralizados y desconcentrados.

En este sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha reafirmado la Proclamación de Teherán, a través de continuas resoluciones, al instituir que todos los derechos humanos y libertades fundamentales son indivisibles e interdependientes y además ha sostenido que deberá prestarse la misma atención y urgente consideración tanto a la aplicación, promoción y protección de los derechos civiles y políticos, como a los derechos económicos, sociales y culturales. En el mismo sentido, una resolución posterior destaca que la *“promoción y la protección de una categoría de derechos no debería jamás eximir o dispensar a los Estados de la promoción y protección de los otros”*.

El Estado debe responsabilizarse por la igualdad en el acceso al servicio público, en el que no se admite la discriminación en el acceso al disfrute de esos servicios. Todo servicio público debe marchar de manera perenne, por cuanto las necesidades son constantes; por tal razón, la huelga está restringida en esta área y debe garantizarse, en caso que se dé una paralización una actividad mínima para no afectar al usuario. En el caso de la materia de salud es preciso dejar activa la atención de emergencia, para no afectar la vida y la salud de quienes está en riesgo.

La salud es junto a la educación los derechos que debe asegurar todo Estado, pero la expresión salud, dentro del concepto de derecho a la salud



se caracteriza por su generalidad, pues la definición de la OMS, de 1948, desde hace varios lustros ha sido criticada por ser imprecisa y extemporánea, aunque en años recientes haya tenido una evolución hacia una concepción más integral y factible de ser cumplida por los Estados. Es Estado no puede asegurar ni obligar a los ciudadanos a mantener su estado de salud, pero si los puede ayudar y asistir en mantener ese equilibrio, prevenir enfermedades y prestarle atención cuando su salud se vea afectada.

En este sentido, cabe señalar que la calidad de vida, expresada como bienestar, es uno de los elementos esenciales del derecho a la salud. El derecho a la salud presenta dos dimensiones: la primera, lo componen compromisos tendientes a evitar que la salud sea afectada, ya sea por la conducta de terceros, o por otros factores controlables como epidemias, a través, de la promoción y la prevención. El segundo está integrado por otras obligaciones consistentes en asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la salud, aspecto que involucra, entre algunas prestaciones, la proyección y previsión de capitales necesarios para llevar a cabo la resolución de los problemas de salud correspondientes a toda la comunidad.

En este orden de ideas, se delinea con especificidad y concreción el derecho a la salud, entendido como una norma que compone el conjunto de obligaciones para asegurar el acceso a una asistencia sanitaria, a cargo del Estado, y que beneficia a todos los ciudadanos sin exclusión. Desde la perspectiva del derecho internacional, el derecho a la salud abarca algunos principios que pueden interpretarse también como niveles:

**1. Disponibilidad:** Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como también, de programas sanitarios.

**2. Accesibilidad:**

**En sentido de las siguientes dimensiones:**

**(a) No Discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados.

**(b) Accesibilidad Física:** se refiere a la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, en relación con los sectores de población más vulnerables.

**(c) Accesibilidad Económica:** exige un principio de equidad, vinculado al poder adquisitivo de cada individuo, es decir, la carga de los gastos de salud no debe recaer desproporcionadamente sobre los más pobres, en comparación con los más pudientes.

**(d) Acceso a la Información:** comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir la información.

**3. Aceptabilidad:** los establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos.

**4. Calidad:** se refiere a la capacitación y adecuada remuneración del personal, al equipamiento hospitalario, la disponibilidad de medicamentos y el saneamiento básico mínimo. A su vez, estos elementos se expresan en tres niveles de obligaciones del Estado, en términos de respetar, proteger cumplir con:

**4.1.** Garantizar el derecho de acceso a todos los ciudadanos, incluidos los grupos vulnerables.

**4.2.** Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima y adecuada.

**4.3.** Garantizar el acceso a un hogar y a condiciones sanitarias básicas.

**4.4.** Facilitar los medicamentos esenciales.

**4.5.** Vigilar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud.

○

#### **4.6. Adoptar y aplicar un plan de acción nacional de salud pública contra epidemias.**

El rasgo esencial de los derechos fundamentales es que tienen como objeto la protección o defensa del individuo con respecto al Estado, para la protección de un ámbito de libertad individual y social en el que los ciudadanos, desde el punto de vista jurídico, pueden actuar en su defensa.

La circunstancia de que un derecho fundamental sea declarado principio esencial del ordenamiento jurídico presupone la obligatoriedad del Estado de garantizarlo a plenitud, lo que lo convierte en un derecho inalienable.

### **2.2. Los servicios médicos dentro de la atención de la salud**

Los servicios médicos son el eje central para la atención de la salud como derecho fundamental, y sobre su base se organizan sus niveles y jerarquización. Los niveles de atención no son más que la forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población; las necesidades o requerimientos a cubrir no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

### **2.3. Niveles de Atención**

#### **2.4.1. Dentro de los servicios de salud, existen tres niveles de atención:**

El primer nivel es el más próximo a la población, es decir, el nivel del primer contacto. Es la organización y disposición de los recursos que satisface las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que bien, pueden ser asistidas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la frontera primigenia al sistema de salud. Se caracteriza por integrar establecimientos de poca complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, ambulatorios, entre otros. Se resuelven más de las tres cuartas partes



de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco frecuentes o de baja prevalencia, se refiere a la atención de patologías complicadas que requieren programaciones especializadas y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales especializados como urológicos, cardiológicos, centros de atención dermatológica, centros de asistencia a la fertilidad.

Para que los niveles de atención funcionen apropiadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que admita la moderación o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y, para esto, es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles y su respectiva organicidad. Para que esto se pueda dar debe existir una eficiencia y capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, considerando que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo a su capacidad de resolución y respuesta), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. Por su parte, la



contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

## 2.5. Niveles de complejidad

Además de los niveles de atención el sistema de salud también se organiza en función de los niveles de complejidad. Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada centro dispensador de salud. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. El primer nivel de complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como médicos familiares y comunitarios, pediatras, ginecólogos, médicos Generales. En el segundo nivel de complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, psiquiatría.

El tercer nivel de complejidad alude a establecimientos que efectúan ayudas médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

## 2.6. Niveles de prevención

La prevención se define como las *“medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuen-*



*cias una vez establecida*”. Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

- **Prevención Primaria:** Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”. Las estrategias para la prevención primaria están encaminadas a disminuir la exposición, o la frecuencia de ésta, del usuario al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. También se incluyen medidas encauzadas a impedir la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. La finalidad de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

- **Prevención Secundaria:** Está reservada al diagnóstico prematuro de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “*aparentemente sanos*” de enfermedades lo más tempranamente posible. Consiste en acciones derivadas del diagnóstico precoz y la aplicación del tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden alcanzar a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos.

La detección temprana de los casos y el control periódico de la población afectada es vital para evitar o retrasar la aparición de las secuelas. Lo idóneo es aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está avanzado y, por lo tanto, los síntomas no se manifiestan. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

- **Prevención Terciaria:** Hace referencia a acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas, hasta que el paciente se inserte nuevamente en su vida cotidiana. En la prevención terciaria son primordiales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las



medidas de rehabilitación adecuadas. Se trata de reducir las afectaciones causadas al perder la salud; proporcionar la adaptación de los pacientes a problemas incurables, es decir, asumir una condición de salud crónica, y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

## **2.7. Atención primaria de salud (APS) y promoción de la salud**

El APS es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La APS no es atención de segunda clase destinada a comunidades vulnerables socioeconómicamente, sino que es una estrategia dirigida a todos los sectores sociales sin distinción. Se destacan como elementos esenciales de la APS: el suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.

La participación y la articulación intersectorial y la descentralización de los servicios médicos para nivelarlo y complementarlos con otros servicios sociales y de salud como la enfermería preventiva, el trabajo social, bionalistas, educación sanitaria, entre otros, ha sido el norte del APS. La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores so-

ciales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad, entre las cuales destaca medidas personales e institucionales de prevención de la salud como la nutrición y la actividad física adecuadas e incorporadas a la vida cotidiana.



*Ilustración 2.* Atención primaria en salud

**Fuente:** Emaze (2018)

Así mismo, la promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “*el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla*”. La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a



la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente.

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).

## **2.8. La salud como política pública**

Tomar en consideración los obstáculos que enfrenta la gerencia médica exige remitirse al proceso de puesta en práctica o concreción de las políticas públicas, particularmente las de carácter social referidas a la salud pública. Comúnmente se considera que su formulación y ejecución son tareas propias de la administración pública o, en otros términos, del aparato estatal. La política pública, encierra decisiones y se concreta en acciones (políticas, programas, proyectos) que contienen valores; instrumentos, medios de intervención y, resultados, consecuencia de la acción administrativa. Generalmente se supone que las políticas públicas son en su formulación, la expresión del interés general de la sociedad, ya sea porque su legitimidad deriva de un proceso legislativo democrático o, porque deriva de la aplicación de criterios y conocimientos técnicamente racionales, a la solución de problemas sociales, lo cierto es que el gobierno y el Estado gozan de la autoridad y la legitimidad para el diseño de políticas públicas para responder a la función de atención a la población, siendo la educación y la salud las políticas públicas sociales primordiales.

En cambio, la implementación o puesta en práctica de esas políticas tiene lugar en el ámbito de la gerencia pública representando la gerencia médica parte de su conjunto. El fracaso de las políticas puede así explicarse por una actitud casi conspirativa del modelo burocrático de la gerencia pública, manifestada en su renuencia a implementar diligentemente obje-



tivos y programas formulados por legisladores o técnicos bien inspirados. Este proceso enfrenta como principales obstáculos los siguientes:

- 1.** La política social es el resultado de continuas luchas por el poder respecto a la asignación de recursos escasos.
- 2.** Falta de complementariedad, integración y vinculación entre política económica y política social, donde la salud como la educación generalmente son las más afectadas.
- 3.** Disminución del gasto social a raíz de la crisis y del ajuste estructural. Esto siempre como consecuencia del obstáculo anterior.
- 4.** Acceso inequitativo de los grupos más pobres a los servicios sociales, pues tienen menos medios para presionar.
- 5.** Políticas sociales de carácter universal, lo cual favorece a los sectores medios.
- 6.** Multiplicidad de instituciones desintegradas y descoordinadas, responsables de ejecutar la política social. Esto genera duplicidad de esfuerzos y uso inadecuado de recursos. Estos obstáculos son los que retan a la gerencia médica sobre todo en las instituciones de carácter público.
- 7.** Debilidad institucional del sector social.
- 8.** Aumento del fenómeno de la pobreza, lo que trae como resultado el surgimiento de nuevos tipos de pobreza y, por consiguiente, de nuevos pobres. Ello dificulta aún más definir prioridades de atención de lo social, por ende, en materia de salud.
- 9.** La participación popular como opción para el impulso de servicios sociales se subestima, su uso es limitado y prevalecen concepciones estrechas al respecto.



La gerencia médica como parte de la política social ha de considerar entonces estos obstáculos y tener en cuenta que las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud, por eso la atención primaria de salud (APS) es la punta de lanza de la política social junto con el acceso al sistema educativo. La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas.

Las personas esperan que sus gobiernos establezcan una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y, sin las cuales la APS y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido. Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad.

Un primer grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.) de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal. También comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios. Abarcan, asimismo, las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades a la promoción de la salud.

Las políticas públicas deben contener la capacidad de respuesta rápida, en régimen de mando y control, para hacer frente a las amenazas graves para la salud pública, en particular epidemias y catástrofes. Esto último, es de suma importancia política porque cualquier fallo en ese sentido perjudica intensamente la confianza de la población en las autoridades sanitarias. Los contenidos de salud de los planes de estudio escolares, las políticas in-



dustriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras o incluso determinarla, y trascender las fronteras nacionales.

Cada vez se tiene mayor conciencia de que, cuando hay componentes del sistema de salud que funcionan mal o están desajustados, el desempeño global se resiente. Denominados a veces, los componentes de los sistemas de salud comprenden las infraestructuras, los recursos humanos, la información, las tecnologías y la financiación, y todos ellos repercuten en la prestación de servicios, son aspectos que no pueden ser ignorados por una buena gerencia médica. La experiencia en la promoción de los medicamentos esenciales ha arrojado luz sobre las oportunidades y los obstáculos para instaurar unas políticas sistémicas eficaces en pro de la APS. Cuando un país opta por basar su sistema sanitario en la APS, es decir, cuando empieza a poner en marcha reformas de la atención primaria y la cobertura universal, todas sus políticas sistémicas han de ajustarse a esas reformas, no sólo las relativas a los modelos de prestación de servicios o de financiación.

## **2.9. La sinergia de los servicios médicos y otros servicios de salud**

La idea de salud se vincula al bienestar físico y psicológico de una persona. Cuando una persona goza de buena salud, su cuerpo puede ejecutar sus funciones con normalidad y su psiquis no presenta alteraciones. Los servicios de salud, por lo tanto, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, que sería lo concerniente a los servicios médicos. También incluyen todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.



La mayoría de los países cuenta con servicios de salud públicos y privados. Los servicios públicos de salud son agenciados y financiados por el Estado, mientras que los servicios privados de salud sirven a través de empresas que tienen fines de lucro. El Estado tiene el deber de velar porque los ciudadanos cuenten con los de mayor calidad en pro de su bienestar. La inclusión del asistente social en el área de salud específicamente, ha significado la necesidad de definir nuevamente objetivos y actividades a realizar por estos profesionales.

Considerando a la APS como una estrategia, con especial significado en la relación comunidad institución donde los sujetos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades ante ella. La redefinición de estos objetivos se sustenta en la APS, basándose en tres ejes, donde los servicios médicos forman parte orgánica de otras prestaciones y asistencias, así como respuestas a las demandas de los usuarios como actores:

1. Mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud.
2. Aumentar la disponibilidad relativa de los recursos.
3. Poner en operación un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

Dentro del modelo APS, que es la política de salud que rige la mayoría de los países, la asistencia sanitaria es esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad pueda soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. Todo esto exige del concurso de varias profesiones y disciplinas donde la medicina es la central, pero ha de conjugarse de forma orgánica con otros servicios, ese el reto de la



gerencia médica.

La APS está encaminada a la atención de las personas de manera permanente, que se sostenga de manera acorde a la estructura económica del país y con el libre acceso a toda la población; con base científica que facilite estudios e investigaciones sobre las necesidades comunes y cuya comunidad sea miembro activo de las definiciones en cuanto a su salud. La APS significa un primer contacto (atención); continuidad (permanencia del vínculo entre el profesional y la persona); integralidad (la atención de la persona debe ser relacionada con su contexto) y coordinación entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad.

La estrategia de APS reviste un significado específico cuando se reconocen las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de servicios, el cambio fundamental implícito es que la comunidad y sus integrantes dejan de ser objeto de atención, es decir, pacientes, y se convierten en actores que conocen (agentes), participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella. En este proceso es prioritario tomar en cuenta los componentes ideológicos, políticos, sociales y culturales que inciden y convienen la claridad con que se ven las relaciones entre la salud y otros aspectos de la vida de la comunidad.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio-cultural en lo que se desenvuelve su acción, aquí entran en juego otros profesionales como sociólogos o antropólogos. Tiene que intuir los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que marcan las tendencias de su estado de salud y enfermedad, así como dilucidar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se solicita de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud, donde concurren multiplicidad de profesiones y disciplinas como médicos, enfermeras, bioanalistas, epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, promotores de deporte y actividad física, entre otros.



Las acciones, para alcanzar las metas en atención primaria, deben ser por lo tanto integrales, es decir, dirigidas no solo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo por eso se las denomina: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación). El equipo de salud debe realizar el abordaje en forma interdisciplinaria, de manera tal que cada especialista contribuya con sus conocimientos al objetivo de lograr un código único, común y operacional. Creando un sistema de personas que compartan un mismo fin y actúan en un espacio tiempo específico, y en el cual las conductas se relacionan con el diagnóstico del contexto donde están involucrados.

## **2.10. Articulación entre instituciones públicas y privadas para la prestación de servicios de salud**

La manera corriente de definir un sistema de salud) es identificarlo con los establecimientos de atención médica, donde la gerencia médica se hace patente y fundamental, siendo que éstos constituyen solo un aspecto de un complejo tramado de elementos que entran a formar parte de la forma en que los ciudadanos enfrentan el cuidado, mantenimiento y recuperación de su salud. En este sentido, los sistemas de salud deben responder a los siguientes aspectos, fundamentales para la gerencia médica:

- 1.** Financiamiento, el cual identifica, administra y asigna recursos financieros para los gastos que implica su funcionamiento.
- 2.** Prestación de servicios, que obedecen a la manera en que tal sistema ha sido definido y a la forma en que se financia.
- 3.** Rectoría, que alude al organismo de orden superior que dicta normas y establece procedimientos acordes con los avances de la ciencia y en concordancia con su legitimidad.

La articulación público-privada, como instrumento para satisfacer las



diversas necesidades de los sistemas de salud, no es un fenómeno reciente. De hecho, en la totalidad de los países, las reformas neoliberales han favorecido su expansión; a partir del nuevo milenio es notoria una fuerte tendencia al ascenso de la participación del sector privado en la prestación de servicios públicos, y en la contribución y robustecimiento del sistema de salud.

En este sentido, quien sostiene que, en un contexto neoliberal, el principal objetivo de la articulación público-privada es coadyuvar a la acumulación de capital, para lo cual es preciso mercantilizar o re-mercantilizar la atención a la salud, es decir, privatizarla. Al respecto afirma que: es importante subrayar que la mercantilización del servicio-beneficio es la condición básica necesaria de la privatización y sin la cual no tiene sentido.

Aunque es necesario tomar en cuenta las particularidades del contexto histórico-social en los países de la región latinoamericana, la autora señala, que específicamente el tipo de ordenación de la atención médica establecido en el pacto social anterior, en menor o mayor medida en todos los casos está presente el fenómeno de mercantilización. Es posible confirmar la mercantilización en las sociedades latinoamericanas donde los establecimientos privados están extendidos y están desde hace tiempo articulados con las empresas aseguradoras.

Este tipo de articulación público-privada constituye un proyecto complejo donde participan fondos públicos y capital privado en un marco jurídico-contractual. La experiencia como tal no es novedosa, pues la inversión del capital privado, nacional e internacional, ha sido un factor decisivo para establecer infraestructura mediante los habituales modelos de contratación estatal: concesiones, contratos de prestación de servicios, arrendamientos y obra pública. Sin embargo, la diferencia de la articulación público-privada con estos esquemas de contratación radica en la fuente de financiamiento: para impedir que el fisco erogue grandes sumas debe provenir principalmente del capital privado. Así sustituyen gastos



de dinero público por erogaciones de particulares, que son amortizables a largo plazo. De esta manera la inversión privada se recupera y obtiene ganancias.

Aunque se han ponderado las ventajas que ofrece la asociación público-privada para realizar obras de tipo social, reflexiones críticas precisan que las sociedades público-privadas frecuentemente no son eficaces ni cumplen con sus objetivos explícitos, la participación se ve limitada por resistencias de algunos actores o incapacidad de otros para instalar sus demandas, los esquemas de articulación público-privada conformados pueden servir a objetivos limitados, como la atención primaria a clases medias y trabajadoras, pero son difíciles cuando se trata de grupos sociales pobres o vulnerables, en este caso, el Estado se debe apoyar en la sociedad civil organizada y las ONG's.

Los procesos privatizadores han dado muestra de su incapacidad para responder a las exigencias del entorno, ya que los resultados han sido muy pobres y en algunos casos hasta negativos, pues estudios han demostrado que los servicios públicos alcanzan niveles más altos de eficacia y equidad en comparación con los privados, la solución parece apuntar a la prestación de servicios públicos por entes privados en localidades y en asuntos muy puntuales.

Sin embargo, hay una diferencia entre articulación pública-privada y privatización: La privatización se ha asociado con la transferencia de activos del sector público al privado, en términos de propiedad, gestión, finanzas o control. También se ha vinculado con un proceso de disminución de la autoridad gubernamental en la función de la regulación, asunto que no es necesariamente de este modo, más bien puede verse a la inversa: cómo el Estado puede lograr el aporte de los centros de salud privados en las políticas sanitarias, aprovechando sus infraestructuras, recursos y talentos, con vías alternas como la responsabilidad social.

El sector de salud privado puede contribuir con el público en temas



puntuales de la APS como operativos de vacunación, operativos de despistaje, atención a clases y grupos sociales que pueden pagar un seguro, prestación de servicios médicos especializados con precios preferentes, asunción de algunas estudios específicos, acciones para la promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica, pero es cándido pensar que un ente privado con fines de lucro va a sacrificar rentabilidad por una función que es de Estado, puede colaborar pero nunca sustituir la rectoría del Estado en materia de salud, mientras el sector privado sí está obligado a contribuir con el sistema de salud y de su capacidad de colaboración depende de la estrategia del Estado o el gobierno para lograr su apoyo.

**AUTORES**

**MGS. ÁNGEL POLIBIO MORENO FLORES**

**MD. VERÓNICA DENISS INTRIAGO CEVALLOS**

## **CAPÍTULO III**

# **LAS INSTITUCIONES MÉDICAS Y DE SERVICIOS DE SALUD**







### 3.1. Servicios de salud

Un sistema de salud se compone de diversas instituciones que de forma orgánica aseguran la calidad de vida de la población de una sociedad. Los centros de salud son muchas veces las caras visibles y los establecimientos donde se instrumentaliza las políticas de salud y se hace palpable la eficiencia y eficacia de un sistema de salud.

*“Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”.* Un sistema de salud precisa personal, financiamiento, datos e información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales, donde es vital la gerencia médica de las instituciones de salud. Además, tiene que facilitar tratamientos y servicios médicos que respondan a los requerimientos de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma perceptible. La calidad de un sistema de salud se traduce en la cercanía que tiene cualquier ciudadano para ser prevenido y alertado de una epidemia, fácil acceso a control médico y dispensación de medicinas, tratamientos y operativos de vacunación, también por la asistencia y ayuda a una comunidad a mejorar sus condiciones sanitarias. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias, quienes deben abrirse e incorporar a la sociedad civil, las comunidades, universidades, las instituciones privadas de salud y las empresas.

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los me-



canismos de protección social son inequitativos o no son accesibles. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos. Un sistema de salud gratuito, per se, no garantiza la universalidad, la accesibilidad y la calidad del servicio. A continuación, los principales tipos de establecimiento donde se instrumentaliza el sistema de salud.

### **3.2. Diversas tipologías de centros de salud**

El sistema de salud tiene diversidad de estructuras organizativas donde además de ofrecer servicios médicos, se prestan otros servicios complementarios o conexos, es decir, son instituciones que ofrecen cuidados para la salud; en este concepto se incluyen hospitales, clínicas, centros de cuidados ambulatorios y centros de cuidados especializados, tales como las maternidades y los centros psiquiátricos. Una definición más específica puede ser la siguiente:

*Los centros de salud prestan todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria.*

En los centros de salud, dependiendo del país, también se pueden expedir permisos sanitarios como certificados de salud y permisos sanitarios. Lo recomendable es que las personas seleccionen y asistan regularmente a un centro de salud para que se someta a control médico y reciba una atención integral constante, los aspectos a considerar la escogencia de un centro de salud son las siguientes:

1. La cercanía a donde vive o trabaja el usuario.
2. Si se trata de un seguro médico, pagarlo en el centro seleccionado.
3. Revisar la calidad del establecimiento, la calidad es importante. Algu-



nos centros laboran mejor que otros. Para esto, puede revisar los informes realizados por el gobierno federal, estatal y grupos de consumidores.

Los centros de salud como establecimiento, sea público o privado debe llevar las estadísticas de morbilidad y mortalidad, pacientes atendidos, vacunados, entre tantos otros, porque son la base del sistema de salud y en ellos se instrumentaliza la política de salud del Estado.

### **3.3. Hospitales**

En latín, la expresión hospital (hospitalis) es un adjetivo que significa amable y caritativo con los huéspedes. La palabra hospicio, también de origen latino, proviene de hopitium, lugar para recibir y alojar peregrinos y pobres. Ya a finales de la edad media, los hospitales se crearon para dar albergue a grupos sociales carentes de recursos para pagar su asistencia médica, basados en un sentimiento de amor al prójimo y de caridad cristiana. También cumplían un proceso de aislamiento y segregación en determinados pacientes (leprosarios, lazaretos).

De forma general, el hospital es un establecimiento público o privado en el que se curan los enfermos, en especial aquellos desprovistos de recursos. Es una institución organizada, atendida y coordinada por personal médico competente y especializado, cuyo objetivo es brindar, de manera científica, técnica, eficaz, eficiente y gratuita, las políticas y cursos de acción pertinentes, oportunos y necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, y para dar solución, desde el punto de vista médico, a los problemas sociales.

En esencia un hospital, es todo establecimiento de salud, dedicado a los servicios médicos, en forma ambulatoria y por medio de la internación (hospitalización), sea de la dependencia pública, privada o de la seguridad social; generalmente abierto a toda la comunidad de su área de influencia. El hospital es una estructura orgánica de recursos humanos, materiales y tecnológicos sistematizados para ofrecer servicios médicos de forma pre-



ventiva, curativa y de rehabilitación, a una población definida.

Cabe destacar que el hospital a diferencia de un ambulatorio u otro establecimiento, es el único centro de atención médica que cuenta con cama de hospitalización y una cama de hospitalización es aquella destinada para el uso de paciente durante las 24 horas del día, con todos los recursos presupuestados disponibles: talento humano (médicos, enfermeras, de apoyo técnicos, limpieza, seguridad, mantenimiento), insumos y suministros de medicamentos, equipos médicos, lencería, comida, servicios básicos (agua, luz, teléfonos, transporte de emergencia), de manera que la cama de hospital es el instrumento nuclear de la atención hospitalaria.

La organización de un hospital además de compleja debe ser sistémica, por este motivo, existen diversas unidades que de manera orgánica prestan un servicio integral al enfermo y sus familiares, al tiempo que cumplen con labores de prevención de la salud individual y pública. De este modo, el hospital “es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar.

Así, mientras los médicos y el personal de enfermería se concentran en la asistencia directa de los pacientes, el personal administrativo se ocupa de planificar turnos y de controlar la admisión y el alta de los pacientes. El equipo de gerencia, por su parte, organiza el funcionamiento general del hospital, de su personal y recursos.

Adicionalmente los hospitales suelen ser establecimientos de formación profesional de médicos, donde estos cumplen su residencia, para ello, debe organizarse con los recursos y dependencias reservados a la educación de profesionales especializados en los diversas subdisciplinas de la ciencia médica, con personal técnico auxiliar, y ha de mantener contacto con otros establecimientos del sistema de salud, escuelas de medicina de las universidades y cualquier otra institución a favor del cuidado y en el



mejoramiento de la salud pública. A este respecto, el hospital es un centro de formación de personal médico - sanitario y de investigación bio-social.

Actualmente las funciones de un hospital se dividen en tres categorías esenciales:

1. Atención Médica (promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación del paciente).
2. Educación de su propio personal, de la comunidad en general y de la universitaria.
3. Investigación médica y administrativa.

Los hospitales deben contar con los siguientes recursos, tecnología, personal y gerencia:

1. **Edificios:** un edificio o conjunto de edificios extraordinariamente complejo en su planeamiento, construcción, operación y mantenimiento, integrándose al ámbito urbano, orientado según factores climáticos con espacios y circulación sistematizados. En lo viable deben estar rodeados por espacios verdes, con estacionamiento para vehículos y buena iluminación, en específico, la construcción debe tener la máxima flexibilidad y adaptabilidad posible.
2. Debe disponer de numerosos capitales de ingente complejidad que contenidos bajo la designación de servicios especiales de diagnóstico y tratamiento como la Radiología, Patología, Fisiatría, etc.
3. Los servicios estrictamente médicos se diferenciaron en varias especialidades como la oftalmología, otorrinolaringología, cardiología.
4. Muchos hospitales ya incluyen unidades de trasplante de órganos.
5. Servicios de laboratorio y farmacia dependiendo de la complejidad y



tamaño del hospital.

**6.** Equipos de cocina, lavandería, eléctricos, sistemas computados y otros que contribuyen al buen funcionamiento de las actividades.

**7.** Personal numeroso y altamente capacitado, con diversidad de tareas y adecuado entrenamiento previo a su ingreso al hospital y continuo durante su permanencia en la institución. Paralelamente aumenta la necesidad de coordinación de los esfuerzos o sea del trabajo de equipo. La actividad médica exige una remuneración acorde a su alto grado de especialización. Existen especialidades que solamente pueden ser ejercidas en hospitales por lo que el centro de interés comienza a desplazarse del consultorio o el ambulatorio al hospital.

**8. Usuarios:** está al servicio de toda la comunidad sin discriminación alguna. Sus servicios son total o parcialmente gratuitos dependiendo del país, se han incorporados sistemas de atención para las personas más vulnerables socialmente.

**9. Área de acción:** los hospitales son los principales operarios de la política de salud y del sistema de salud de un país, con interconexión funcional con otros centros de salud, abierto a organizaciones no gubernamentales dedicadas a temática de salud pública, y entes privados y públicos conexos, como seguros, protección civil, organismos de seguridad. El hospital se transforma así de un organismo aislado y a la espera pasiva de demanda, a una institución dinámica con iniciativa para realizar y coordinar todas estas funciones.

**10. Financiamiento:** Los recursos financieros de los hospitales vienen de los aportes de los trabajadores, el presupuesto de las dependencias públicas y los aportes de responsabilidad social de algunas empresas. Muchos hospitales reciben su financiamiento de los sistemas de seguridad social que intentan proteger a todos los beneficiarios, realizando estos aportes según su real capacidad socioeconómica.



**11. Gerencia:** El fin principal de la administración o gerencia de hospitales es certificar condiciones de trabajo apropiadas con el propósito de un arreglo técnico, psicológico y económico que permitan alcanzar su misión docente y científica, con alto grado de justicia social y solidaridad humana. De esta especialidad surge la necesidad de controlar y normar la atención médica con fines correctivos y esencialmente educativos, de allí, la aparición auditoria médica.

Como se ha dicho, los hospitales no sólo se dedican al diagnóstico y a la curación, sino que también son centros de labores investigativas y de formación para los futuros médicos y quienes ejercen y han de tomar una especialidad; la razón de este hecho, es que en un hospital se tiene un conocimiento concreto, de primera mano, actualizado de las necesidades sanitarias de cada región, a partir de su cotidianidad y experiencia en la prestación de servicios médicos y demandas de los usuarios. Por ende, resulta el establecimiento más idóneo para realizar un constante estudio de posibles cambios y mejoras en las técnicas medicinales disponibles. Pero esta investigación requiere una correcta gerencia médica que asegure un conocimiento pertinente, que, en realidad, mejore la calidad de vida de toda la comunidad.

El aspecto meramente científico de la investigación de enfermedades y sus posibles curas, inquiera una conocimiento sólido y válido por medio pruebas y los resultados. Será la ética quien se encargará, más tarde, de juzgar si estos descubrimientos, una vez llevados a la práctica, beneficiarán al pueblo y garantizarán el cumplimiento de sus derechos.

### **3.4. Ambulatorios**

Ambulatorio es un adjetivo que designa lo perteneciente lo concerniente o lo propio a la práctica de andar. El uso más extendido del término tiene su aplicación en el ámbito de la medicina y la salud, para aludir al tratamiento o a la enfermedad que no necesita internación u hospitalización del paciente (y que, por lo tanto, permite que el paciente siga andan-



do). Por un ambulatorio se designa en muchos países al establecimiento o dispensario de salud de atención primaria, en el cual un paciente, es aquel que usualmente concurre a ese centro de salud por razones de diagnóstico o tratamiento pero que no necesita pasar la noche allí (es decir, no queda internado). Los centros de salud ambulatorio a veces suelen denominarse hospitales de día.

Así mismo en un ambulatorio, el paciente puede acudir al centro de salud, llevar a cabo la sesión correspondiente del tratamiento, y regresar a su hogar. Una de las ventajas de los tratamientos ambulatorios es que no exigen a los pacientes un cambio de entorno, lo cual les permite continuar con el normal cumplimiento de sus actividades laborales, académicas y sociales. A pesar de que no todos los trastornos pueden superarse de este modo, los centros médicos suelen evitar la internación siempre que sea posible, de allí la existencia de centros de salud ambulatorio donde se prestan los servicios médicos básicos de medicina general interna, control de algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, control de embarazo, jornadas de vacunación, medicina familiar.

Dentro de su organización pueden contar con camas de observación y servicio de odontología. Los ambulatorios pueden dividirse en urbanos y rurales ya que son el primer escudo de la atención primaria de salud. Las características de los ambulatorios urbanos, dependiendo de su complejidad y tipo de población que tienen son las siguientes:

1. Brindan atención de medicina integral de carácter ambulatorio, no disponen de hospitalización.
2. Se encuentran ubicados en población de más de diez mil (10.000) habitantes.
3. Son atendidos por médicos generales y familiares.
4. Dentro de su organización, pueden contar con servicio odontológico y

psico-social.

5. Pueden contar con los servicios de obstetricia y pediatría y de los servicios básicos de laboratorio, radiología y emergencia permanente. Este tipo de ambulatorios son el estadio previo una organización más compleja como lo son los hospitales, por este motivo, dependen técnica y administrativamente del hospital de su jurisdicción.

### **3.5. Centros de Salud Especializados:**

En este orden de ideas cuando se hace alusión a un hospital general pensamos en grandes hospitales con muchas camas, generalmente universitarios, formadores del talento humano, donde tienen que existir todos los especialistas y tratamientos posibles, muy difícil de gestionar con grandes costos muchas veces insostenibles. En contraste, cuando se hace referencia a hospitales especializados son más pequeños, destinados a la atención de una especialidad médica, que son más fácil de gestionar; pero que a su vez pierden la visión completa u orgánica de la atención y donde el paciente es visto solo como una parte de él, que generalmente es referido a otro centro especializado para completar su debida atención según la enfermedad: urológico, cardiológico, oncológico, neurológico, oftalmológico, traumatológico, entre otros.

La creación de un hospital especializado como, por ejemplo, un cardiológico o un oncológico, suele ocurrir por la demanda específica de una localidad o región, la idea es que los usuarios no deban transitar grandes distancias o quizás morir porque no tienen acceso a una atención médica especializada. La decisión política de crear un hospital general o uno especializado es compleja y ha de considerar multiplicidad de factores, entre ellos, si ya existe en una localidad o región un hospital general que atienda de forma eficiente a la población.

Por ejemplo, en España, se da prioridad a la fundación y creación de hospitales generales que cuenten con el mayor número de especialidades



y servicios médicos posibles, pequeños pero en cantidad por localidad o región. En Chile, ocurre lo contrario, mientras los españoles cambian las grandes estructuras por hospitales más pequeños eficientes y fáciles de manejar, en el país austral la tendencia es a construir grandes hospitales con más de 500 camas, pero más amigables y ecológicos. Muchos gobiernos crean grandes hospitales pero olvidan su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo, mientras más grande, mayor presupuesto y dificultad gerencial.

En Kuwait: en el año 2009, el Ministerio de Sanidad junto a varios patrocinadores privados propusieron la construcción de un gran hospital materno infantil, dada la envergadura del proyecto, su ejecución se llevaría a cabo en cuatro fases, suponiendo un total de 30 años de trabajo. El acceso al edificio se realizaría a través de una plaza de clima controlado que es la continuación del paisaje exterior. En Colombia se inclinan por los hospitales especializados, para que luego éstos logren la acreditación internacional. En el mundo hay más de 350 instituciones acreditadas, de las cuales 40 son latinoamericanas, para ello fue necesaria la modernización de sus equipos y mobiliario -en casi un 95%-, y la incorporación de nuevas tecnologías, como tomógrafos de 64 cortes, resonador, cámaras y la renovación de los equipos de eco cardiografía y de los quirófanos, sin embargo, la mayor inversión fue en el talento humano: médicos, enfermeras y personal paramédico.

En México, se inclinan por los hospitales generales y los especializados, los primeros deberán ofrecer atención integral, intra y extra hospitalaria, buscar la excelencia, ser incluyentes de la participación de los profesionales y de los usuarios de los servicios, es decir, promotores de la salud. La construcción de los hospitales especializados responde a las necesidades y condiciones epidemiológicas y socio-antropológicas de una región, esto es renovar el modelo de atención en un contexto pluricultural, con una práctica médica humanista y un enfoque a la atención primaria. Ante esta situación en el año 2010 se inició un programa de fortalecimiento, modernización, mantenimiento y conservación de la infraestructura y equipamiento, que hiciera posible el equilibrio de las condiciones de cobertura,



calidad y oportunidad de servicios de salud necesarios para alcanzar la cobertura universal con calidad y efectividad.

Venezuela ha fijado como prioridad fortalecer y recuperarla planta física de la red hospitalaria actual con una importante presencia de hospitales especializados sobre todo de la región centro-norte-costera. En conclusión, la construcción tanto de hospitales generales y especializados son necesarios, siempre y cuando, responda a las necesidades representadas en condiciones epidemiológicas, socioeconómicas culturales de la población, producto de investigaciones científicas y de consenso con participación de muchos sectores para mejorar el modelo atención y de gestión. Debe considerarse la sostenibilidad en el tiempo y los retos que cada centro de salud represente para la gerencia médica. La principal falla en Venezuela es de índole gerencial: rectoría, organización, liderazgo, consenso, trabajo en equipo, marco legal, sistemas de información, evaluación, seguimiento y control.

Un ejemplo de un hospital especializado es un hospital oncológico, ya que, el cáncer es una enfermedad, o conjunto de enfermedades, compleja; y su ciencia requiere de un alto grado de especialización sanitaria. El tratamiento, coordinado por médicos especialistas en oncología, es multidisciplinar. El resto de médicos asociados al tratamiento (p.ej. cirujanos, rehabilitadores, radiólogos, patólogos) deben igualmente tener un alto grado de cualificación, y una dedicación plena y exclusiva hacia el tratamiento del cáncer, de allí la necesidad muchas veces de fundar un hospital oncológico. La comunicación fluida entre todos los especialistas es clave para el éxito del tratamiento, por eso, es vital la gerencia médica en este tipo de establecimientos; y es que cuando en un centro de trabajo todos los profesionales están en acuerdo y manejan los mismos principios, todos los procesos se facilitan enormemente.

Algunos de los grandes progresos en el tratamiento del cáncer están asociados a la creciente innovación tecnológica. Mejoras en las técnicas quirúrgicas (p.ej. cirugía robótica), en los tratamientos de radioterapia (p.ej.



radioterapia de intensidad modulada, braquiterapia), o en las técnicas de imagen (p.ej. PET) todo esto genera resultados oncológicos superiores. Adicionalmente, las mejoras en el tratamiento del cáncer van asociadas a enormes esfuerzos en el campo de la investigación. En muchas ocasiones, un tratamiento implica la participación del paciente en un ensayo clínico. Las grandes sociedades internacionales afirman en sus recomendaciones globales del tratamiento del cáncer que el ensayo clínico constituye una de las mejores opciones de tratamiento para los pacientes, y muchas veces representan su única opción, que solo se puede dar si el hospital oncológico integra a sus funciones la investigación.

### **3.6. Centros clínicos**

Mientras hospital usualmente hace referencia a un centro de salud público o que financiamiento preeminentemente con presupuesto del Estado, clínica o sanatorio hacen alusión a una institución privada favorablemente instalada para la estancia de enfermos que necesitan someterse a diferentes estudios y/o tratamientos médicos.

La clínica (del griego kliní, 'cama, lecho') sigue los pasos de la semiología, ciencia y arte de la medicina, en el proceso indagatorio orientado al diagnóstico de una situación patológica (enfermedad, síndrome, trastorno, etc.), basado en la observación, detección, integración e interpretación de los síntomas y otros datos aportados por la anamnesis durante la entrevista clínica con el paciente, los signos de la exploración física y la ayuda de exploraciones complementarias de laboratorio y de pruebas de imagen. Con el diagnóstico de una enfermedad se pauta un tratamiento.

También se llama clínica al hospital o al centro de salud donde el médico diagnostica y trata a personas con problemas de salud. Los centros de salud privados o centros clínicos consisten, generalmente, en la participación profesional y accionaria de médicos en distintas especialidades, cuyo aporte permite que el usuario en un mismo centro de salud obtenga un servicio integral y pueda hallar solución a su problema de salud, inde-



pendientemente de su patología, en este punto se asemeja a los hospitales, pero difieren de ellos en que carecen del componente de formación e investigación, aunque en algunos centros clínicos esta función pueda hallarse parcialmente.

Los centros clínicos, se basan en la clínica médica que se ocupa de la atención integral del paciente, parten de que, por concurso de esfuerzos y reunión de talentos, su función principal es guiar al enfermo dentro del centro de salud, dirigiendo la actuación frente a la enfermedad, y coordinando consultas con otros especialistas para lograr el diagnóstico y el tratamiento adecuados. Los centros clínicos reúnen una serie de consultorios, generalmente de carácter privado, donde se prestan servicios médicos de distintas especialidades.



**AUTOR**

**MGS. DOUGLAS JOSÉ ÁLVAREZ SAGUBAY**

## **CAPÍTULO IV**

# **GERENCIA MÉDICA INSTITUCIONAL**







#### **4.1. Gerencia Médica**

La gerencia médica institucional alude al liderazgo, gestión y administración de clínicas, centros de salud, hospitales, redes hospitalarias y ambulatorias, y servicios y sistemas de atención de salud públicos o privados. Es la capacidad de planificar, organizar, dirigir y supervisar las organizaciones de salud, gestionar financiamiento, y colocarlas a las políticas de salud y las exigencias de sistema de salud en cuanto estructura, organización, dotación de materiales, unsumos y equipos actualizados, y cumplir con las normativas de infraestructura. La gerencia médica institucional tiene como finalidad ajustarse a los procesos de desconcentración administrativa y descentralización decisional de los servicios de salud; optimar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud.

La gerencia médica institucional tiene como ejes centrales la organización y planificación propia de la administración, con los temas que se relacionan con la medicina, ciencias de la salud y la salud de los pacientes o usuarios de salud; gestiona estratégicamente los recursos (financieros, tecnológicos y humanos) de las organizaciones de salud en todos sus niveles (consultorios, centros, clínicas, hospitales, ambulatorios). Está encauzada hacia labores no solo curativas y reparadoras de la enfermedad, sino de promoción y prevención en salud, conducentes a lo colectivo, a la articulación y complementariedad entre las instituciones intra y extrasectorialmente cuya sinergia logre efectivamente la atención al usuario y que éste se haga responsable y corresponsable de la salud. La gerencia médica institucional ha de tener como finalidades los siguientes principios teleológicos adaptándolos a una organización o centro de salud:

- 1.** Una oferta integral de servicios promocionales, preventivos, curativos y de intervención; exige, además, el mejoramiento de la oferta pública y privada de servicios.
- 2.** El fortalecimiento de la capacidad de gestión de empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios, empresas de servicios pú-



blicos domiciliarios y de atención del medio ambiente.

3. La cualificación del talento humano y la puesta en marcha de acciones para garantizar la calidad del servicio médicas.

4. La consolidación de la descentralización y modernización del Estado.

5. La integración y participación de la comunidad y el mejoramiento de la eficiencia en los sistemas de seguridad industrial integral, nacional ambiental y servicios públicos domiciliarios.

#### **4.2. Planificación en los centros de salud**

La planificación de los centros de salud es compleja por constituir la salud un derecho fundamental, y aunque el centro sea privado, está inserto dentro del sistema de salud y contribuye con los fines del Estado y la gerencia pública. Todo centro de salud está inserto en una comunidad o región con características socio-antropológicas propias y dependiendo del nivel de atención de la institución ha de manejar diversidad de personal y recursos, enfrentarse a demandas, presiones y constantes cambios del entorno. Por esta razón, la mejor forma de planificar en un centro de salud es mediante la planificación estratégica.

La planificación estratégica constituye un proceso gerencial que traslada el énfasis en los objetivos o fines a las estrategias, es decir, del qué al cómo hacer para lograr los propósitos institucionales, se concentra solo en aquellos objetivos realizables y en las áreas que pueda ser competitivo en un contexto determinado, en correspondencia con las oportunidades y amenazas que ofrece el entorno. Este proceso consiste en responder está formada por seis componentes fundamentales: los estrategas, el direccionamiento estratégico, el diagnóstico estratégico, las opciones estratégicas, formulación estratégica y auditoría.

Los estrategas son los empleados a quienes les atañe la definición de



los objetivos y políticas de las organizaciones, deben ser lo más participativos, de modo que los miembros se sientan comprometidos con los valores, visión, misión y objetivos de la organización, deben ser comunicadores asertivos, con capacidad análisis e inteligencia emocional y social, es decir, planifican y dirigen, en gerencia médica son quienes readaptan las estrategias a los fines, prevén los oponentes y se adecuan a las demandas del entorno.

El diagnóstico estratégico es el marco de referencia para el examen actual de una organización, tanto interiormente como frente a su entorno; las opciones estratégicas son las expectativas que la organización tiene para anticipar y actuar frente a sus oportunidades y amenazas (exterior), como sus fortalezas y debilidades (interior), para ello partiendo de la matriz DOFA y del análisis de la vulnerabilidad efectuado por el diagnóstico. La formulación estratégica constituye los planes de acción concretos, con definición responsable, ya que es indispensable proyectar cada uno de los proyectos estratégicos, definir los objetivos y las estrategias de cada área funcional dentro de los mismos. Todas estas fases se cubren dentro de la planificación estratégica.

Para que tenga éxito, un proceso de planeación estratégica debe establecer los criterios para tomas decisiones organizacionales diarias y deben suministrar el patrón frente al cual se puedan evaluar tales decisiones.

La planificación estratégica en centros de salud es reconocer las categorías de complejidad, la fragmentación, la incertidumbre, conflicto y dependencia; tomando en cuenta la burocracia estatal y otros poderes sociales y económicos, es decir, admitiendo la existencia de diferentes fuerzas sociales que pueden favorecer u oponerse a la institución; utilizando e integrando elemento normativos del enfoque tradicional que correspondieran al “*deber ser*”, pues la gerencia médica se ubica dentro de la administración pública, y elementos estratégicos “*como el poder ser*”, Se trata de lograr una actitud anticipada que favorezca crear situaciones futuras en correspondencia a la situación objetivos probables y deseables; mediante



la elaboración de proyectos flexibles y ajustables a los cambios a fin de lograr la situación deseada.

Por su parte, una planificación estratégica de salud es: “un sistema que busca ordenar acciones en los centros de salud, hospitales públicos, privados o clínicas para establecer objetivos relacionados con mejoras en procesos de servicio u optimización de recursos médicos”. Según este autor corporativo, esta planificación estratégica cuenta con distintos momentos de: análisis, síntesis, proyección y diseño, en lo concerniente a planificación en centros de salud, estos momentos pueden operacionalizarse de la siguiente manera:

**1. Identificar Problemas de Salud para Conocer las Necesidades:** Una adecuada planificación de salud responde a las necesidades locales; por esto, requiere ser flexible, adaptable, simple, coherente, realista e integral. En este paso, se generarían los protocolos de prevención de enfermedades, control en el caso de aparecimiento de virus o enfermedades no conocidas y se identifican las necesidades para extinguir, por ejemplo, epidemias y hasta pandemias.

**2. Establecer Orden de Prioridades:** Las enfermedades humanas y la salud son procesos cambiantes, por ende, es preciso instituir qué es emergente, urgente, prioritario y no urgente; todo esto, sin dejar de lado la prevención. En este sentido, una correcta planificación estratégica de salud piensa en establecer las necesidades de médicos, medicamentos e infraestructura del centro de salud.

**3. Desarrollar Programas de Salud y Prevención:** Una correcta comunicación y protocolos de atención pueden prevenir catástrofes médicas. Es competencia entonces de los planificadores estratégicos de salud, guiar hacia el desarrollo de programas óptimos para cada área, además de campañas preventivas para todos los protagonistas sociales. Para esto se deben fijar:



**3.1.** Objetivos generales y específicos.

**3.2.** Actividades para cumplir los objetivos.

**3.3.** Previsión de los recursos necesarios.

**3.4.** Objetivos operativos.

**4. Evaluar el Impacto en la Población:** Una vez acabado esta fase estratégica se debe cumplir con una etapa de socialización de los resultados y protocolos desde los líderes de la organización, que debieron ser involucradas con anterioridad en el plan, hasta los médicos generales o actores de primera línea hospitalaria; esto con el objetivo de que el plan sea integral y represente a todos los actores. En este caso se nota como el proceso gerencial es un continuo y es difícil separar las dimensiones de planificación, dirección y evaluación, pero si no hay una buena planificación estratégica de los centros de salud difícil será el desarrollo de programas y su evaluación.

**5. Implementar Medidas de Mejora:** En todas las ocasiones es necesario dejar pasar un tiempo prudencial (mínimo 6 meses) para luego medir la internalización de la planificación en todo el equipo de trabajo del centro de salud. En este momento se incorporan procesos y técnicas de medición cuantitativa y cualitativa para llevar registros de la evolución del plan. Estos sistemas son adaptables y requeridos por todas las entidades relacionadas con la salud; por lo que los técnicos auditores o estrategias de salud son cada vez más demandados.

La planificación estratégica como parte del proceso de la gerencia médica ha de considerar los siguientes aspectos:

**1. El Tiempo:** Hace referencia al momento de vigencia del proceso de planificación, que debe surgir de la decisión política de planificar, se planifica anclado en el futuro, considerando el presente como pasado, pero el futuro debe verse como modificable.

**2. El Espacio:** Se refiere a la delimitación geográfico-poblacional, cubierta por el servicio de salud, como, por ejemplo, el país, un departamento, un municipio.

**3. El Modo:** Alude a las técnicas y las formas como se va a planificar.

**4. Satisfacción de las Necesidades de Salud de la Población:** Consiste en saber cuál la finalidad del proceso.



*Ilustración 3.* Planificación estratégica en salud

**Fuente:** Utpl (2018)



La planificación estratégica debe generar proyectos y programas de salud que permitan:

1. La identificación de las diferencias en las condiciones de vida en las diferentes regiones, que conforman la población objetivo del servicio médico.
2. Establecer los cursos de acción de acuerdo a los factores de riesgo y funciones de salud.
3. Diseñar las políticas y acciones correspondientes a cada una de las unidades productoras de servicios, iniciándose así el proceso de normalización.
4. A partir de planes y proyectos, definir las actividades y cuantificarlas en una primera aproximación, lo mismo que el conocimiento de los recursos necesarios para realizar esas actividades.
5. Definir campos y línea de investigación acordes con el contexto y que no estén siendo desarrolladas por otra institución.

La planificación estratégica se fundamenta en el diagnóstico, mediante la herramienta de la matriz FODA, mediante las siguientes acciones:

En primer lugar, en esta fase del proceso los gerentes se concentran en el análisis de la capacidad gerencial, de servicio, financiero y tecnológico mediante la identificación y evaluación de sus aspectos internos básicos. Para estos se utilizan dos categorías definidas por la gerencia estratégica como fortalezas y debilidades, entendiéndose por fortaleza el indicador que facilite o contribuya al cumplimiento de su misión y visión corporativa y como debilidad el indicador que limita o impide el cumplimiento de la misión corporativa.

Luego, el equipo se organiza por mesas de análisis de las diferentes capacidades definidas internas de acuerdo con el interés de los planificadores, se procede a evaluar las oportunidades, esto es, es toda



situación que favorece a la misión o a la visión, que permite aprovechar las situaciones favorables del entorno y permiten enfrentar amenazas externas. Las amenazas son los factores que pueden obstaculizar el logro de los objetivos organizacionales y no pueden ser controlados por la organización.

Un plan estratégico se obtiene tomando en cuenta de manera simultánea e interrelacionada el entorno de la organización con sus capacidades internas. Para esto se buscan cuatro tipos de relaciones entre los indicadores externos y los internos así: relaciones FO Fortaleza con Oportunidades; relaciones DO Debilidades con Oportunidades; relaciones FA Fortaleza con Amenazas, relaciones DA Debilidad con Amenazas. La matriz FODA ha de ser transversalizada por los análisis político, económico, jurídico; en gerencia médica, como parte de un sistema de salud donde la salud además de un derecho fundamental y un servicio público. El diagnóstico se basa en los siguientes tipos de análisis:

**1. Análisis de las Tendencias Ambientales:** Consiste en conocer y valorar los cambios externos.

**2. Análisis de las Industrias de Servicios Sanitarios:** Es conocer y analizar lo que está sucediendo en la industria sanitaria, en las diversas organizaciones y centros de salud.

**3. Análisis de los Grupos con Intereses en el Centro de Salud:** Cuyo comportamiento colectivo puede afectar al centro y a sus actuaciones. Es importante estudiar las expectativas de los diferentes grupos de interés y determinar hasta qué punto el centro de salud debe ajustar sus prioridades, sus estrategias y sus planes para satisfacer aquellas.

**4. Análisis de las fuerzas del mercado local.**

**5. Análisis de los recursos claves, actuales y futuros:** Es investigar la situación de cuestiones tales como la disponibilidad de capital, de recursos humanos, la difusión de nuevas tecnologías y la distribución y situación de



otros centros de salud y cómo puede afectarles el futuro.

En el análisis del entorno hospitalario se necesitan tres clases de información:

**1. Información sobre el Área de Influencia:** Deben efectuarse cuatro estudios:

**1.1. Análisis del Mercado:** Dirigido a determinar sus dimensiones, localización, sus segmentos y naturaleza.

**1.2. Análisis del Producto-Servicio:** Destinado a obtener información acerca de los productos que se proporcionan a los pacientes divididos en grupos apropiados.

**1.3. Investigación sobre la Motivación para Averiguar por qué los Clientes Utilizan Determinados Servicios:** Establecimiento de un proceso de comunicación con objeto de asegurar un ajuste continuo entre la demanda y la oferta.

**2. Información Sobre Otras Organizaciones, referidas a:** Crecimiento pasado, resultado y proporción del mercado actual; situación del mercado local de servicios médicos, nuevas iniciativas y estrategias: recursos existentes, diversificaciones y calidad de los productos; y segmentos claves del mercado que se atiende.

Dentro de la planificación estratégica es sumamente importante considerar la planificación por escenarios. Los escenarios sanitarios, en especial los genéricos, analizan las siguientes dimensiones: (a) la estructura demográfica de la población (en el momento actual y en el futuro, agrupada por edad, sexo, profesión y nivel de salud), (b) los servicios y tratamientos médicos actuales y futuros, el riesgo y los indicadores de exposición al mismo, las medidas políticas (programas de prevención, incremento o disminución de las ayudas medicas), (c) las previsiones económicas, el



desarrollo social y las actitudes hacia la salud.

Las etapas de construcción de un escenario son:

1. Identificar las variables claves que debe considerar el centro de salud.
2. Determinar el periodo de tiempo que se desea cubrir con la planificación.
3. Las condiciones relevantes o críticas que vayan a influir en la actuación futura del centro.

Con el objeto de prever las demandas que van a generarse en el área de influencia de la institución médica, se necesitan conocer cuatro informaciones:

1. **Población Total:** Su estructura por edad y sexo y las tendencias demográficas.
2. **Demanda Sanitaria:** Se necesita conocer la tasa de hospitalización, es decir, el número de ingresos hospitalarios por cada mil habitantes y año en cualquier centro de salud. También pueden ser de interés la tasa de urgencias y las de consultas externas totales y por servicios.
3. **Cuota de mercado o índice de penetración:** Revela la influencia real del servicio en su área de influencia. Se calcula sobre la base de los ingresos en el establecimiento procedentes del área de influencia, es decir, la extrapolación al futuro de la situación actual.
4. **Previsiones de la Evolución de la Demanda.**
5. **Diseño de los escenarios que se construyen a partir de las tendencias de consumo sanitario que influirían sobre la tasa de actividades del servicio:** Tendencia de la patología, evolución social y de la tecnología, demandas más exigentes del usuario, cambio en las expectativas de los



clientes y envejecimiento de la población.

La planificación por escenarios permite tener una visión estratégica del entorno y con ello se puedan diseñar los planes, los programas y proyectos que permitan ofrecer un servicio de salud competitivo. En cuanto al análisis interno del centro de salud se pueden realizar por medio de las siguientes herramientas:

**1. Análisis Funcional:** Examina las actividades del establecimiento en cada una de sus funciones (marketing, producción, recursos humanos, finanzas, investigación y desarrollo y gerencia) con el fin de establecer sus puntos débiles y fuertes. En cada área funcional se detectan los aspectos clave a analizar.

**2. Perfil Estratégico del Establecimiento:** Es una representación gráfica de la valoración asignada a cada uno de los aspectos claves del centro de salud. Es una forma de presentar los resultados del análisis funcional, con la cual se conocen fácilmente los puntos fuertes y débiles proporcionados por el enfoque del centro de salud.

**3, Análisis de los apalancamientos:** Su estudio facilita saber cómo se gestionan se lleva a los recursos humanos y materiales: El apalancamiento financiero mide el efecto del endeudamiento sobre la rentabilidad de la organización. El apalancamiento operativo es la variación relativa que se produce en la rentabilidad debida a una modificación de la cifra de ventas; es la relación con el volumen de ventas y los gastos operativos o estructura de costos. De su análisis se desprende que una estructura flexible de costos se es menos sensible a las variaciones de las ventas. El apalancamiento de producción refleja la disminución de los costos unitarios como resultado de un aumento de volumen de producción. El apalancamiento de marketing analiza el efecto del precio de venta y de distribución sobre la rentabilidad de los activos.

**4. La Cadena de Valor:** Está formada por todas las acciones que el



centro debe adelantar para producir un servicio. Es una técnica que analiza todas las actividades desarrolladas por el hospital y sus interrelaciones e identifica aquellos aspectos ventajosos que le permitan obtener buenos resultados. Las actividades son primarias cuando forman parte del proceso productivo en la creación del producto sanitario (clínica, tratamiento o control médico) y complementarias, cuando posibilitan las anteriores y el funcionamiento del centro de salud.

Dentro de la planificación estratégica un asunto no menos importante es el estudio de la competencia. Los servicios de salud públicos tienen una doble competencia:

**1. Los Servicios Propios de la Red Pública:** Estos centros no compiten por una mayor cuota de mercado en términos globales (tienen su área de influencia asignada), pero intentan obtener mayores presupuestos con objeto de crecer y mantener el liderazgo, captar las patologías más atractivas desde un punto de vista científico y desprenderse de aquellas otras consideradas rutinarias.

**2. Los Servicios Privado:** Se instalan porque consideran el sector atractivo y creen que pueden captar clientela.

Es decir, estos actores de estos tipos de competencia hacen que la gerencia pública institucional tenga que competir con los primeros en cuanto a los proveedores y con los segundos con los usuarios o clientes. Los proveedores poseen el poder de negociar las condiciones de venta de sus productos y servicios. Poder que será mayor cuando más dependencia tenga el hospital de ellos por ser pocos en número, por no existir productos sustitutivos, por tener una buena imagen de marca, etc. Por su parte, los clientes o usuarios de un servicio de salud público cuentan con una clientela cautiva, parte de ella puede desviarse a la sanidad privada o a un hospital público de otro sector, o simplemente, y ante la imposibilidad de negociar, mostrar su animosidad, con la consiguiente pérdida de imagen del servicio. Los clientes influyen, además, sobre la demanda, los precios o los costos,



la red de distribución, la calidad y el volumen de los servicios sanitarios.

El plan estratégico para los servicios de salud demanda de criterios para la toma de decisiones cotidianas de la gerencia médica, y en contraste con la planificación tradicional, provee unos estándares flexibles para la evaluación de los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzar decisiones asertivas. El proceso de la planificación estratégica está cimentado en la visión del estado futuro de la organización y la capacidad estratégica que se cristaliza en la organización y dirección.

### **4.3. Organización y dirección de los centros de salud:**

La gerencia médica se enfrenta a muchos desafíos para diseñar y organizar servicios, acelerar el trabajo administrativo, volver atractivos y amigables los servicios para usuarios y clientes, articular instituciones públicas y privadas y distintos niveles de atención, optimar la comunicación con los usuarios, hacer más eficiente la compra y distribución de medicamentos, perfeccionar la calidad de los servicios de salud. Como todo proceso administrativo la gerencia médica institucional se enfrenta a diversos retos para establecer el mejor modelo de organización, o bien crear uno propio modelo:

**1. Distinguir los Tipos de Racionalidad. (Weber, 1986), distinguía dos tipos de acciones racionales:** Orientadas por fines y orientadas por valores. Las primeras buscan resultados que son o pueden ser calculados, generan la razón instrumental y son el fundamento de la organización burocrática. Las segundas no tienen “finalidad”, no calculan resultados ni beneficios, no son fáciles de evaluar por un gerente, tiene una implicación moral y se basa en la escala de valores de cada persona; por ende, se relacionan más con la dominación tradicional y se vinculan con organizaciones de tipo patrimonialista.

Esto genera un desafío para las organizaciones y es la oposición entre los valores organizacionales y los valores personales, y del mismo modo,



las metas personales e institucionales, lo que lleva ineludiblemente al cuarto punto numerado previamente. A medida que aumenta la división del trabajo en una organización se va pasando necesariamente del pensamiento intuitivo a uno más abstracto y estratégico, se hace necesario coordinar las racionalidades; es decir, cuantas más personas trabajan en una organización, ¿por ende se crea una diversidad de actividades; más importante se hace superar la intuición y las razones contradictorias.

**2. Identificar su misión de donde se desprenden sus objetivos y funciones para asegurar su permanencia en el tiempo:** La dirección es la capacidad del gerente para que todos los integrantes de una organización colaboren y trabajen en la prosecución de un mismo fin, cada uno con una función distinta pero coordinada para lograr un objetivo, que necesariamente ha de trascender la mera rentabilidad y productividad.

**3. Diseñar y aplicar criterios para evaluación de desempeño:** Una vez definidas las funciones es preciso saber si se están alcanzando los objetivos (eficacia), si estamos utilizando bien los recursos (eficiencia), si estamos generando resultados útiles a la sociedad (efectividad), esta acción comienza con una buena planificación y se aplica en la dirección en sinergia con el control y la evaluación.

**4. Mediación entre requisitos funcionales e intereses individuales, es decir alinear la misión de la institución con los intereses de las personas:** La organización solo se vertebra cuando esto se consigue. La misión define el significado de la institución, establece el sentido y la dirección hacia donde esta avanza. Esta acción depende de la existencia de un manual de organización y de manual de procedimientos, donde se especifiquen los cargos y sus funciones, y sobre la base de estos documentos, se realice una selección adecuada; forma parte de la organización y dirección capacitar constantemente al personal, recordarle la misión y visión de la empresa, crear cultura e identidad corporativa y establecer un buen sistema de incentivos.



Todos estos principios se aplican en la gerencia médica institucional, donde la misión en proveerle salud o servicios médicos a la mayor cantidad de usuarios, es decir, dar respuestas a las formas en que las personas requieren cuidados de salud (es decir la demanda) y de la lógica que las organizaciones (básicamente servicios de salud) siguen para proveer dichos cuidados.

La medicina no se compagina de manera completa con el mundo de los negocios. La medicina desempeña un rol particular en la sociedad, porque la salud es un derecho fundamental, y por ende, un servicio público, por lo tanto es preciso considerar que:

1. Cuando una persona percibe algún problema de salud acude a la medicina, y para ello esta disponible un sistema de salud.
2. Los gobiernos no comisionan la responsabilidad por la habilitación y acreditación profesional a la industria de la atención médica sino a la profesión médica.
3. El sistema de salud establece la rectoría y las empresas privadas se acogen a él como una alternativa a los centros de salud públicos.

En este sentido, los sistemas de salud poseen por lo regular tres componentes: político, económico y técnico, se trata entonces de la intersección de tres conjuntos:

- (a) **Uno Político:** Al que se le denomina modelo de gestión.
- (b) **Uno Económico:** Al que se designa modelo de financiación.
- (c) **Uno Técnico:** Referido al modelo de atención o modelo asistencial.

En cuanto al modelo de gestión, la problemática consiste en la definición de las prioridades del servicio, en cuales son las decisiones que deben



ser tomadas desde la conducción, qué valores las guían, quién las toma y cómo las toma; el modelo va a variar si es un hospital público o un centro clínico privado, si es un ambulatorio rural o si es un hospital oncológico, en este último caso tiene que ver la complejidad y el modelo de gestión ha de diferir. Para configurar el modelo de gestión se debe partir del sistema de salud de cada país, donde se identifica lo que el Estado asume como propio y central de su competencia y las funciones que puede compartir o delegar al sector privado.

Definir un modelo de gestión involucra definir cómo se convierten las políticas y directrices del sistema de salud y los recursos financieros en actividades de la organización, es decir, como se instrumentaliza la política de salud. Se denomina conversión al proceso por el cual los recursos son transformados en objetivos, estos en metas, normas, procedimientos, actividades y tareas. Es algo que solo pueden lograr personas organizadas y nunca pueden alcanzar las máquinas por si solas.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión es importante detectar en cada caso (servicio o sistema) cuales son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones concernientes con la dirección del sistema, quién las toma y cómo se toman. Es propio del modelo de gestión cómo se da el proceso de toma de decisiones, que en el caso de la gerencia médica institucional viene determinado por la planificación estratégica adecuando la organización al entorno e influenciando en él para consolidar a la institución.

En lo referente al modelo de financiación, esta ha sido una de las mayores preocupaciones de las finanzas de la salud y ha motivado un amplio conjunto de estudios, donde se ha determinado que mayor inversión en salud no siempre redundaba en calidad y acceso a los servicios médicos, y es aquí donde es sumamente importante el modelo de gestión y la capacidad directiva y organizativa de la gerencia médica institucional, que logre aplicar eficientemente una política de salud y de proveerle al sistema de insumos para el rediseño o redimensión de políticas sanitarias. También



es conocido que invertir en salud preventiva al final genera menos costos para un sistema de salud que la medicina curativa. Por tal motivo, los programas y proyectos de prevención en salud nunca deben ser omitidos ni dejar de ser prioridad para la gerencia médica institucional.

Las fuentes de financiación generalmente vienen del pago de seguros ya sea de índole social o privada, pero cada vez es más viable el cobro de una tasa a los usuarios que asisten a hospitales públicos.

Finalmente, en cuanto al modelo de atención es estrictamente médico-sanitaria. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo médico para dar la respuesta pertinente a las demandas y necesidades de la población. La gerencia médica institucional está dentro de un nivel meso que involucra centros, hospitales, aseguradoras y otros centros de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos. La gerencia institucional también se compromete, facilita y coordina un ambiente de microgestión o gestión clínica, donde la mayor responsabilidad es de los profesionales de la salud. El médico es al final quien recibe y destina la tres cuartas parte de un presupuesto de salud.

Gerenciar o hacer gestión es tomar decisiones, pero no se ha podido aún establecer un modelo o forma universalmente más válido o apropiado que otros para la toma de decisiones, mucho menos para un campo tan complejo como lo es la salud. La teoría de las organizaciones evolucionó más en el sentido de entender la toma de decisiones fundamentalmente como una forma de conducir seres humanos, regida por estos principios:

**1. Una organización es mucho más que recursos:** Para esto es necesaria la sincronía entre los objetivos, las acciones e intereses de los agentes y los recursos desplegados, tratar todo lo posible de que articulen y se compaginen intereses, motivaciones y metas personales y organizacionales.



**2. Alcanzar esos objetivos comunes es lo que se denomina conversión o instrumentalización:** Transformar recursos en objetivos depende de la dirección y organización de la gerencia médica institucional. Este proceso es cambiante, mutable, permeado por la tecnología el cambio personal, la motivación, por ende, ha de innovarse y adaptarse tanto a las transformaciones institucionales como al entorno.

**3. Dirección, organización y coordinación es esa sinergia:** Compatibilidad y sincronía entre las acciones y los objetivos.

**4. El cambio en un centro de salud se produce sólo a nivel de la gerencia médica institucional:** Y para ello se vale de un sistema de comunicación e incentivos eficiente donde no solo se den instrucciones sino donde se escuche tanto los empleados como a los usuarios.

Por su parte el direccionamiento estratégico está integrado por los fundamentos filosóficos de la organización (valores, creencias y normas que deben ser compartidos por todos sus miembros), la visión (señala el rumbo, define la dirección de la organización y sirve de guía en la formación de estrategias) y la misión (incluye la formulación de los propósitos de la organización).

**4.4. Fundamentos filosóficos de la organización: misión, visión y valores:** Lograr las premisas anteriores son todo un reto en la prestación de servicios de salud constituyen generalmente organizaciones muy complejas y susceptibles al cambio. El primer vector de cambio ha sido el progreso del conocimiento médico y de la tecnología que el mismo genera. La medicina es el área en donde la humanidad ha obtenido las mayores conquistas, porque la eficacia de los servicios médicos se ha incrementado de manera exponencial a lo largo de este siglo. Por eso la misión de un centro de salud tiene componente tanto de índole pública y puede tener el interés privado. La misión se define como el objetivo principal o más alto de la organización donde se trasciende la productividad y la rentabilidad y se visibiliza su aporte social; por medio de la misión se establecen



prioridades, se extraen las políticas y funciones, y se define la eficacia porque sintetiza lo que debe hacer la institución.

Sin misión no hay organización. Si una organización no consigue definir la dirección hacia la que pretenden avanzar no conseguirán sincronizar sus esfuerzos, y por ende, no lograrán sus objetivos. Las organizaciones, incluyendo los centros de salud, incurren en el error de anteponer el hacer al ser, y esto ocurre cuando se omite la misión de la organización. En otros términos, primero se define la misión y solo después viene el plan.

La misión es lo absoluto dentro de la organización. Es lo único que necesariamente debe permanecer. Los recursos no son absolutos sino relativos. Pero hay ventajas que son absolutas y estructurales y se logran cuando:

- (a) La organización consigue definir de forma precisa su misión.
- (b) Es entendida y compartida por todos sus miembros.
- (c) Estos últimos actúan en consecuencia.

La misión es la base del hacer; es decir, expresa en qué cree una corporación y luego de allí surgirá el cómo hacer (dirección, coordinación, funciones, comunicación, incentivos).

Por su parte, la visión es una imagen de lo que los miembros de la organización quieren que esta llegue a ser, tiene que ser algo que se pueda describir, es una proyección mental de la organización, que opera en un ambiente según algún criterio de excelencia, y es apreciada por lo que aporta; la visión cobra vida cuando todos los agentes ven que su aporte es decisivo. Para que la visión funcione adecuadamente debe cumplir con tres requisitos:

1. Un concepto enfocado.



2. Una sensación de propósito noble.

3. Una probabilidad verosímil de éxito.

Para que la misión y la visión sean algo más que palabras es necesario que estén articuladas con los valores de la gente que forma parte de la organización. Es posible que un grupo esté de acuerdo con una misión y una visión, pero que caiga en conflicto porque los distintos miembros de la organización tienen valores diferentes acerca de lo qué es trabajar debido a la diversidad de creencias, moral, religiones, expectativas de vida. Los valores son los principios, estándares y acciones entendidos por la gente en una organización, que consideran inherentemente meritorios y de mayor importancia, los valores son los principios que orientan las decisiones y conductas de las personas.

Si todos tuviéramos los mismos valores sería fácil trabajar en grupos. Allí donde hay valores compartidos habrá mayor facilidad para encontrar una dirección común, para compartir y consensuar prioridades. Por lo tanto, es necesario poder aclarar los valores, tener idea del rango de creencias que influyen en el proceso de toma de decisiones y así encontrar maneras compartidas de establecer las prioridades. Los valores deben quedar claros incluso en el proceso de selección de personal y deben ser eje central de la cultura organizacional. Cuando los valores son explícitos y están alineados con la misión y visión de la organización no hace falta disponer de reglas, el clima organizacional es más armónico y es más fácil minimizar y dirimir los conflictos.

Los servicios de salud tienden a descuidar la reflexión sobre su deber ser. Por su característica de brindar servicios para resolver necesidades que la mayoría de las veces son vitales o urgentes, en los hospitales el impulso por hacer deja poco espacio para la reflexión sobre qué se debe hacer. Un ejemplo claro es que los hospitales con frecuencia se parecen a un agregado de servicios y de recursos que, por razones legítimas, se fueron constituyendo, de hecho, ese el principio de los centros clínicos privados.



Las organizaciones de salud tienden a surgir con una misión clara y alineada con los valores de sus funcionarios, pues la profesión de medicina y otras de las ciencias de la salud son esencialmente vocacionales, nadie llega a ser médico, enfermero, bioanalista o radiólogo por equivocación, y de llegar a serlo, no ejercen su carrera. Pero esta fortaleza se desvanece a medida que se alcanzan las metas o la visión inicial, pero en el transcurso del tiempo pierden la reflexión sobre su hacer, el centro de salud se burocratiza y pierde su razón de ser.

Cabe destacar, que la mayoría de los servicios de salud fueron fundados con un propósito concreto que reflejaba las ambiciones y preocupaciones de sus fundadores. Pero con el paso del tiempo, estos propósitos generales pueden haberse olvidado o distorsionado en algún momento de su historia. Los cambios en las nuevas demandas y los avances de la medicina pueden haber generado nuevas preocupaciones, nuevos programas que se han superpuesto a la misión original del servicio.

Los médicos, enfermeras, técnicos calificados y además empleados sanitarios, tienen su influencia en los centros de salud, ya que sin ellos esta no puede llevar a efecto su misión. No obstante, el poder de los trabajadores queda muy disminuido cuando hay un monopolio o cuasi monopolio del mercado de trabajo, situación presente en el contexto de un sistema de salud de financiamiento y provisión predominante públicos. Productos Sustitutos Los productos sustitutos son el resultado de la innovación. En América Latina gran parte de los mayores establecimientos hospitalarios públicos surgen como respuesta a brotes epidémicos o otras emergencias de tipo sanitaria. Estas instituciones generalmente se levantaron sobre necesidades empíricas más que una acción planificada. Es decir, surgieron sin una misión definida del todo, y si la hubiesen tenido, esta no fue renovada en la medida que se fueron agregando los servicios en función de la demanda. La consecuencia de esta falta de misión, y, por ende, de dirección, es una rivalidad entre las unidades organizativas y un nivel de conflictividad alto a lo interno.



Así, los servicios de salud se encuentran en el dilema entre responder a los cambios en el entorno y ceder al interés de sus agentes internos (en general profesionales). En cuanto al inmovilismo es un mal propio de las burocracias y afecta particularmente a la administración pública. Se trata de una inercia administrativa que obstaculiza todo intento de cambio. Se siguen los procesos de forma mecánica y se transforma en una dura resistencia al cambio. La amenaza del inmovilismo resulta mayor cuanto más estable es el entorno de la organización. En realidad, hoy sería difícil encontrar un servicio de salud en un entorno estable, ya sea debido a cambios en la demanda, la tecnología médica o los procesos de redefinición de los modelos de financiamiento en servicios de salud.

La segunda amenaza consiste en que la organización redefina su rumbo, pero no como resultado de una reflexión integral consensuada sino por iniciativa de un grupo de interés interno. Con frecuencia se trata de un servicio de determinada especialidad que asume protagonismo al impulsar un cambio transformando su crecimiento en prioritario. El problema consiste en que otros servicios también reaccionan y así la institución se convierte en una tabla de luchas intestinas que da lugar a un proceso de escalada simétrica en el cual nunca hay prioridades claras ni estables.

Los servicios de salud corren el riesgo de definir su misión de forma autocrática. Las organizaciones que requieren de altas inversiones en capital humano, o siguiendo la moda, que “gestionan conocimiento”, se debaten entre dos extremos. Por un lado, se registra una propensión a orientarse excesivamente hacia los resultados, por el otro hacia las personas que las integran. El primer polo marca un modelo de gestión autocrática, que somete a los funcionarios y los sacrifica en pro de alcanzar sus objetivos. El segundo involucra la tentación de transformar la organización en un club social en el cual los miembros y su satisfacción resultan más importantes que los objetivos organizacionales.

Por su carácter de burocracias profesionales los hospitales y otros servicios de salud tendieron más hacia el modelo autocrático. La especificidad del



conocimiento médico constituye un obstáculo para el desarrollo de modelos de gestión participativos. Durante muchos años los buenos directores de hospitales eran médicos que no acostumbraban a consultar mucho ni a dar demasiada participación de sus decisiones. El liderazgo se basaba más en el conocimiento, era una autoridad legítima tradicional, que respondía a los requisitos del adecuado funcionamiento de unos cuantos servicios, que en la comunicación y la coordinación de esfuerzos. No obstante, se ha aprendido que para alcanzar la calidad total. Esto exige la participación de los funcionarios, los usuarios y la comunidad receptora, requiere integrar comités o articulación de equipos interdepartamentales que atraviesen a toda la organización.

En un clima organizacional autocrático es difícil que los directivos consigan enunciar una misión idónea para motivar y armonizar prioridades y actitudes dentro del centro de salud. Es decir, cuando el liderazgo no es muy fuerte resulta necesario abrir la discusión y en las organizaciones profesionales esto es más importante que en las demás; pero resulta a veces más complejo por los sectarismos y la supremacía de disciplinas y oficios de unos sobre otros. La gerencia médica institucional ha de implementar una escucha asertiva de los encargados de cada una de las unidades organizativas.

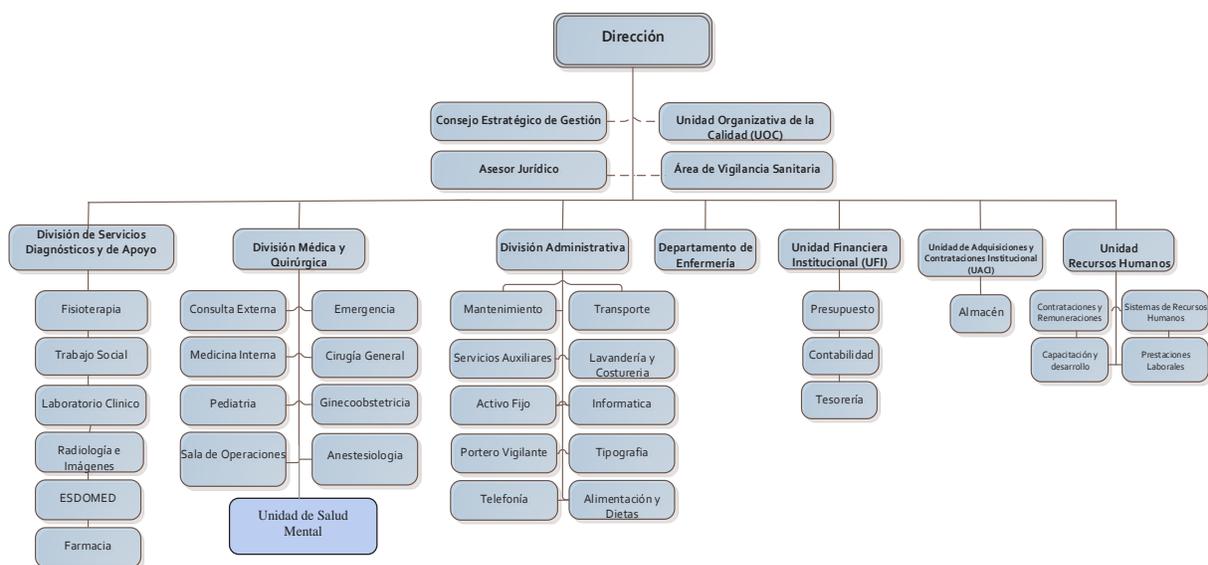
Es muy importante percibir que en el hospital además del usuario o pacientes hay clientes internos muy calificados que son los principales responsables por la calidad técnica y la calidez del servicio final brindado al cliente externo. El desafío consiste en que el superar la tentación autocrática y desplegar un modelo de gestión participativo, pero los directivos pueden sentir que pierden el control. En la década de los ochenta comienza a profundizarse las tendencias hacia la descentralización de los servicios en un sentido que les confiere mayor autonomía. De forma conjunta, los modelos de financiamiento son redefinidos y los hospitales públicos comienzan a compartir desafíos similares a los privados. Sin embargo, en ese contexto y luego de una larga tradición de definiciones centralizadas de las misiones de los establecimientos esto no resultó fácil.



## 4.5. Estructuras

Las funciones y las actividades para ser óptimas requieren de algún modelo de división del trabajo. Esto implica definir funciones, distinguir actividades y asignarlas a los actores involucrados en la institución. Así surge la dualidad subordinación/supervisión. Esto es, una cadena de mando donde hay un jefe o superior y un subordinado y este a la vez es superior de otro. Cuando esta jerarquía responde exclusivamente a un modelo racional de división del trabajo se denomina estructura organizativa. Es decir, se trata de un orden jerárquico establecido en función del proceso de producción de prestación de servicios.

Cada posición en esa cadena de mando es denominada unidad organizativa. Son unidades organizativas todas las que desempeñan alguna función explícita. El organigrama es una representación gráfica de la estructura y en él se identifican todas las unidades organizativas- Por un lado, hay principios artesanales básicos del diseño de organizaciones que deben ser respetados por cada estructura. Cuando las funciones no son precisas ni claras, entonces no hay división del trabajo ni estructura. A continuación, se presenta un ejemplo de organigrama donde representan las unidades organizativas de un hospital:



*Ilustración 4.* Organigrama de un hospital público

**Fuente:** Ministerio de Salud de El Salvador (2015)

#### 4.6. Prioridades

Definir prioridades es seleccionar vías para alcanzar la misión. Toda organización afronta el problema de cómo asignar los recursos disponibles para alcanzar su misión y cumplir con las funciones que esta requiere. Para que haya funcionamiento debe haber asignación de recursos y está siempre obedece a algún criterio, explícito o implícito. Es en la definición y en la instrumentación efectiva de las prioridades donde comienza a ponerse en práctica la fuerza de la organización, es decir, la consistencia de los sujetos y sus acciones entre ellos y la consistencia con la razón de ser la organización, esto lleva a la integración. Sólo cuando las prioridades resultan claras y son incorporadas (introyectadas) por todos los actores de la institución comienza a existir en realidad una organización.

La visión cobra sentido cuando todos en la organización observan que su aporte se convierte en un factor decisivo. Una forma de avanzar hacia ello es lograr que todas las personas en todos los departamentos o sectores



de la organización traduzcan la visión en funciones y metas que tengan significado para ellas personalmente. Existen varias herramientas para que los empleados autoevalúen sus prioridades con respecto a las prioridades de la organización.

#### 4.7. Funciones

Para alcanzar la misión es imprescindible encontrar un modelo de división del trabajo que defina unidades organizativas capaces de asumir funciones. La coordinación de estas funciones es el proceso de conversión que permite que se alcance la misión. Las funciones son los requisitos que deben ser cubiertos para alcanzar la misión. Cada función constituye un conjunto articulado de actividades que es coherente en sí mismo y que facilita el desempeño de la organización, cada unidad en la organización debe tener sus funciones explícitas.

Cuando se les da preeminencia a las funciones complementarias que las esenciales, la organización se torna burocrática, se centra en el hacer y pierde su horizonte establecido en la misión. Por tal motivo la tercerización se planteó como una alternativa para evitar que las organizaciones diluyeran sus esfuerzos en el hacer perdiendo de vista el ser, se terceriza toda aquella función que no esté alineado con la misión. En el siguiente cuadro un ejemplo de las funciones de las unidades organizativas de primer nivel dependientes de la dirección general:

**Tabla 1. Ejemplo de funciones generales de las unidades organizativas de un hospital.**

UNIDAD ORGANIZATIVA	FUNCIÓN/ES GENERAL
División de servicios y diagnóstico	Ejecutar y verificar las actividades relacionadas con la atención, apoyo diagnóstico, tratamientos y procedimientos complementarios a los usuarios de los diferentes servicios de la institución.



División médica-quirúrgica	Promover que la atención directa de los usuarios, que soliciten los diferentes servicios de salud en la institución sea oportuna
División administrativa	Planificar, coordinar, supervisar y controlar actividades del área administrativa.
Departamento de enfermería	Planificar, organizar, dirigir y evaluar la gestión del cuidado de enfermería y la atención integral en salud, para que esta sea de calidad, calidez, equidad y oportunidad, tanto en los servicios hospitalarios como ambulatorios y así lograr satisfacción en las necesidades que demanden los usuarios.
Unidad Financiera institucional	Planificar, organizar, ejecutar y controlar las actividades de presupuesto, tesorería y contabilidad gubernamental, relacionadas con la gestión financiera institucional, cumpliendo con las disposiciones legales y técnicas respectivas.
Unidad de adquisiciones y contrataciones institucional	Planificar, organizar, ejecutar y controlar las actividades relacionadas con la adquisición y contratación de bienes y servicios de las diferentes Áreas de la institución.
Unidad de Recursos Humanos	1) Aplicación de la legislación vigente en materia de Recursos Humanos afines al quehacer del Departamento.
	2) Administrar y ejecutar el Sistema de Administración de Recursos Humanos
	3) Administrar y ejecutar las Contrataciones y Remuneraciones.
	4) Administrar y ejecutar la Capacitación de Recursos Humanos mediante lineamientos del Nivel Central.
	5) Administrar y ejecutar actividades de Servicios y Prestaciones al personal.
	6) Administrar el sistema de control de Asistencia.

**Fuente:** Autores

#### 4.8. Actividades

Las actividades son a las personas (agentes o empleados) lo que las funciones a las unidades organizativas. El trabajo es organizado de forma



que cada actor involucrado asuma un conjunto de tareas que pueden ser más o menos estandarizadas. La normalización o estandarización se logra por :

1. Las Descripciones de las Tareas de cada Puesto.
2. La Especificación de los Resultados a Lograr.
3. La Estandarización de los Procesos.
4. La Predeterminación de las Habilidades de los Agentes.
5. La Regulación de los Comportamientos.

La especificación de actividades contribuye que el trabajo sea distribuido de la manera más equitativa posible, y no recaiga las tareas en un solo trabajador o un solo tipo de agente. A Taylor se le atribuye el liderazgo en la irrupción del pensamiento gerencial basado en la estandarización, la codificación y la enseñanza tareas que lograrían el trabajo eficiente. Sin embargo, al mismo tiempo, hay quienes le acusan de haber comprometido a generaciones completas de gerentes con la robotización insensata de los trabajadores al eliminar la originalidad y la discreción en sus tareas.

**Tabla 2.** Ejemplo de actividades para cada cargo una unidad pediátrica del departamento de enfermería

CARGO/S	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Enfermera y auxiliar	-Comprobar pulseras de identificación, solicitándolas al servicio de admisión, en caso necesario.
	-Registro de constantes, cuidados, notas etc.
	-Comentar incidencias del turno y revisar notas en para conocer patología y evolución de niño.
	-Realizar ingresos según protocolo.
	-Recibir los niños procedentes de quirófano, según protocolo.



Auxiliar	-Tomar temperaturas y registro de las mismas.
	-Controlar tolerancia de alimentos, de niños intervenidos.
	-Recoger y registrar datos de ingesta, deposiciones, diuresis, drenajes etc.
	-Comprobar dietas, cambios, de dietas, y ayunas.
	-Hacer biberones a demanda.
	-Cursar analíticas.
	-Bajar pedidos, peticiones de farmacia, hojas de consulta urgentes y RX urgentes.
	-Hacer altas.
Enfermera	-Preparar, administrar y registrar medicación y fluidoterapia.
	-Tomar constantes. Hacer alta de enfermería, y adjuntar recomendación al alta. Datos importantes para incluir en el alta: Fecha de ingreso, patología, evolución y recomendaciones, cuidados que se han realizado y si sigue precisando en domicilio.

**Fuente:** Autores

Los centros de salud suelen aferrarse a los manuales de normas y procedimientos, lo que es ventajoso, por una parte, pero perjudicial si el entorno es cambiante, como lo es efectivamente la actualidad. En contraposición con las instituciones mecánicas, más rígidas, las instituciones más flexibles no controlan procesos sino resultados. En algunas instituciones resulta muy difícil estandarizar tanto los procesos como los resultados a ser logrados. Esto es así por la complejidad y alta especialización del trabajo realizado. En estos casos se suele estandarizar no las actividades sino las habilidades de los trabajadores, esta última opción es la recomendable a aplicar por la gerencia médica institucional.

En la actualidad quedan cada día menos puestos de trabajo cuyas actividades puedan ser estandarizadas absolutamente. Los cambios en el entorno y las innovaciones productivas surgen de forma tan acelerada que las normas deben ser repensadas constantemente. Las empresas buscan la forma de organizar el trabajo más adecuada para obtener mayor racionalidad en la asignación de recursos y en la toma de decisiones en



general, la mejor opción es adoptar estrategias y formas de organización diferentes según vaya cambiando el entorno.

#### **4.9. Cultura e incentivos**

La visión mecanicista no es suficiente para explicar la dinámica de las organizaciones. A veces las estructuras, por más racionalmente diseñadas que estén no garantizan el cumplimiento de las funciones. Otras veces grupos invertebrados son más eficaces que organizaciones complejas y de amplios recursos. Las motivaciones para participar en una organización son múltiples, pero se puede listar un conjunto de modalidades:

1. Aspectos vinculados a la retribución económica directa o indirecta.
2. Aspectos vinculados a la capacitación.
3. Aspectos vinculados al confort.
4. Aspectos vinculados al ambiente interno.
5. Aspectos vinculados al ambiente externo.
6. Aspectos vocacionales y valorativos en general.

Los incentivos en la actualidad llevan un proceso de investigación dentro de la organización porque las expectativas e intereses son diversos, y no todos los agentes o funcionarios requieren el mismo tipo de estímulo, de hecho, los incentivos son procesados de forma distinta por las personas. El logro de resultados depende enormemente de la diferenciación de los paquetes de incentivo que diseñe la organización, en este particular los gerentes medios y supervisores tienen mucho que aportar. En determinadas organizaciones se trata de incentivar la eficiencia de los agentes, es decir, incrementar su responsabilidad. Para algunas personas funcionarán los incentivos salariales, para otras no.



Los servicios de salud han tendido a ser modelados según los intereses de sus profesionales donde prevalece la visión clínica de los servicios médicos. La pericia médica erigió su legitimidad social bajo los elementos de autonomía y ética en la relación médico/paciente. Los médicos tienden a evaluar su desempeño desde lo técnico-científico, centrado en la efectividad del tratamiento prescrito. Muchos usuarios estiman cada vez más el trato cordial y una visión más holística de su médico tratante y de otros profesionales de la salud en su experiencia en un centro de salud. A esto hay que agregar la creciente conducta defensiva por parte de los médicos para evitar los juicios por mala praxis.

En este sentido, cabe destacar que los servicios de salud se desarrollan procesos entre distintos grupos de trabajo articulados que resultan en una atención al usuario o a la comunidad. Cada uno aporta un producto distinto para satisfacer la necesidad del siguiente cliente en la cadena productiva, esto requiere un alto grado de coordinación. El producto final está destinado a satisfacer las necesidades y las demandas de los clientes o usuarios de los servicios.

En servicios de salud, se busca mejorar la productividad, eficiencia y calidad, basada en la comprensión del trabajo como un proceso de múltiples actores y en el principio de actuación preventiva. Usualmente en los centros de salud el sistema de incentivos se dirige al médico, pero lo recomendable es llevarlo a todo el personal, así como hacer de forma grupal alentando el trabajo en equipo.

#### **4.10. Control y evaluación de los centros de salud:**

La calidad del servicio en centros de salud puede realizarse de acuerdo con la auditoría estratégica, que indica que el desempeño de la organización debe ser monitoreado y auditado tomando en cuenta los objetivos, los planes de acción y el presupuesto estratégico; motivo por el cual se definen unos índices que permiten medir este desempeño que debe realizarse en forma



periódica, de manera que retroalimente oportunamente el proceso de la planificación estratégica y puedan introducirse los ajustes o modificación de la situación.

Otra forma de evaluar el desempeño de los centros de salud, mediante las acciones de la gerencia médica institucional, es el impacto derivado de la implantación de un modelo de gestión. La finalidad de un modelo de gestión es brindar herramientas para evaluar de forma objetiva las mejoras y las fallas, es decir, si el modelo de gestión no está claro o bien definido se dificulta el control y evaluación de los centros de salud.

Una forma de evaluar el desempeño en centros de salud es enfocarse en un grupo de trabajadores clave como lo es el médico o en los dirigentes, aunque lo ideal es hacerlo en todos los grupos de agentes para tener una visión más integral y aproximada. La primera etapa o paso para estudiar el desempeño del personal directivo de un centro de salud es la conformación y selección del equipo de trabajo, considerando los siguientes requisitos:

- a.** Experiencia de trabajo.
- b.** Capacidad de la persona y conocimiento del tema de gestión de recursos humanos.
- c.** Confiabilidad y prestigio.
- d.** Veracidad de criterios.
- e.** Neutralidad.
- f.** Austeridad y creatividad.
- g.** Reconocimiento dentro del ámbito de trabajo. Luego, se realiza una reunión del equipo de trabajo con el consejo de dirección. Posteriormente, informar del equipo de trabajo a las organizaciones de masas del centro

de salud.

Seguidamente, se realizará la preparación del equipo de trabajo: se reúnen el equipo de trabajo a partir de encuentros periódicos con el fin de capacitar a sus integrantes acerca de la importancia de la Evaluación del Desempeño, finalidades fundamentales, los métodos existentes y las técnicas que se emplearán para el logro del objetivo propuesto del centro de salud. Acto seguido se definen la misión, los objetivos, los principios y las principales exigencias del sistema de evaluación del desempeño. Posteriormente, se procede a evaluar el comportamiento y los resultados obtenidos de cada dirigente del centro de salud en un lapso establecido los aspectos claves del cargo.

Debe darse gran atención a los elementos exactos que van a evaluarse del rendimiento de un dirigente; los criterios de evaluación serán múltiples y se considerarán los cuatro aspectos esenciales siguientes que deben cumplir. Un aspecto importante es precisar los indicadores que se evaluarán de acuerdo a los siguientes parámetros:

**A. Pertinencia:** Cada característica del trabajo debe ser una medida válida, confiable y deberá relacionarse con algún resultado laboral.

**B. Significatividad:** El criterio debe relacionarse directamente con las metas de la institución médica.

**C. Practicidad:** La medición debe evaluar de modo eficaz y eficiente.

**D. No prejuiciado ni tendencioso:** El elemento que se mida debe basarse en la característica del trabajo y no en el individuo evaluado.

**E. La evaluación global del dirigente estará en dependencia de la puntuación total alcanzada a partir de la evaluación de cada criterio.**

**F. Las evaluaciones del desempeño parciales serán realizadas de forma**



**periódica, preferiblemente mensual:** Y se tomarán los resultados para el beneficio y desarrollo de las otras actividades de la Gerencia de Talento Humano.

Se efectuará una evaluación semestral del comportamiento del dirigente civil en el período analizado, que tendrá como base las evaluaciones parciales mensuales y facilitará los procesos de toma de decisiones. Este resultado será la base de actuación en los diferentes sistemas de la dirección de recursos humanos durante el próximo período. El dirigente médico será evaluado si ha laborado efectivamente en su cargo al menos el 70 % del tiempo que comprende el período evaluativo (sea consecutivo o no).

Dada la complejidad de evaluar el desempeño en un centro de salud, que plantea una gran complejidad el mejor sistema de evaluación es el desempeño basado en meta sus objetivos; es decir, expresar los resultados obtenidos en el logro de los objetivos, planes, actividades, tareas y funciones del cargo en el nivel de dirección que corresponda. Para la determinación de estos indicadores existen varios métodos:

**1. Método Comparativo:** Se compara la división, sección, departamento o grupo con otra entidad análoga o con ella misma, tomando como referencia períodos anteriores, con el fin de detectar desviaciones.

**2. Método estadístico:** Los programas y actividades se evalúan contra estándares estadísticos generados a partir de registros existentes.

La evaluación de desempeño debe servir para afinar el proceso de selección, la retención o captación del personal más competente, crear y aplicar un sistema de incentivos, el enriquecimiento del cargo mediante la relación perfil/cargo.

**AUTORES**

**MGS. FRANKLIN EDMUNDO ENCALADA CALERO**  
**ESP. OLIVER JOEL TOALA MOSQUERA**

## **CAPÍTULO V**

# **GERENCIA MÉDICA EN POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD**







## 5.1. Políticas y programas de salud

La gerencia médica no solo se circunscribe a los centros de salud, pues como se ha dicho, pertenece a un contexto más amplio que tienen que ver con una política de salud que adquiere su instrumentalización mediante un sistema de salud con características propias según el país que atiende, pero que también ha de cumplir con normativas y políticas internacionales, establecidas por la Organización Mundial de la Salud, y en el caso de las Américas, también por la Organización Panamericana de la Salud. Los sistemas de salud se operacionalizan por medio de las instituciones o centros de salud de carácter.

**1. Público:** sus establecimientos dependen de las jurisdicciones nacional, regional o provincial, o municipal o local. Presta servicios a la totalidad de la población que los demandan, sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada.

**2. Paraestatal o de las Obras Sociales:** cobertura médico-asistencial a las personas asociadas obligatoriamente por pertenecer a una determinada empresa o sector productivo, o por elección propia.

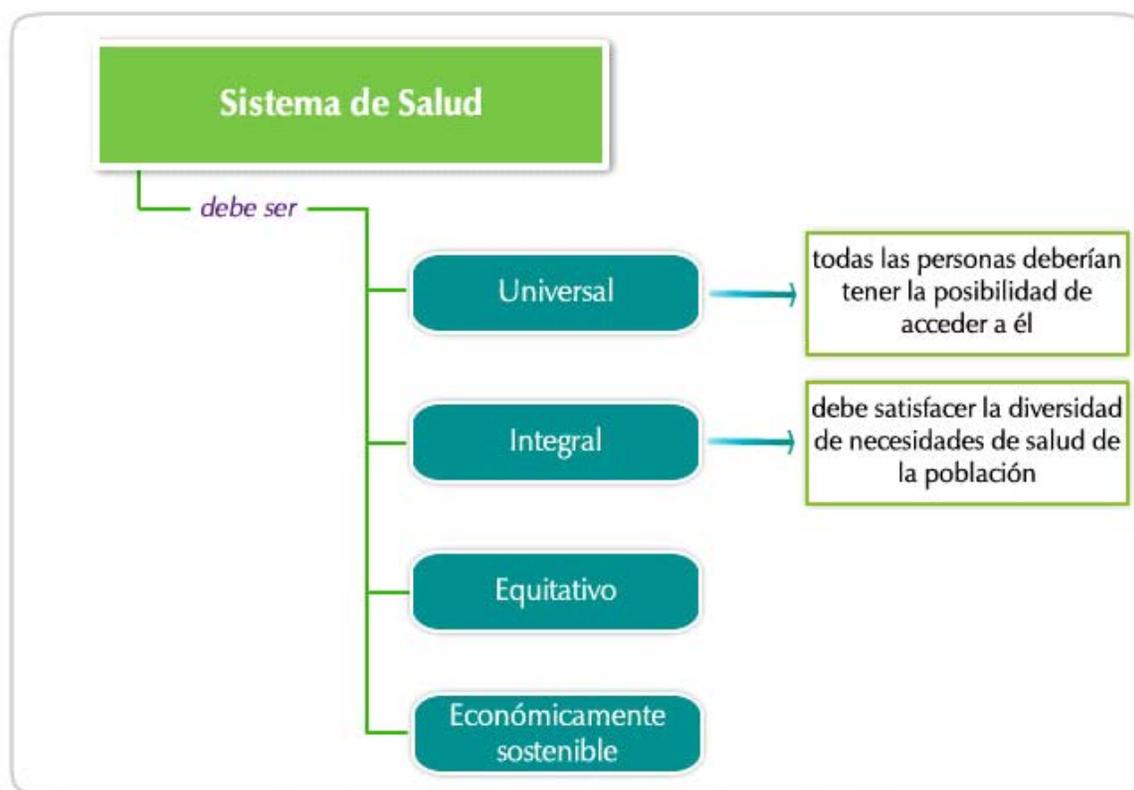
**3. Privado:** empresas de medicina prepaga, compañías de seguros, etc.

Los sistemas de salud en la aplicación de las políticas públicas se distribuyen y aplican mediante niveles de atención médica, que dependen de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos, talentos, y tecnología necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan.

- **Primer Nivel de Atención o Atención Primaria:** Son los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad.

**-Segundo Nivel de Atención:** Hospitales generales con áreas programáticas (son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general) que atienden usuarios derivados de los centros de salud del primer nivel de atención y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel.

**-Tercer Nivel de Atención:** Hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas.



**Ilustración 5.** Esquema general de un sistema de salud

**Fuente:** contenidosdigitales.ulp.edu.ar

Los sistemas de salud ejecutan las políticas de salud dirigidas por la gerencia médica, que representa un conjunto orgánico de métodos y tácticas para favorecer el trabajo en los diferentes niveles y categorías



de servicios que componen el sector para la promoción, prevención y recuperación de la salud, como una política pública. La política de salud se instrumentaliza como política pública soportada en la gerencia médica gracias a las siguientes características:

- Está constituido por un programa de herramientas de gestión organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios (diseñadores de política, gestores de servicios de salud, gestores locales, implementadores, personal de salud, docentes, estudiantes, promotores, líderes comunales).

1. Estas herramientas permiten mejorar la gestión de servicios de salud y la gestión local desde la familia y la comunidad, además de complementar la formación de los estudiantes de ciencias de la salud, en pre y post grado.

La gerencia médica reunir estas características y competencias para dar garantía de la salud como derecho, servicio público y políticas de salud.

## **5.2. Diseño de políticas y programas de salud**

El aumento de las demandas colectivas por servicios de salud, junto con el incremento de sus costos, ha obligado a la sociedad y al Estado a plantear estrategias y desarrollar sistemas para atender las necesidades de salud de la población traducidas en políticas de salud ejecutadas por el sistema sanitario. Los servicios de salud se formulan de acuerdo con el bien común y en ellos deben primar las necesidades de la comunidad.

En este nivel, las políticas tienen que ver con la salud más que con la enfermedad, es decir, está más en un plano preventivo de manutención del equilibrio de la salud que lo curativo o lo prescriptivo. Las políticas de salud son el referente donde los Estados, los ciudadanos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven la vida cotidiana en el ámbito, personal, familiar, comunal y laboral. Las

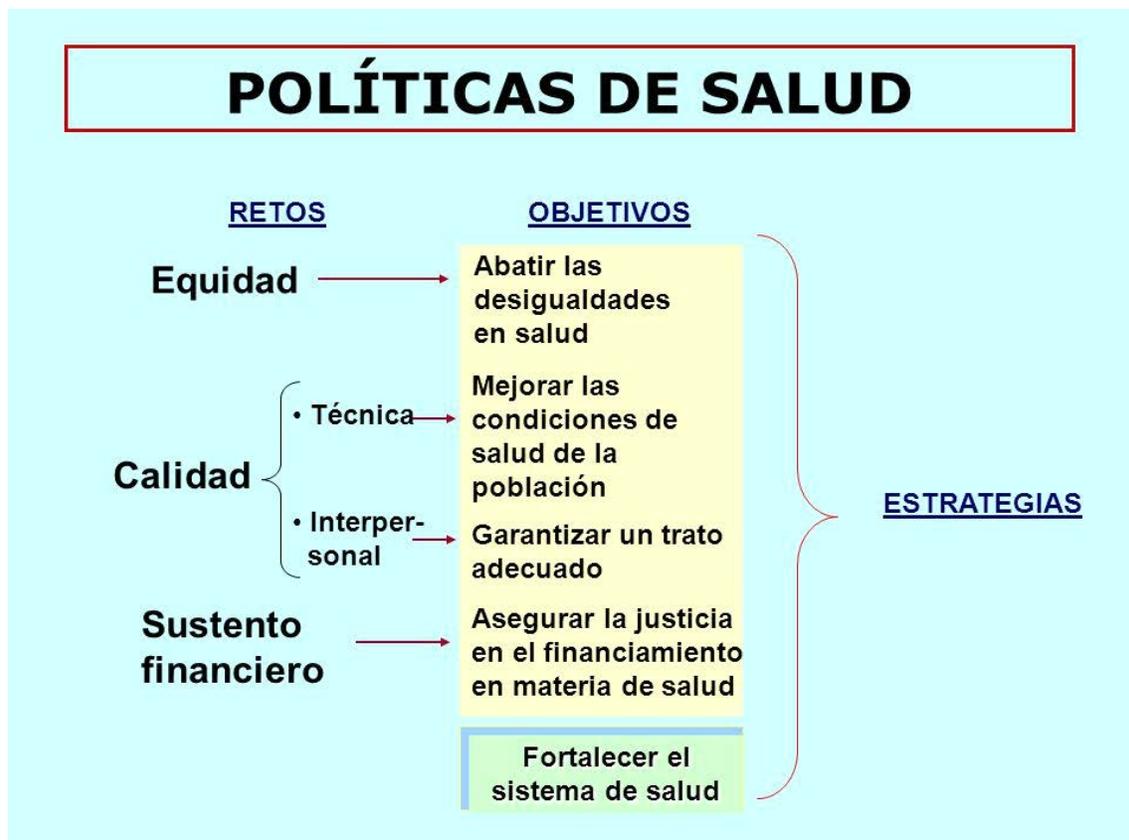


políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores (recursos e ideas, en este caso, la salud como derecho y servicio) en la sociedad.

Estas se dan a varios niveles, desde el que se produce a nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel micro en las instituciones o centros de salud. Se diseñan políticas de salud cuando se decide realizar unas actividades y no otras y cuando estas las realizamos de un modo y de no otro.

El diseño de políticas de salud deben partir de las necesidades o requerimientos de salud, tanto si se trata de servicios, como los programas de prevención y asistencia, ya que la salud puede definirse como la capacidad del individuo para mantener un estado de condiciones sociales, en el que él está razonablemente estable, indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, tensiones o conflictos, enfermedad o incapacidad y de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propio desarrollo personal.

En este sentido, si los indicadores negativos de la salud (mortalidad y morbilidad) es y será el principal objeto de preocupación para el planificador de salud; de allí que la función esencial de un planificador consiste en establecer planes y prever para el futuro a partir de la situación actual que representa la diferencia entre lo que existe y lo que es deseable en términos de salud, servicios y recursos.



*Ilustración 6.* Diseño de una política de salud pública

**Fuente:** SliderPlayer 2017

Como se ha insistido en este libro, hasta ahora, la planificación estratégica o por objetivos es uno de los enfoques y modelos más idóneos a aplicar por la gerencia médica tanto a nivel institucional como en el ámbito políticas de salud. Se trata de un procedimiento que se centra en aspectos como el establecimiento de una estrategia, la definición de resultados y la mejora de la productividad en un entorno cambiante con competencia o posibles factores o actores oponentes.

En el campo de salud, la gerencia médica con enfoque estratégico obtuvo su aceptación y crecimiento, cuando las políticas de salud tuvieron que responder a las necesidades y las expectativas sociales con relación



a la capacidad de los sistemas sanitarios, esto obligó a adoptar políticas de salud compatibles con la racionalización y el desarrollo del sector. En ese contexto, los objetivos del sistema sanitario estarían más centrados en obtener resultados en términos de salud de la población que en aspectos relacionados con la estructura y organización del propio sistema

Establecer objetivos de salud es útil para la política de salud. El proceso del diseño y ejecución de una política de salud describe -en esquema un movimiento radial: hay que definir y entender el problema, después habrá que buscar una solución estableciendo metas y asumiendo responsabilidades, a continuación, se implementan las soluciones, se hace un seguimiento y se evalúa el resultado. En este contexto, los beneficios de utilizar objetivos de salud se centran en:

1. Proveer un contexto más racional y transparente para la asunción de las responsabilidades políticas.
2. Identificar problemas y grupos de población que necesitan mayor atención.
3. Suministrar coherencia a las intervenciones y los programas de salud dispersos.
4. Estimular el debate sobre lo útil y necesario.

Desde el plano lógico-racional, los objetivos también ayudan a gestionar los recursos, poniendo énfasis en las estrategias viables, máxime flexibles y adaptables, así como en mejorar la posibilidad de evaluar los resultados y los logros alcanzados.

Algunas de estas ventajas tienen, sin embargo, su contrapartida y no son pocas las objeciones y los retos metodológicos que se han señalado con relación al proceso de establecer objetivos y prioridades. Lógicamente, la transparencia no es siempre deseada por aquellos que formulan la política



de salud si de los objetivos no alcanzados pueden deducirse fracasos de la propia gestión. Este riesgo se acentúa, además, en el contexto actual del patrón epidemiológico dominante de enfermedad crónica, con un tiempo de latencia largo y en el que no hay una correspondencia clara entre las intervenciones y los resultados en términos de salud, al menos a corto plazo.

Tampoco es despreciable la contradicción que supone que las responsabilidades sobre el resultado de los determinantes de la salud multifactoriales (a veces ubicados en sectores con intereses encontrados) sean asumidas en un único campo, pues la salud también es un hecho social donde intervienen otros factores además de la política de salud, como cambios de hábitos o prácticas por otros cambios sociales y culturales. Por ende, es menester considerar que ni el proceso de la enfermedad ni la realidad sanitaria y social se rigen por principios matemáticos que permitan deducir, sin un amplio margen de variabilidad, cuál será el resultado de las acciones del sistema, y no otorgar a los objetivos de salud más valor del que pueden tener.

Reseñados los obstáculos, políticos y metodológicos, el balance parece ser positivo, y como mínimo permite avanzar en una línea de aprendizaje. Algunas de las pistas para resolver estos problemas pasan por una definición razonable de los objetivos, focalizándolos en los determinantes de salud más que en los problemas, y basándose más en intervenciones estructurales que en aquellas dirigidas a cambios de conducta. También pasan, evidentemente, por una firme voluntad política.

La formulación de objetivos concretos y la explicitación de la información que se necesita podría potenciar la implicación de los investigadores (y de la investigación) en los intereses de los programas de salud. La sensibilización y la asunción de responsabilidades intersectoriales, así como extender el debate a la sociedad y propiciar la participación ciudadana pueden ser buenos instrumentos para facilitar la comprensión de la priorización de objetivos y la legitimación del plan.



Los programas de salud muchas veces causan desconfianza y arrojan más dudas que certezas. La razón fundamental es que ninguno de ellos ha cuantificado los costos que su puesta en marcha supondría, aunque esto también podría haber representado una ventaja para evitar la competencia entre sectores y favorecer su cooperación. Esta oportunidad no ha sido suficientemente aprovechada. Si queremos realmente que los programas sanitarios sean una herramienta efectiva de política salud, se debe dar paso a una nueva generación de planes y programas de salud que incorporen una estimación de los costes (de oportunidad), del gasto (presupuestos) y de la financiación (quién paga). La intersectorialidad y articulación inter-institucional de las intervenciones obliga a diferenciar claramente presupuestos inter e intrasectoriales y a constituir un ente que sea capaz de negociar entre sectores y, a su vez, con el responsable de la financiación.

Parece que después de un período de autocomplacencia, algo empieza a moverse de nuevo en este campo. La OMS ha lanzado su estrategia renovada de política de salud para todos para el siglo XXI, en la que clama por una mayor justicia social a nivel mundial a través de valores, principios, objetivos y metas, de los cuales los 10 objetivos globales de salud son la muestra más evidente.

Los planes de salud deberían adaptarse al llamado modelo glocal (pensar globalmente, actuar localmente). Esto significa sistemas de información desarrollados en los niveles territoriales requeridos, objetivos y acciones concretas para alcanzar principios genéricos establecidos por la OMS y la OPS, involucrar al tejido social y reclamar responsabilidades intersectoriales y finalmente estimar costos y comprometer presupuestos. El papel de la gerencia médica ha de ser el de garantizar la coordinación y la financiación, en ambos casos al nivel que le corresponda (local, regional o nacional).

### **5.3. Ejecución y evaluación de planes y programas de salud**

Existen tres ejes centrales para el análisis del sector salud en un país

como derecho fundamental y servicio público: **(a)** sus políticas de salud, **(b)** el estado o situación de salud de la población, y **(c)** el sistema de salud. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y actuaciones más amplio que el sistema de atención médica. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Las políticas de salud tienen como acción terminal de su diseño y aplicación los planes y programas de salud quienes tienen en sus estructuras los recursos, talento humano, actividades, cronograma y metas expresadas en tiempo, lugar y población beneficiaria. Los programas de salud para ser aplicados ameritan de un plan de acción

Un plan de acción, aunque muy necesario para guiar su trabajo, responde a quién va a hacer qué, cuándo y con cuáles recursos. La elaboración de un plan de acción permite evaluar los pasos anteriores del proceso de planificación y diseño. En el plan de acción se determinan y se asignan las tareas, se definen los plazos de tiempo y se calcula el uso de recursos. El resultado es un instrumento de referencia que lleve a la ejecución del programa de salud planificado: es una presentación resumida de las tareas (actividades) que deben realizarse por ciertas personas (talento) en lapsos específicos (cronograma) utilizando un monto de recursos asignado (presupuesto) con el fin de lograr un objetivo dado (derivado del plan, o proyecto). En el sector salud es importante seguir las siguientes indicaciones para estructurar un plan de acción:

**1.** No trabaje solo, reúna a sus colegas y representantes de la comunidad. Con ellos defina las tareas a realizar contestando las siguientes preguntas:

- (a)** ¿Qué es lo que se debe hacer?.
- (b)** ¿En qué orden deben realizarse las tareas?.
- (c)** ¿Cuándo deberán completarse las tareas?.
- (d)** ¿Dónde se realizarán las actividades?.

(e) ¿Quién será responsable de las mismas?.

2. Es preciso considerar que el plan de acción solo se concreta cuando usted ha formulado su objetivo y ha seleccionado la estrategia.

Otro esquema para elaborar el plan de acción, último eslabón de la política de salud:

1. **¿Qué se quiere alcanzar?:** Objetivo.
2. **¿Cuánto se quiere lograr?:** Cantidad y calidad.
3. **¿Cuándo se quiere lograr?:** En cuánto tiempo.
4. **¿Para quién se hace el programa?:** Grupo objetivo o beneficiarios.
5. **¿En donde se quiere realizar el programa?:** Lugar.
6. **¿Con quién y con qué se debe lograr?:** Personas y recursos.
7. **¿Cómo saber si se está alcanzando los objetivos?:** Evaluación del proceso.
8. **¿Cómo se evalúa si se logró el objetivo?:** Evaluación de los resultados.

Una vez elaborado un plan de acción incluyendo el cálculo de los recursos financieros, humanos, físicos es importante ejecutarlo dentro de un tiempo determinado. Ejecutar un plan significa realizar las acciones programadas a fin de cumplir las metas establecidas, lo cual es ante todo administración. Como principio básico debe tenerse en cuenta que las distintas actividades que se realicen deben amoldarse a los planes establecidos. Aunque en cierto modo el plan coarta la libertad de acción encauzando ésta dentro de límites que no deben excederse, si ha sido bien estructurado servirá para



ordenar todas las actividades hacia el alcance de los objetivos propuestos impidiendo la improvisación y la distribución de recursos hacia campos no congruentes con el programa. La evaluación debe ser parte de todo el proceso de planeamiento del programa y no algo que solo se realiza al final en forma independiente de las demás etapas (enfoque estratégico).

La evaluación es un proceso que trata de determinar en forma sistemática y objetiva, la estructura, el proceso y los resultados de los servicios de salud, los programas y los planes. La evaluación es un juicio de valor que utiliza diferentes metodologías basadas en el método científico. La evaluación interna o participativa y externa o con personal fuera del programa sirve como brújula del plan y sus objetivos. Es importante tener siempre presente que la evaluación no está destinada a calificar la bondad o perjuicio el trabajo realizado, esta debe entenderse como el análisis del por qué no se pudieran alcanzar los objetivos o realizar las actividades para introducir los correctivos y estrategias necesarias para lograrlas. La evaluación se hace para aprender colectivamente y mejorar. La evaluación permite:

- **Saber:** cuánto se ha alcanzado y cuánto falta para lograr los objetivos y metas para resolver un problema.

- **Identificar:** cuáles son los logros y cuáles son las limitaciones.

- **Decidir:** cuáles modificaciones y cambios se necesitan para optimizar los resultados positivos.

La evaluación necesita que las metas se hayan expresado en lugar, tiempo y lugar para poder extraer los indicadores de evaluación, pero la evaluación también ha de ser cualitativa, no solo se mide por los indicadores, sino por la efectividad del proceso y el aprendizaje social u organizacional alcanzado.

No siempre se logra evaluar la utilidad de un programa de salud,



pues usualmente no hay recursos para ellos, simplemente se omiten y si se establecen muchas veces se suprimen. En cambio, siempre es posible evaluar el proceso, es decir hacer el seguimiento. La gerencia médica del plan o programa de salud ha de tener incorporados elementos de control de gestión, es decir de monitoreo y supervisión.

De otro modo, el programa puede diluirse y no lograr los objetivos para el fue planificado.. La evaluación del proceso suele comportar el análisis de cuatro criterios:

- (a) Actividad
- (b) Cobertura.
- (c) Calidad.
- (d) Satisfacción.

En un programa complejo, habrá que hacerlo con sus diversos componentes. El significado de estos criterios es:

**1. Actividad:** la monitoreo de las actividades y tareas requiere definir indicadores apropiados que permitan conocer lo que se hace. En algunos casos, la actividad puede resumirse mediante un único indicador, aunque más a menudo se precisan varios indicadores para su análisis. Son indicadores de actividad típicos el número de vacunas administradas, o el número de personas vacunadas.

**2. Cobertura:** la cobertura expresa la proporción de la población objetivo, o beneficiaria directa a la cual pretende cubrir con el programa, expresado en grupo de edades y lapso establecido. Rara vez las coberturas alcanzan el 100%, y su monitoreo favorece apreciar si el programa mejora, se deteriora o se mantiene, así como el impacto que puedan tener acciones de promoción, cambios en la población o contingencias diversas



en su aplicación. En muchos programas, es un indicador clave.

**3. Calidad:** la calidad con que se realizan las actividades permite ver en qué medida se cumple lo previsto, o si en su desempeño los servicios se apartan de lo establecido en el plan.

**4. Satisfacción:** la satisfacción de los participantes en un programa permite predecir su proyección futura. Un programa que sea insatisfactorio para quienes lo reciben difícilmente tendrá buenas coberturas. Asimismo, será dudoso mantener buenos niveles de actividad, calidad y cobertura con un programa que no sea aceptado por quienes lo han de administrar.

La evaluación de la efectividad de un programa de salud va en función del producto o de los resultados es más compleja que la evaluación del proceso. En muchos casos se mide mediante indicadores que no están integrados en la gestión de la intervención, pero que tienen otras fuentes de información, se han de operacionalizar los objetivos o metas en indicadores, pero aunque parezca paradójico, existen programas que no tienen enunciados o registrados sus objetivos o metas, y aún así se aplican, haciendo aún más difícil la tarea de evaluarlos.

Por tal motivo es mejor contar con una estrategia de evaluación que permita comprobar de forma periódica los resultados o el impacto en salud del programa. Esto a veces puede hacerse utilizando los sistemas de información existentes, que pueden aportar elementos de evaluación. Los plazos en que cabe esperar ver los resultados de una intervención compleja varían. En algunos casos, la intervención va alcanzando a más personas de forma lenta y acumulativa, esto es así en las políticas de salud y los evaluadores deben saberlo a la hora de realizar sus análisis.

#### **5.4. Políticas de salud y vigilancia epidemiológica**

La modificación o redimensión de la salud por las políticas es un fenómeno complejo. Para entenderlo mejor, es necesario clasificar las



políticas en su relación con la salud, según su origen administrativo, su objetivo explícito y su verdadera relación de causa-efecto; aunque como se ha visto en este texto, usualmente se conocen a posteriori. Esta clasificación de políticas públicas de salud se clasifica en directa, indirecta y no intencionada.

Las políticas directas tienen su origen en el sector sanitario, su objetivo es mejorar la salud, su papel viene del Estado es la vigilancia epidemiológica y levantar y mantener una base de datos estadística. Las políticas indirectas su origen no es sanitario, su objetivo no es la salud, pero de forma latente o no manifiesta el Estado y otros actores sociales como los gremios profesionales están conscientes en su incidencia en la salud, generalmente se trata de investigaciones que de algún modo se vinculan con la epidemiología mediante búsqueda de causas de enfermedades, evaluaciones de programas y levantamientos de sistemas de información, pueden ser políticas sociales, agrícolas, del medio ambiente del trabajo, entre otras.

Por su parte las políticas no intencionadas se asemejan de las anteriores en su origen no sanitario, pero difieren porque no son reconocidas por los actores políticos o sociales como vinculadas a la salud, ni siquiera por sus diseñadores: el papel de la epidemiología forma parte clave de su evaluación como política pública, pero no se realiza a profundidad, como por ejemplo, la utilización de materiales de construcción que luego, a través de estudios epidemiológicos, se demostró que inciden parcial o totalmente afectaron la salud de los habitantes o su calidad de vida.

Es interesante observar cómo el papel y la actividad de la epidemiología va cambiando según el grupo de políticas de que se trate. Las políticas directas son las políticas de salud en que hay más tradición del uso de la epidemiología. En ellas se ha llegado incluso al máximo de capacidad de influencia que una disciplina o una cuestión puede tener en el desarrollo de políticas públicas: entrar en el aparato estadístico del Estado. Las políticas indirectas, es decir, aquellas en las que se reconoce su relevancia para la



salud, pero están originadas por burocracias no sanitarias, son en las que más se está desarrollando la epidemiología en los últimos años. Algunos problemas muy relevantes, como las lesiones por accidentes de tráfico, por razones laborales, la obesidad o el sobrepeso, o la violencia de género, no pueden abordarse sin desarrollo de políticas indirectas. Las redes de esas políticas suponen agentes y sectores muy alejados de las clásicas redes de políticas de salud constituidas por políticos, técnicos y profesionales de los servicios sanitarios, pacientes e industria de la salud.

Poner de manifiesto la relación con la salud de las políticas indirectas supone para los agentes del sistema de salud desarrollar funciones inesperadas, como es el caso de la cirugía bariátrica para la obesidad o la función de vigilancia recientemente atribuida a médicos y enfermeras en la violencia de género. Los profesionales de la epidemiología conocen desde hace muchos años el posicionamiento y las expectativas de los interesados en las redes de políticas directas de salud. Sin embargo, no puede decirse lo mismo en el caso de las redes de políticas indirectas. En cuanto a las políticas no intencionadas la epidemiología consigue causas de enfermedades de salud pública a posteriori una vez que el impacto se haya sufrido.

La gerencia médica debe entrar no solo en el diseño e implantación de políticas de salud pública, sino en su monitoreo, aplicar sistemas de vigilancia epidemiológica, y crear redes y sistemas de información con distintos actores que sean artífices o ejecutores de políticas indirectas o no intencionadas, para lo cual debe trascender más allá de los gremios profesionales del sector salud, incluso del sistema de salud, debe estar atenta a las otras políticas públicas incluyendo las sociales, las económicas, industriales, agrícolas, migratorias; aunque parezca raro resulta necesario.



**AUTORES**

**MGS. FRANKLIN EDMUNDO ENCALADA CALERO**

**MD. CHARLES DAVID ALTAMIRANO OLVERA**

## **CAPÍTULO VI**

# **ÉTICA EN EL EJERCICIO DE LA GERENCIA MÉDICA**





## 6.1. Ética

El gerente médico desempeña un papel muy importante porque es responsable del manejo estratégico de las instituciones que se refieren al ámbito de la salud, las cuales se categorizan como coberturas médicas en seguros, centros clínicos, entes gubernamentales como hospitales, ministerios, entes que regulen el funcionamiento de los servicios y la atención en salud, entre otros. Y es la salud es un derecho fundamental y un servicio público que ha de tener respuesta adecuada desde el punto de vista organizacional, ya que se trata de la vida de sus usuarios y de su buen desempeño depende la seguridad o riesgo en la que se encuentre una población determinada. Por eso el gerente médico ha de ser un profesional integra con alto compromiso y una ética comprobable y expresada en acciones.

## 6.2. Ética y gerencia médica

Como los gerentes son seres humanos, es apenas natural, que tienen diferencias en sus actitudes, valores, toma de riesgos, nivel de compromiso, preocupaciones diversas en cuanto a la responsabilidad, la rentabilidad y el estilo gerencial. En esta dimensión humana de gerente puede agruparse en tres rasgos fundamentales: administrativo, poder, empatía. En el componente administrativo se trata de emplear de forma adecuada y ética los recursos en función de los objetivos de la organización, usarlos para provecho propio ni de un pequeño grupo. En lo concerniente al poder se trata de siempre favorece el bienestar común y no perjudicar a personas o grupos, siempre ser ecuánime y equilibrado en los conflictos. La empatía es necesaria para comprender demandas de agentes, usuarios, así como de las necesidades y cambio del entorno. Los gerentes deben cumplir con las siguientes pautas:

1. Saber ordenar prioridades.
2. Jamás delegar lo esencial.



3. Exigir mucho.
4. Actuar rápido.
5. Informarse bien.
6. Comprometerse.
7. No ocuparse sino de lo posible.
8. Saber perder.
9. Ser justo y decidido.
10. Gozar del trabajo.

El gerente como estratega ha de cumplir con las siguientes características:

1. Debe ser un estratega global que domine en el tiempo y en el espacio, en el entorno desde lo político hasta lo estratégico; la estructura como sujeta permanentemente al cambio y la administración y desarrollo de recurso humano.
2. Un maestro de la tecnología, la cual, por su desarrollo, demanda un buen asesoramiento.
3. Un maestro de la política.
4. Un líder.

Todo esto le permite al gerente asumir la planificación estratégica, y ser autoconsciente de ser:

1. Un tomador de decisiones en una organización.



2. Recolector y seleccionador de información, y a partir de ella.
3. Elaborar los planes, los cuales experimenta y controla y después de ejecutados realiza el seguimiento.
4. Estas tres características lo llevan a ser responsable, crítico-reflexivo, institucional, racional, oportuno y pertinente.

### **6.3. Principios Éticos de la Gerencia Médica**

La gerencia médica se inscribe dentro de la perspectiva de una práctica y una ética social fundamentada en la salud pública, las ciencias sociales, la epistemología, la economía, que la vincula en sus momentos explicativos y propositivos con el entorno, pero principalmente con el ser agente de las organizaciones, para su progreso y realización individual y colectiva.

El gerente médico podrá desempeñarse como un profesional que planea, ejecute y controle la gestión de servicios de salud, saneamiento básico y ambiental. Por ello ha de demostrar las siguientes competencias con sentido ético:

1. Manifiesta y aplica principios de eficiencia, eficacia, productividad y calidad para garantizar la pertinencia social y la transformación de las condiciones de salud de la población.
2. Líder del cambio para realizar una eficiente gestión en un contexto socioeconómico, cultural, demográfico y ecológico de alta complejidad.
3. Identificar y priorizar las necesidades para contribuir a mejorar la calidad de vida y como uno de sus componentes más importantes: la salud, los servicios públicos domiciliarios y el medio ambiente.
4. Integrar teoría y praxis, para que sea capaz de generar; contribuir; innovar y crear con actitud responsable, crítica y científica, un trabajo productivo



para una nueva sociedad.

**5.** Capaz de desarrollar y aplicar instrumentos de acción gerencial, político, social, económico y cultural al servicio de proyectos locales, regionales y nacionales, con el fin de responder con eficiencia y alto valor agregado por los recursos que la sociedad le encomienda.

**6.** Asumir los procesos de descentralización, modernización y participación con miras al desarrollo de un mejor proyecto de país.

**7.** Desarrollar habilidades para inferir en el manejo de los componentes administrativo, organizativo, económico, financiero, social, técnico, operativo y contable de las instituciones de salud.

La ética del gerente médico está muy ligada al derecho de salud de los usuarios. En el siglo XVII se reconoce, por primera vez el derecho a la salud y a finales del siglo XIX, el derecho a la atención médica. Este progreso se generó desde finales del siglo XIX, pero con mayor fuerza en el siglo XX, una nueva concepción de la medicina y de los derechos de los enfermos, gracias al Estado de bienestar. La salud pasó a ser considerada un bien fundamental. La salud y la atención médica pasaron a ser obligaciones perfectas y por tanto exigibles en justicia y no caridad, como se había considerado antes. Ante esta nueva concepción, todos los seres humanos tienen derecho a la salud y a la atención médica, sin discriminación por sexo, raza, ni posibilidades económicas.

Además, la medicina durante las últimas décadas evolucionó, de ser una relación privada, establecida entre un usuario y un médico, a ser una relación pública más horizontal, en la cual participan: diferentes médicos especialistas, enfermeras, técnicos, fisioterapeutas y personal administrativo. La clásica relación médico/paciente, privada, vertical, se transformó en una relación sanitaria, usuario/equipo de salud, lo cual no sólo ha traído importantes cambios cualitativos y cuantitativos, sino además un importante incremento de los costos de atención.



Ambas situaciones: el afianzamiento de los derechos de los enfermos a recibir atención médica integral y coordinada por un equipo, y la participación de mayor número de personas en el tratamiento de estos, han determinado un aumento de la demanda y costos de los servicios médicos y, por ende, de la inversión que debe hacerse a nivel de los servicios de salud, aspecto a considerar por el médico gerente.

Uno de los problemas más graves con los cuales se enfrenta el gerente médico dentro del sistema de salud, es la ineficiencia en la administración de recursos: tiempos de hospitalización prolongados, compras de equipos sin un adecuado análisis de costo/beneficio, burocracia, incumplimiento del personal e incluso comisiones ilegales, contribuyen a un despilfarro de dinero que incide directamente en incrementos de los costos de atención médica. El gerente médico día a día se enfrenta a la falsa creencia en los profesionales de la medicina que un análisis de costo de su tratamiento es algo ajeno y fuera de su competencia.

La ética médica clásica ha estado enfrentada con el control de los costos. Siempre se ha considerado que la obligación del médico es atender al enfermo independientemente de cuanto deba invertirse en su tratamiento, y, por tanto, cualquier consideración en este sentido está reñida con la ética profesional, esto sin duda entra en conflicto con la gerencia de un centro de salud. Los médicos y los gerentes de centros de salud deben entender la obligación moral que tienen de administrar los recursos sanitarios eficientemente. Sólo así será posible lograr un mejor equilibrio entre la demanda de servicios y los recursos disponibles, y de esta manera, buscar una distribución más justa y equitativa del presupuesto establecido y del sistema de salud en general.

#### **6.4. Bioética en la Medicina y otros Servicios de Salud**

Desde la segunda mitad del siglo XX, se han venido desarrollando unos principios que rigen la ética en los servicios de salud y que orientan lo prioritario en la praxis o acción médica, en este caso el gerente médico



ha de asegurarse que en el centro de salud que dirige se apliquen estos principios. De estos principios éticos fundamentales se derivan algunas normas éticas que el profesional de la salud debe tener siempre en cuenta, tales como el consentimiento informado, honestidad en la información, respeto por la confidencialidad, evitar la discriminación, entre otros.

Suministran estos principios un marco de referencia para lograr soluciones adecuadas y razonadas a los problemas concretos de índole ética que se presentan en la praxis en los servicios de salud. Estos principios no obedecen a una disposición jerárquica estricta y son todos válidos como prioritarios. En caso de conflicto, será la situación concreta y sus circunstancias quienes indicarán la primacía de uno u otro. Los principios éticos básicos o fundamentales son:

**1. Principio de respeto por la autonomía.** Este principio tiene su base moderna en la concepción occidental del individuo como un ser autónomo, capaz de construir y dar sentido a su vida. Una persona autónoma es quien toma las decisiones concernientes a su propia vida, de conformidad con su propia escala de valores y cultura. El respeto por la autonomía abarca por lo menos dos consideraciones éticas importantes:

(a) Tratar a las personas como agentes autónomos, con capacidad de autodeterminación y derecho a decidir entre las opciones personales de que disponen.

(b) Proteger las personas con disminución de su autonomía.

**2. Principio de no Maleficencia:** Enfatiza la obligación ética de no hacer daño, es decir, omitir actos que puedan causar un daño o perjuicio al usuario.

**3. Principio de Beneficencia:** El principio de beneficencia es la obligación ética que tiene todo ser humano de hacer bien a los demás. Se refiere a la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo

los daños o perjuicios. Este deber llama la atención que el tratamiento ético de las personas no solo depende de respetar sus decisiones autónomas, sino también de procurar su bienestar.

**4. Principio de Justicia:** El principio de justicia afirma que todos los seres humanos tienen iguales derechos para alcanzar lo necesario para su pleno desarrollo. Si bien el principio de autonomía afirmaba la soberanía del ser humano, el de justicia establece la eticidad de la relación entre los seres humanos. El desarrollo de este principio implica la obligación ética de dar a cada uno lo que le corresponde de acuerdo con lo que se considera éticamente correcto o apropiado.

Este último principio es el que tiene mayor relación con la gerencia médica, pues contiene la distribución equitativa de las cargas y los beneficios que se generan en una sociedad y la obligación de tomar medidas especiales para proteger los derechos y el bienestar de las personas vulnerables.

## Los principios de la bioética

Propuestos por James Rachels y Tom Beauchamp



*Ilustración 7.* Principios de la bioética

**Fuente:** Nogalences (2017)



El gerente médico ha de estar pendiente y evitar los embates de una dirección rígida y excesivamente centralizada, generalmente proveniente del modelo autocrático, burocrático o tradicional, que reduce al mínimo la capacidad de autorregulación de la profesión médica, por una parte y, por otra, la renuncia de muchos profesionales al compromiso con la profesión, con su desarrollo, con el mantenimiento de sus valores y con la lucha para recuperar la autonomía de gestión. Esta indiferencia, apatía o desmotivación, presente también a la hora de adquirir responsabilidades en el seno de las instituciones y que es sin duda, uno de los obstáculos de la gerencia médica, se resguarda a menudo en una estricta disciplina del acto clínico en detrimento de la valoración del acto de gestión de los recursos, igualmente importante para el bien común. Como en tantos otros aspectos de la vida, quejarse de cómo se lleva a cabo la gestión sin tener la más mínima voluntad de participar para mejorarla, sólo conduce a profundizar en las diferencias.

## **6.5. Atención al usuario de Servicios Médicos y de Salud**

El término usuario es el que últimamente se usa dentro de la gerencia médica, pues alude no al paciente, como contrario al agente médico, sino a la persona autónoma susceptible de ser tratada con justicia y equidad por un equipo de salud y no ya por un médico de forma totalmente pasiva depositando en aquél toda la responsabilidad de su salud. De forma general, en cuanto al marketing actual se exponen las diferencias entre usuario, cliente y paciente:

- 1. Usuario:** se aplica a personas que usan cierto servicio, generalmente de carácter público, o privado, pero de disfrute colectivo.
- 2. Cliente:** Plebeyo que estaba bajo la protección de un patricio.
- 3. Paciente:** Quien recibe la acción de un agente, por ejemplo, del médico. También se vincula con compadecer, compatible, lo mismo que sufrir. Tener el estado de ánimo que corresponde a la presencia de un dolor físico muy



intenso o la carencia de algo muy necesario para la vida o muy deseado o no tener el cariño o estimación a que se aspira o sentirse maltratado.

Debido a todas estas connotaciones negativas del paciente se ha transitado al concepto de usuario de los servicios de salud, a pesar de la resistencia del gremio médico y del personal de enfermería. El usuario es la persona que utiliza y elige los servicios de salud. El usuario debe ser el eje alrededor del cual se organicen las actividades del sistema de salud.

Los usuarios son en el centro del quehacer de un centro de salud. Esto implica que la atención de salud responda a las necesidades y expectativas de los usuarios, aceptando que la satisfacción de las personas es un factor fundamental para la institución. Esta forma de entender el proceso de atención involucra cambiar conductas y percepciones muy arraigadas en los equipos de salud, acostumbrados a una relación jerárquica, más centrada en los aspectos clínicos que en la calidad de la experiencia de las personas al acudir un centro de atención. A continuación, los principales conceptos vinculados a la temática del usuario de los servicios de salud:

Como sujeto de derechos, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental y como tal está consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se encuentra todas las constituciones de las naciones. Asimismo, se plantea que los usuarios tendrán el derecho y el deber de participar en los órganos de control social, a saber: se es usuario en la medida que se adquiere el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Un sujeto de derecho es una persona que tiene conocimiento de sus derechos fundamentales y los aplica para promover y defender sus derechos y el de los demás. A su vez conoce las instituciones -en especial las de su comunidad- que se dedican a proteger sus derechos y a las cuales puede acudir en caso de que los mismos hayan sido vulnerados. Alude a una actitud activa de los usuarios. Esta actitud tiene que ver con reconocerse y asumirse como un sujeto con derechos que deben reconocerse y respetarse. Lo ubica en el lugar de un ser que propone, cuestiona y aporta a su estado de salud y al sistema en general.



De ahí la importancia de la participación ya que en la medida que los usuarios participan (tomar parte – ser parte) será un aporte más a la democratización de la salud, a la construcción de ciudadanía y, por ende, a la asunción de derechos y obligaciones.

En el caso específico de la medicina existe lo que se ha denominado asimetría de la información. La misma ocurre debido a la ignorancia por parte del enfermo de sus necesidades reales y de las diferentes alternativas que existen para su diagnóstico y tratamiento. A diferencia de lo que suele ocurrir, en la mayoría de las relaciones comerciales, donde el usuario participa y decide la opción que más le conviene en términos de costo beneficio. En medicina, las técnicas de diagnóstico y tratamiento, a ser utilizadas, las decide el médico. El paciente no tiene la posibilidad de discutir las diferentes alternativas, que pudiesen ser, igual de efectivas, pero más económicas. Por tanto, el paciente en muchas ocasiones recibe tratamientos más costosos de los que él estaría dispuesto a pagar, si pudiese escoger. Esta situación tiene implicaciones, tanto en la medicina privada como en la pública, pues se debe partir del principio de que no hay medicina gratis, sólo hay diferencias en quién la paga.

Los usuarios, como dejan de ser pacientes, pueden asumirse como usuarios y enfrentar la medicina defensiva. Se practica medicina defensiva cuando, mediante prescripciones médicas, se consumen recursos sanitarios innecesarios (exploraciones complementarias, fármacos, consultas a especialistas), con el objeto de cubrirse ante la inseguridad o ante posibles quejas y demandas legales por parte de los pacientes o sus familiares. Es la medicina basada en la desconfianza, y es contraria al principio de bioética denominado de justicia o de distribución equitativa de recursos por su gran impacto en el costo en un sector, el sanitario, en el que los recursos siempre son inferiores a la demanda. Además, aumenta innecesariamente el riesgo al que se somete al usuario, es causa de variabilidad injustificada en la atención médica y, siendo generada por la desconfianza, es a su vez generadora de desconfianza por parte de la sociedad hacia los profesionales a partir del momento en que dicha práctica es detectada.



El gerente médico ha de estar pendiente de las acciones de los médicos ante los usuarios, y de estos frente a los médicos, esto se logra desarrollando una cultura organizacional donde la ética esté presente, donde no solo sea la curación de una enfermedad, sino una atención integral, una dirección que lleve a los encuentros equipo de salud/usuario, minimice los conflictos y promueva el respeto a los derechos y deberes de los usuarios.



# BIBLIOGRAFÍA

## LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD





- Albrecht, K. (1996). *La misión de la empresa*. Barcelona-España: Paidós.
- Álvarez-Dardet, C., & Peiró, S. (2000). *Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada-España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bellavance, M. (1989). *Las políticas gubernamentales*. Buenos Aires: Arias Formoso.
- Blanchard, K., & Randolph, A. (1997). *Empowerment*. Bogotá: Norma.
- Blanco, J., & Maya, J. (2006). *Administración de servicios de salud*. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Böckenförde. (1993). *Escritos sobre derechos fundamentales*. Baden-Baden-Alemania: Nomos.
- Cardona, J. (1989). *Desarrollo histórico de los conceptos de salud, enfermedad*. Medellín-Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Colimon, K. (23 de marzo de 2010). *Niveles de Prevención*. Obtenido de <http://issuu.com/>: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.
- Comunidad Autónoma de Madrid. (11 de diciembre de 2018). [www.comunidad.madrid](http://www.comunidad.madrid). Obtenido de <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/centros-salud>
- Cueto, A., & García, J. (2008). Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Mentales. En P. Gil, *Medicina Preventiva y Salud Pública* (págs. 908-917). Barcelona-España: Masson.
- De Val Pardo, I., & Corella, J. (2001). *Sistemas de salud: diagnóstico y*

*planificación*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.

Drucker, P. (1993). *Dirección de instituciones sin fines de lucro*. Buenos Aires: El Ateneo.

Dugüit. (1908). *La transformación del Estado*. Madrid: Librería de Fe.

Etchebarne, L. (2001). Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En L. Etchebarne, *Temas de Medicina Preventiva y Social* (págs. 75-82). Montevideo: Fefmur.

García, G., Rodríguez, M., & Benia, W. (2008). Niveles y Estrategias de Prevención. En W. Benia, *Temas de Salud Pública. Tomo I*. (págs. 19-26). Montevideo: Fefmur.

Gerencia de Atención Integrada de Albacete . (s.f.). *Estructura y funcionamiento de la Unidad de Pediatría*. Obtenido de [http://www.chospab.es/enfermeria/pipe/pipe\\_documentos/pediatria\\_cirugia\\_pediatica.pdf](http://www.chospab.es/enfermeria/pipe/pipe_documentos/pediatria_cirugia_pediatica.pdf)

Gispert R, V. (2000). La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 34-44.

Gracia, D. (1995). El qué y por qué de la bioética. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1*, 35-53.

Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1993). *Evaluación en promoción de la salud*. Barcelona-España: Masson.

Herré, M. (2014). *Gerencia Pública*. Obtenido de [www.unitec.edu.ve/jornadasarchivos/gerencia/Presentacion10.ppt](http://www.unitec.edu.ve/jornadasarchivos/gerencia/Presentacion10.ppt)

- 
- Koontz, H., & Weihrich, H. (1998). *Administración: Una perspectiva global*. México: McGraw Hill.
- Kratz. (1974). *Habilidades de un Administrador efectivo*.
- Laurrell, A. (1996). La lógica de la privatización en salud. En C. Eibenschutz, *Política de Saúde: o público e o privado*. (págs. 31-48). Rio de Janeiro-Brasil : Fiocruz.
- León, I., & Herrera, M. (2008). Niveles de Atención. En W. Benia, *Temas de Salud Pública. Tomo I*. (págs. 39-49). Montevideo : Fefmur.
- León., A. (1995). El carácter mítico actual de la relación médico paciente. *Revista Médica Razetti*(2), 7-11.
- Magnífico, G., Noceti, C., & Rodríguez, N. (abril de 2002). Planificación de la Red Asistencial de ASSE. *ASSE*.
- Maquiavelo, N. (1531). *El Príncipe*.
- Medici, A. (s.f.). *Objetivos de desarrollo del milenio en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <http://www.Ladb.org/sds/doc/cap8saludmaterna.pdf>
- Medlineplus. (28 de enero de 2019). *medlineplus.gov*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/healthfacilities.html>
- Méndez, A., Ponzó, J., & Rodríguez, M. (s.f.). Promoción de Salud. En W. Benia, *Temas de Salud Pública. Tomo I*. Montevideo : Fefmar .
- Meny, I., & Thoening, J.-C. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

Ministerio de Salud. (2015). *Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dr Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango*. Chalatenango: Autor.

Nigenda, G. (2003). Mezcla pública-provada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. En F. Knaul, & G. Nigenda, *Ca-leidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. (págs. 229-242). México : Fundación Mexicana para la Salud.

OMS. (2008). *La Atención Primaria de la Salud. Más Necesaria que Nunca*. (Ginebra, Ed.) Obtenido de Informe sobre la Salud en el Mundo: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf) 154 pp.

OPS/OMS. (2005). *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 1*. Obtenido de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/RenovacionSalud.pdf>

O'Reilly, C., & Pfefe, J. (2000). *Hidden Value*. Libro electrónico.

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Reducción de la mortalidad materna*. Ginebra . Obtenido de Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *paho.org*. Obtenido de [http://paho.org/spanish/HDP/HDW/Propuesta\\_Indicadores.OPS.pdf](http://paho.org/spanish/HDP/HDW/Propuesta_Indicadores.OPS.pdf)

Orgnaización de las Naciones Unidas. (1988). *Normas uniformes sobre la*

*igualdad de derechos. Resolución N° 43/113, 43/114 y 43/115.* New York: Organización de las Naciones Unidas.

Oyarce, H. (2013). *ILPES-ONU. Cepal.* Obtenido de [www.cepal.org](http://www.cepal.org): [https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia\\_Publica2011\\_HOYARCE.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/45114/Gerencia_Publica2011_HOYARCE.pdf)

Peces-Barba, G. (1980). *Derechos Fundamentales.* Madrid: Latina.

Periagro, M. (2004). *Salud en América Latina y el Caribe.* Obtenido de Infored, noticias de la sociedad civil: [www.infored.org.ar](http://www.infored.org.ar)

Peters, J. (1992). *El proceso de planificación estratégica para hospitales.* Barcelona-España: Masson.

Pizza, W. (1990). Pontos críticos na ciencia das organizações. *Revista de Administração Pública*, 24(3), 142-156.

Salabarría, G. (2006). Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana. *Revista Cubana de la Salud Pública*, 32(1), 7-15.

Sánchez, A., Ramos, E., & Marset, P. (1998). La Participación Comunitaria en la Atención Primaria de Salud . En M. Navarro, *Salud Pública* (págs. 318-333). México: Mc GRAW.

Scott, C., Jaffe, D., & Tobe, G. (1997). *Visión, valores y misión organizacionales.* México: Grupo Editorial Iberoamérica.

Serna, H. (2002). *Gerencia Estratégica. Planeación, gestión, teoría, metodología.* Bogotá: 3R Editores .

- Sun Tzu. (2003). *El arte de la guerra*. Obtenido de Biblioteca Virtual Universal : <http://www.biblioteca.org.ar/libros/656228.pdf>
- UNICEF. (1990). *La Atención Primaria de la Salud. Documento de Alma Ata 1978*.11-12: Revista de Atención Primaria de Salud.
- Universidad de Antioquia. (2015). *Resumen de programa: Administración de Salud*. Obtenido de PROGRAMA PROFESIONAL: [uitoto.udea.edu.co/programacionacademica/contenido/IPPA/ACUERDOS%20TRANSFORMACION%20CURRICULAR/documento-maestro-rector/Doc%20Rector%20-%20Adm%20salud%20ambos%20enfasis.pdf](http://uitoto.udea.edu.co/programacionacademica/contenido/IPPA/ACUERDOS%20TRANSFORMACION%20CURRICULAR/documento-maestro-rector/Doc%20Rector%20-%20Adm%20salud%20ambos%20enfasis.pdf)
- Utpl. (30 de marzo de 2018). *Pasos para un planificación estratégica de salud*. Obtenido de <https://noticias.utpl.edu.ec/pasos-para-una-planificacion-estrategica-de-salud>
- Valenzuela, T. (2006). *Herramientas de Comunicación para el desarrollo de entornos saludables*. Washington: OMS/OPS.
- Van Herten, L., & Gunning-Schepers, L. (2000). Targets as a tool in health policy (Part II): guidelines for application. *Health Policy*(53), 13-23.
- Verheggen, M., & Van Wijmen, J. (1993). Efectividad de los comités de garantía de calidad en un hospital universitario de Holanda. *Revista de Salud Pública de México*. Obtenido de <http://bvs.insp.mx/component/svirtual/calidad/calidad/02072002.htm>
- Villalba, S. N. (1989). *Tipos de Establecimientos de Atención Médica del MSP. Niveles de Complejidad*. Montevideo: MSP.



Weber, M. (1986). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.



**AUSPICIANTES**

**LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**







MEDICAMENTOS GENÉRICOS  
CALIDAD Y CONFIANZA  
A TU ALCANCE...



Servicio y Equipamiento *SERQUIP* Cia. Ltda.

# ADV MEDICAL C. A.

Advanced Medical Imaging del Ecuador C.A.

An advertisement for medical clothing. It features two side-by-side photographs: on the left, a woman in a white lab coat over blue scrubs; on the right, a man in dark blue scrubs. Below the photos is a circular logo with "TODO BLANCO" around the top and "TB" in the center. At the bottom, there is a black bar with white text listing the types of clothing available.

**TIENDA DE ROPA MÉDICA**  
UNIFORMES - MANDILES - SCRUBS  
PANTALONES - BORDADOS - ACCESORIOS



# LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Publicado en Ecuador  
Septiembre del 2019

Edición realizada desde el mes de mayo del año 2019 hasta julio del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores



# LA ADMINISTRACIÓN COMO HERRAMIENTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**EDITOR**



**MGS. FRANKLIN EDMUNDO  
ENCALADA CALERO**

**AUTORES**

**MD. JORGE ANDRÉS CARBO PALACIO  
MGS. FRANKLIN STEVEN ZAMBRANO MANZUR  
MD. KLEBER XAVIER FALCÓN BONILLA  
MGS. ÁNGEL POLIBIO MORENO FLORES  
MD. VERÓNICA DENISS INTRIAGO CEVALLOS  
MGS. DOUGLAS JOSÉ ÁLVAREZ SAGUBAY  
ESP. OLIVER JOEL TÓALA MOSQUERA  
MD. CHARLES DAVID ALTAMIRANO OLVERA**

ISBN: 978-9942-787-82-8

