

LINEAMIENTOS DE GERENCIA PARA OPTIMIZAR LA GESTION HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL ISRAEL RANUAREZ BALZA DE SAN JUAN DE LOS MORROS DEL ESTADO GUARICO 2008 - 2010

AUTOR: Andrade Jorge Eliécer, 2010.
E-mail : jorgeeliecera@gmail.com

INTRODUCCION

El Sistema de Salud sobre el cual se rigen los centros hospitalarios públicos en Venezuela, comprende un sistema centralizado en la actualidad (2010), en cuanto al nivel gerencial, y su complejo nivel operativo, que enmarca diferentes categorías de toma de decisiones con sus respectivas pautas sanitarias. Se observa entonces, que el sub-sector hospitalario depende directamente de la gerencia a nivel central, por consiguiente se presentan deficiencias propias en la administración y gestión hospitalaria, que conducen a problemas con impacto en áreas asistencial, operativo, gerencial, y administrativa.

La gestión hospitalaria tiene en este espacio de la gerencia un significado organizacional propio por tratarse de administrar recursos, y los distintos niveles de complejidad forman por definición una entidad indivisible de un sistema bien equilibrado. La falta de integridad en los factores técnicos y profesionales es una variable, que ha llevado en los últimos años a un acelerado deterioro de las condiciones de la red hospitalaria en el Estado Guárico.

La posibilidad de recibir una atención integral y continua se enfrenta , hoy día , a una serie de dificultades provocadas por características específicas de las organizaciones sanitarias , en especial las hospitalarias , entre las que se podrían citar las siguientes : a) complejidad organizativa ; b) segmentación departamental ; c) superespecialización de tareas , d) escasa coordinación interniveles ; e) poca capacidad de adaptación a demandas cambiantes e f) instituciones sanitarias poco centradas en el usuario y/o cliente.

CAPITULO I

Planteamiento del problema

En la revisión sobre la evaluación del desempeño de los Sistemas de Salud en el Estado Guárico, se presentó el *Informe Sobre la Salud (2008-2009)*, basándose en los datos recopilados por un grupo multidisciplinario de consulta asistencial. En este documento se enumeró un conjunto de problemas y se recomendó medidas para mejorarlos. Participaron profesionales de las universidades, del sector asistencial y autoridades administrativas del sector salud y hospitalario con sede funcional en el Estado Guárico.

En el transcurso de la reunión se trataron aspectos conceptuales, gerenciales y metodológicos sobre los sistemas de salud; factores mediadores en la provisión de servicios; desempeño asistencial; eficiencia hospitalaria y alcance de la noción de aprovechamiento y rendimiento hospitalario.

En sentido general, al destacar la calidad de los servicios hospitalarios ; acordaron estar de acuerdo en abarcar las siguientes actividades que resultaron capitales dentro de los problemas principales de gerencia , gestión y administración hospitalaria , tales como : (a) Medir el grado en que se logran las metas y objetivos hospitalarios, (b) Estimación de recursos

para alcanzar los resultados hospitalarios , (c) Evaluación de la eficiencia con los recursos utilizados para alcanzar los resultados , (d) Analizar el sistema de funciones que influyen en los niveles observados de productividad y rendimiento hospitalario, (e) Diseño y adopción de políticas y modelos para mejorar la gestión y administración hospitalaria .

Bajo la premisa de que la salud es considerada una meta social, y que por ende obedece a la confluencia de muchos factores, donde el sistema de atención hospitalario contribuye al logro de esa meta; se trabajo para observar la realidad de la atención hospitalaria para el estudio. En este contexto asistencial, se suele atribuir al concepto de atención hospitalaria, la idea de responsabilidad, dignidad, autonomía, confidencialidad, atención oportuna, calidad y acceso a redes de apoyo. El 75 % de los profesionales que participaron en la evaluación de hospitales argumentan que esta definición es la verdadera *“atención a conciencia”*.

El hospital Israel Ranuarez Balza (HIRB), presento un movimiento hospitalario considerado de bajo rendimiento entre enero y diciembre del 2008 basado en los indicadores de aprovechamiento y rendimiento hospitalario establecidos, para su clasificación y de acuerdo a los resultados que fueron obtenidos en concordancia, con los estándares nacionales para un hospital del mismo tipo y presentados en su informe anual, en este sentido podemos analizar lo siguiente : 57.670 camas-días , 10.639 admisiones , 10.625 altas medicas , 565 altas no medicas , 51.828 días de hospitalización , 391 defunciones , 2.864 intervenciones quirúrgicas , 2.583 partos , 822 cesáreas, 61 muertes neonatales, 739 abortos , 48.357 emergencias y 1.876 hospitalizaciones .

El porcentaje de ocupación fue de 62,6 % (el optimo debe estar entre 85-90%) y un promedio de estancia de 10,2 días. Para el año 2.008, el 87,2 5 % de los habitantes Vivian en zonas urbanas y 12,8 % en zonas rurales, como consecuencia de un movimiento demográfico importante durante el cuatrienio 2004 -2007, donde se evidencio un intenso movimiento migratorio, concentrando la población en zonas urbanas de alta marginalidad, sobrecargando la atención de tercer nivel.

De los indicadores de productividad hospitalaria supracitados , tiene particular importancia la estancia de pacientes por servicio como el primer de los principales problemas de gestión bajo la categoría de productividad y rendimiento hospitalario ; ya que se convierte en una variable predictiva en los sistemas de atención especialmente para la clasificación de pacientes (corta , mediana y larga estancia) ; dicha unidad de análisis , precisa que, a mayor estancia , mayor será la inversión en cada paciente hospitalizado , exceptuando las hospitalizaciones quirúrgicas el resto de los servicios debería estar por debajo de 2-3 días de estancia hospitalaria.

El investigador se inclinan por un modelo con características de tipo gradual (de lo mas fácil a lo mas difícil), modular (constituido por líneas de trabajo), y resolutivo (orientado a solución y satisfacción de problemas locales de salud).

Se propone una metodología operativa para resolver los problemas detectados y vinculado don la gerencia medica y la administración de recursos hospitalarios , que apoye las

decisiones ; y establezca métodos de trabajo que signifique abarcar calidad de atención ; capacitar talento humano con conocimiento técnico ; adecuado suministro de insumos en tiempo real, con mantenimiento preventivos de equipos fijos del hospital ; fortalecimiento del talento humano con *empowerment* asistencial , sin descuidar los componentes críticos de la gerencia del hospital (planificación , organización ,dirección , ejecución y control), lo que traduce las evidencias de la situación problemática arriba determinada y citada.

Las evidencias motivacionales y las condiciones de trabajo están en relación directa mostrando su satisfacción o insatisfacción laboral. No puede esperarse gran motivación de un empleado deprimido o, de aquel que, en cuya organización carece de recursos, equipos y materiales para hacer efectiva una atención, o peor aun, cuando se tiene un cuadro directivo siempre en transición. Al estudiar las causas desmotivadoras y sus relaciones encontramos: bajos salarios, jefes ineficientes, ambiente hostil, politización de cargos, compañerismo conflictivo, e inseguridad laboral. Esto son desmotivadores potentes y desaniman al trabajador generando actitudes y consecuencias desfavorables hacia la organización.

Desde este punto de vista, la gestión hospitalaria es un componente resaltante, digno de un esfuerzo en conjunto por retomar un adecuado perfil que permita un modelo de actuación administrativa, gerencial y asistencial, identificando nueve problemas de prioridad local, así como definir políticas y estrategias de atención integral, bajo un enfoque de acciones en su triada misión-visión-objetivos, de los hospitales tipo II del Estado Guárico.

Una situación problemática relevante para la investigación , se determino cuando se trato de buscar una explicación racional del proceso de gestión hospitalario , esta significo , varias cosas : (a) Incremento de ausencia en la toma de decisiones en hospitales , (b) Falta de lineamientos estratégicos para abordar problemas de la dirección medica, (c) recurso humano insuficiente, (d) ausencia de una metodología para enfrentar los problemas de la dirección medica , (e) falta de coordinación de servicios médicos , y (f) poca eficiencia y bajo rendimiento hospitalario .

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Establecer Lineamientos de Gerencia para Optimizar la Gestión Administrativa en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros, del estado Guárico, periodo 2008-2010.

Objetivos Específicos

1.-Diagnosticar el proceso de gestión administrativo que se cumple en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros.

2.- Caracterizar el estilo gerencial del director medico en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros.

3.-Identificar el proceso de Planificación en Situación de Contingencia en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros.

4.- Perfilar el grado de cumplimiento de la Planificación Estratégica en situaciones problemáticas de largo plazo en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros.

5.-Proponer un modelo de gerencia para optimizar la gestión integral en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros.

CAPITULO II

Bases Teóricas

Las bases teóricas de la investigación, representan los argumentos y apreciaciones que sustentan el estudio, y están enfocadas dentro de las perspectivas de las teorías generales propias y adquiridas del campo administrativo que pueden resultar aptas para su comprensión.

Teoría de la evolución del hospital hacia una empresa de servicios

La evolución del hospital hacia una entidad corporativa, con la conversión del paciente en cliente y del medico en empleado, ha manifestado cambios profundos en las ultimas dos décadas, que se acentuaran aun mas en los próximos años y posiblemente cambie la relación empresa-clientes-empleados, hasta una nueva concepción en términos de marketing en salud.

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

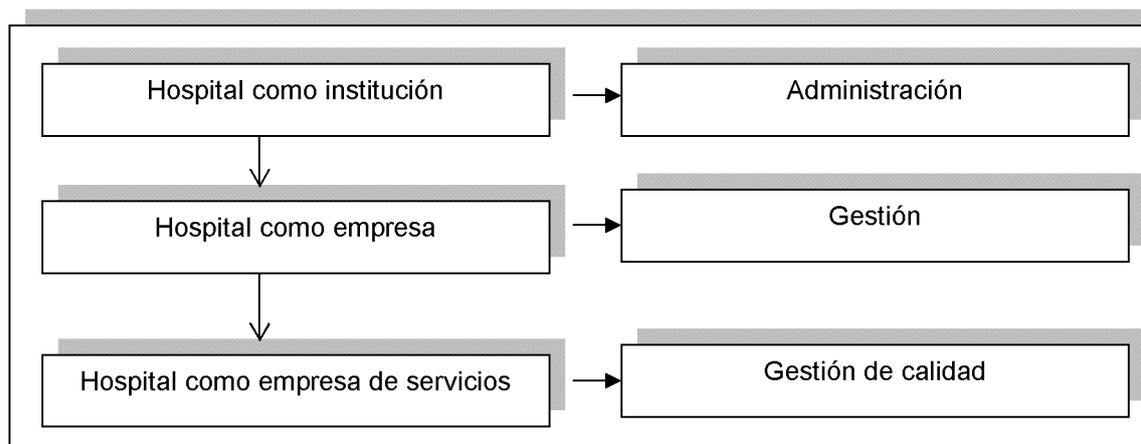
A este respecto señala *Sonis (1990,118-123)*, en su texto *Medicina Preventiva y Administración de Salud*, quien afirma que “la especialidad de administración médica debe satisfacer de manera comprensiva la administración de servicios de salud”. Resulta claro, la afirmación del autor cuando deja ver que los cursos de especialistas en administración de salud reciben distintos nombres según los casos. No se integran armónicamente administración de salud y administración hospitalaria, creando de esta manera la ausencia de una concepción unicista con diferentes enfoques de gestión y gerencia hospitalaria.

Teoría de la Gestión Hospitalaria.

Actualmente con matices propios y particulares del mercado, también se puede hablar de la evolución de la gestión hospitalaria, en la que cabe diferenciar tres enfoques históricos que muestran un cierto paralelismo con los paradigmas estratégicos ya descritos (ver esquema 1).

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

**ESQUEMA 1.
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA**



Fuente: Temes, gestión hospitalaria

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

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

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

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

Teoría del producto hospitalario

Como toda empresa; la de servicios hospitalarios elabora una serie de productos que, como se han descrito anteriormente, son intangibles y complejo de identificar por tratarse de una empresa de servicios. El producto sanitario por excelencia es la salud, y la finalidad de la empresa sanitaria sería evitar la enfermedad, recuperarla o rehabilitar, en consecuencia mejorar el estado de salud de los pacientes, clientes o usuarios.

Cuando tratamos de concretar la definición de producto sanitario llegamos a asegurar que es el conjunto de servicios prestados por profesionales y organizaciones para mejorar la salud.

Sin embargo se plantean dos cuestiones, que serían; donde situar la frontera que los separa de los demás servicios que también se orientan a la mejora de la salud (servicios sociales), y cual tendría un peso relativo en la mejora de la salud dentro de las actuaciones sanitarias

Se debe tener claro que definir el producto asistencial hospitalario, representa un subproducto dentro de la atención sanitaria que se realiza en el hospital y que está dirigido a recuperar la salud de los pacientes-clientes, basados en algunos conceptos que lo diferencian de otros, propios de la salud pública o de la Atención Primaria en Salud (APS). En el hospital, la atención especializada tiende a elaborar productos vinculados más con la curación que con la prevención.

Se ha podido observar que el producto hospitalario, se refieren más bien a pacientes concretos que a la comunidad o población en general, y también se centra en procesos concretos y no tanto en conceptos de salud pública. Un proceso hospitalario es un continuo de atención, en el que un paciente que ingresa por una patología, se le va añadiendo servicios que demanda durante su estancia, y que solo buscan un alta por mejora o curación de la afección que lo hizo ingresar.

La actividad hospitalaria viene determinada por todos los productos intermedios citados y la podemos medir valorando esas acciones y efectos en la población, lo que proporcionaría una medida de la eficacia de la empresa hospitalaria, que es capaz de hacer con sus productos intermedios en términos de competencia; pudiendo calcular incluso rendimiento de lo realizado frente a lo esperado por cálculos teóricos de tiempo estándar ya que no es adecuado comparar hospitales entre sí, se puede valorar por su productividad.

Teoría Sobre Planificación Estratégica en Hospitales

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

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

El enfoque estratégico busca privilegiar la estructura de los objetivos, reconocer las categorías de complejidad, reducir la fragmentación, minimizar la incertidumbre, disminuir los conflictos y dependencias de otros servicios. También se deben considerar el poder envuelto en un proceso planificador, admitir la existencia de diferentes fuerzas sociales, la necesidad de integrar elementos normativos que corresponden al "deber ser" (ontológico) y componentes estratégicos del "poder ser", en una actitud anticipativa y exploradora que nos permita crear

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

La planificación estratégica, es un proceso mediante el cual se obtiene información, a partir de la cual se elaboran los fines, se utilizan recursos para elaborar planes para después ejecutarlos (visión del estratega). Los fines se deben interpretar como la situación objetivo ideal, pero plenamente realizable. Se trata de poder cambiar los momentos para cambiar la realidad (pensamiento estratégico).

Los principios para el Proceso de Planificación Estratégica (PPE), se derivan de: 1) Un diagnóstico, para conocer donde estamos, a donde queremos llegar y el como lo podemos hacer; 2) El planteamiento de alternativas, 3) Posibilidad de cambio sobre la marcha (diferencia con la planificación normativa), 4) Análisis del proceso causal, 5) Análisis de las variables, 6) Compromiso con el "como" y 7) Compromiso con el cambio.

Teoría de la Gerencia Participativa

A través del presente trabajo, y en consideración del planteamiento del problema y los objetivos específicos, siempre se ha referido la necesidad de una gerencia Participativa, integral y transformacional. A juicio del investigador y tomando en cuenta las investigaciones revisadas, uno de los conceptos peor comprendido en la administración es la participación en todos sus sentidos. Algunos administradores piensan que equivale a permisividad. Otros creen que es un signo de debilidad. Algunos mas, no comprenden su aplicación en las funciones administrativas. Esto es irónico en una sociedad democrática, participativa y protagónica, ya que el proceso de participación forma la base de todo sistema político moderno.

De alguna manera, todavía es necesario que se lleve a cabo la transferencia de este concepto sociopolítico a la administración y gerencia de nuestras organizaciones, especialmente las del sector salud. El propósito de este enfoque, es explorar el concepto de Gerencia Participativa (GP) e indicar algunas razones en las cuales los administradores pueden aplicarlo en sus organizaciones. Para ello examinaremos por que debería recurrirse a la participación; como evaluar los obstáculos que impiden su aprovechamiento y formas de aplicar este método de manera que puedan superarse las barreras detectadas.

Como sustento del diseño de investigación, no se pretende presentar la Gerencia Participativa como la panacea que solucionara todos los problemas administrativos y gerenciales. Sin embargo, cuando se le entiende y se aplica apropiadamente, puede lograrse mucho para atenuar los inconvenientes gerenciales, mejorar los resultados y hasta aumentar la eficacia y eficiencia en las organizaciones, como lo presentan estudios de otras latitudes y otras empresas de negocios.

Lo anterior refleja claramente una postura gerencial que maximiza la gestión de cualquier organización, en este sentido expresa *Anthony William (2006)* en su texto Gerencia Participativa (GP) lo siguiente:

La Gerencia Participativa es el proceso por el cual se involucra a los subordinados al proceso de toma de decisiones. En esta se enfatiza la participación activa de las personas. Se aprovecha su experiencia y su creatividad para resolver problemas administrativos importantes. Se basa además en el concepto de autoridad

compartida, el cual sostiene que los administradores deben compartir su autoridad administrativa con sus subordinados. Finalmente, procura involucrar realmente a los subordinados en los procesos de decisión importantes en la organización y no solo en problemas o intereses tangentes. (p-3)

Cuando se adopta este concepto, la gerencia en todos los niveles de la organización trata de involucrar a sus subordinados en forma activa en el proceso de decisión, se realiza desde supuestos gnoseológicos apoyados en lo axiológico.

Esta combinación de supuestos de investigación enfatiza el compromiso de la mente, y no solo de las manos (de lo intelectual hasta lo operativo). De hecho, los trabajadores también involucran su "yo", para realizar su mayor contribución. Una Gerencia Participativa requiere de este tipo de compromiso, por el contrario, sería un sinsentido artificial sin los sentimientos adecuados de responsabilidad y autoridad. La participación debe darse en problemas o aspectos importantes que encaren el grupo de trabajo y la organización (acerca lo axiológico a lo ontológico).

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

La metodología que se presenta a continuación describe los métodos, técnicas y procedimientos que se aplicaron para realizarse el estudio propuesto. El momento metodológico responde a la interrogante, ¿Cómo vamos a hacer para investigar?, y esencialmente al abordaje del objeto de estudio y los supuestos científicos desde su forma empírica (pragmática), pasando por una confrontación con la lógica y teorías existentes de acuerdo al Marco Teórico y finalmente ajustarlo con los datos de la realidad.

Preocupaciones que serán relacionadas con el problema de estudio, de allí la importancia que tienen el tipo y diseño de investigación. Epistemológicamente esta investigación se ubica en el paradigma positivista, bajo enfoque cuantitativo; carácter descriptivo; de campo y modalidad proyecto factible. El paradigma cuantitativo se sustenta en lo expresado por *Busot (2001)*, quien afirma que:

El enfoque cuantitativo posee una concepción global positivista, con énfasis en la actividad orientada a los resultados, ya que dicho enfoque se interesa en describir, verificar, identificar relaciones causales entre conceptos que proceden de un esquema teórico previo (p.4).

Con miras a asegurar un correcto enfoque de la investigación, se planteo desde el punto de vista de los objetivos intrínsecos, el carácter descriptivo del estudio, fundamentado en describir las características relevantes del fenómeno en estudio. En este sentido se define la investigación descriptiva que se ajusta bien al contenido, según *Sabino (2002)*, como:

Aquella investigación que utiliza criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes. También incluye los diagnósticos que se realizan, ya que parten de una descripción organizada y lo mas completa posible de una situación, lo que luego les permite, trazar proyecciones u ofrecer recomendaciones específicas (p.43).

De igual modo, la investigación corresponde a la modalidad de proyecto factible, debido a que el estudio tiene como objetivo proponer un modelo de gerencia para optimizar la gestión hospitalaria en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros, Estado Guárico. Esta modalidad se ajusta a la definición del Manual de Trabajo de Grado de especialización, Maestría y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2009), que expresa:

El proyecto factible consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo cooperativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos (p.7).

Sistema de Variables

Contextualización de variables para el estudio

Una vez planteado el problema, para alcanzar un grado de conocimiento mayor sobre el tema en estudio y reforzado sobre las bases de los antecedentes y bases teóricas, se procedió a establecer el contexto de importancia donde se evaluaron las variables de la investigación.

A través del presente trabajo se pretende, precisar las variables de interés como consecuencia de una depuración de la matriz operativa y descriptiva que permitió caracterizar la situación problemática (ver cuadro 1) y posteriormente presentarlas en un cuadro de operacionalización de variables e indicadores .

Igualmente se debe señalar que una vez concebido el problema en su realidad observada, se sistematizaron las necesidades mas resaltantes y se aislaron dentro del problema los factores mas importantes que, en el intervienen. Para ello se delimito las facetas y subproblemas diferenciales que se plantearon, luego se ordenaron lógicamente y basados en las relaciones predominantes, se pudo construir la Matriz problemática, los perfiles hospitalarios y la propuesta de operacionalización de las variables.

Las variables identificadas en el estudio representan las diferentes condiciones, cualidades, características que asumen los objetivos de estudio desde el inicio de la investigación.

En el cuadro de operacionalización de variables e indicadores se propone una evaluación de variables; a manera de ejemplo el objetivo específico 5, posee un flujo de ideas que puedan tener su asiento en la creatividad, para posibilitar la captación del fenómeno, brindando significado a los hechos observados por medio de sus relaciones perceptibles(cuadro 1).

CUADRO 1.
CONTEXTUALIZACION DE VARIABLE DEL OBJETIVO ESPECIFICO 5 DEL ESTUDIO.

Objetivo específico	Variable	Dimensiones de la variable
Proponer un modelo de Gerencia para optimizar la gestión integral en el HIRB de SJM, Estado Guárico.	Variable Independiente VI	Gerencia Hospitalaria
	Variable Dependiente VD	Gestión Hospitalaria

Fuente: diseño propio de la investigación.

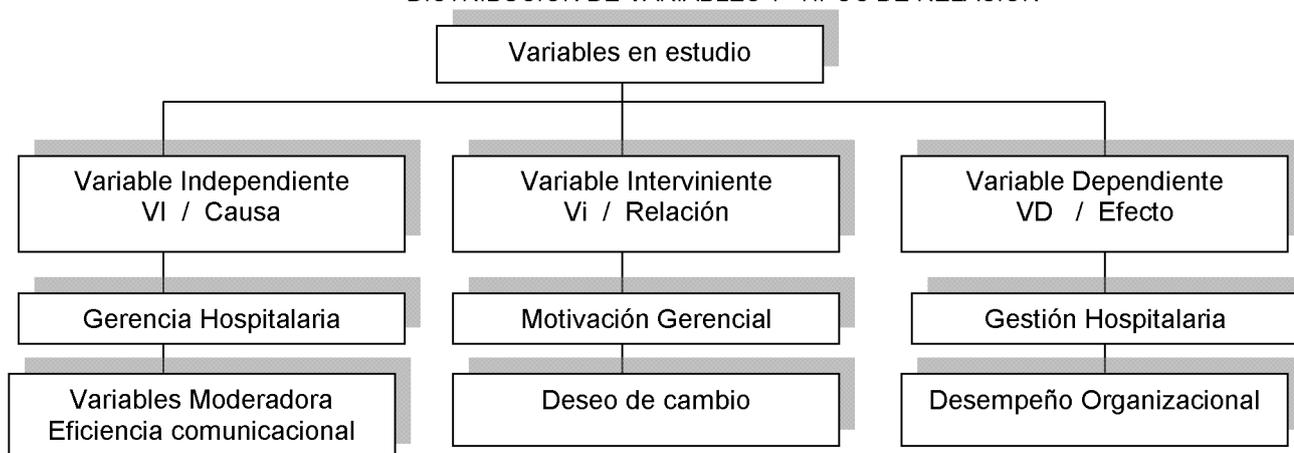
El objetivo seleccionado para el contexto descriptivo se descompone en sus variables: a) Variable Independiente (VI), que antecede, origina un problema, también conocida como Causa (Gerencia Hospitalaria). Se conoce además como el Motivo Primario del objeto de estudio. Esta variable describe, y explica la influencia o efectos en la Variable Dependiente. Se debe destacar que en investigaciones descriptivas la relación causa-efecto es de tipo asociativa ; y b) Variable Dependiente (VD) , que se corresponde a la variable que es consecuencia (Gestión Hospitalaria) , es el efecto o resultado que se vera expresado por influencia de la variable independiente (esquema 2).

Metodológicamente, es recomendable siempre colocar de primero la VI o causal (antecedente) y de segundo, la VD o consecuente. En el ejemplo del cuadro 1, se puede inferir que **“a mayor desarrollo de la gerencia Hospitalaria; mejor será la gestión Hospitalaria”**. En este caso se puede afirmar que la VI puede transformar la VD y viceversa.

Existe otro tipo de variable no medible, no concreta, no vista, denominada Variable Interviniente que aparece o desaparece sin problema alguno (Variable Intrusa) y que aclara o no , la relación entre variables (VI / VD), por ejemplo la Motivación del gerente hospitalario por el servicio que representa , o la proposición de nuevos beneficios para el servicio.

Esta expresión constituye una variable interviniente. Un aspecto vinculado a las variables, es el hecho que una VI, se vea favorecida aun más. Esta condición origina una variable Moderadora, por ejemplo la Eficiencia comunicacional del gerente hospitalario, que influye en la VI y al final en la VD. (ver cuadro 1).

ESQUEMA 2.
DISTRIBUCIÓN DE VARIABLES Y TIPOS DE RELACIÓN



Fuente: diseño propio del estudio.

Por tratarse de un estudio donde la unidad de análisis es una empresa de servicios en salud, los aspectos se vinculan fundamentalmente alrededor de la teoría de la oferta y demanda de servicios y sus características vinculantes.

La necesidad de atención genera motivaciones y aspiraciones; la oferta accesibilidad y la demanda disponibilidad, estos son factores relacionados y dependientes. Interesa diferenciar que se trata de un estudio donde los elementos de interés se centran en la gerencia, gestión y administración hospitalaria.

Por tanto la caracterización empieza por atender las variables asociadas a productividad, rendimiento hospitalario, así como la necesidad de poseer una planta física, infraestructura y equipamiento adecuado para garantizar la atención de tercer nivel.

Operacionalización de variables e indicadores

Atendiendo a la naturaleza de los objetivos y de la contextualización de las variables, disponibles para ser evaluadas y medidas, se debe a proceder a hacerlas operables u operacionales (cuadro de operacionalización de variables e indicadores cuadro 2).

El proceso de operacionalización de variables requiere de una serie de pasos a saber: 1.-Representación del objetivo de la investigación; 2.-Representación del concepto de la variable; 3.-Especificación de la dimensión de la variable; 4.-Elección de indicadores, 5.-Precisión del instrumento y 6.-Construcción de ítems. En el fondo, es el procedimiento de pasar de variables generales a indicadores y finalmente al cuestionario.

Con miras a garantizar un adecuado orden en los capítulos del estudio, fue necesario abordar el contexto de las variables, por un lado vinculado con el marco teórico y las proposiciones dentro de la perspectiva sistemática del problema; y el diseño específico para indicar la forma en que los conceptos se vinculan a los hechos empíricos, asegurando un método para proporcionar mayor confiabilidad y validez posible.

Llegados a este punto nos resta desarrollar una actividad que los vincula y permite recoger datos capaces de verificar o no las interrogantes del estudio. Se trata de la operacionalización de variables, como un proceso que se realiza sobre las variables de modo tal que se le encuentran los correlatos empíricos que ayudan a evaluar su comportamiento efectivo.

En virtud del objetivo específico ya trazado; si así lo requiere la variable, esta se descompone en dimensiones; posteriormente se requiere de mayor profundidad para obtener los indicadores que expresan el o los comportamientos de las variables. En este sentido se obtuvo seis variables, once dimensiones de variables, quince indicadores y un cuestionario con veinticinco ítems. Se puede afirmar que las variables se definen a partir de un conjunto concreto de indicadores, además del punto de vista teórico.

**CUADRO 2
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES**

Título: lineamientos de Gerencia para Optimizar la Gestión Hospitalaria en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros, Estado Guárico.

Objetivos Específicos	Variable	Definición real	Dimensiones	Indicadores	Ítems
1. Diagnosticar el proceso de gestión administrativo en el Hospital Israel Ranuarez Balza (HIRB) de San Juan de los Morros (SJM)	Proceso de Gestión Administrativo	Conjunto de acciones centradas en los recursos disponibles de diversas clases para tomar decisiones de tipo administrativo	1. Gestión de RRHH	1.1. Características gerenciales para el cargo 1.1.2. Capacitación de TTHH	1-2
			2. Gestión de suministros hospitalarios	2.1. Supervisión de insumos 2.2. control de inventarios	3-4-5
2. Caracterizar el estilo gerencial del director medico en el HIRB de SJM	Estilo gerencial	Disposición de la alta y media gerencia para tomar decisiones bajo una forma particular y demostrada.	1. Gerencia integral	1.1. Estilo de administración de alta gerencia	6-7
			2. Talento gerencial	2.1. Criterios de administración en servicios	8
			3. Toma de decisión	3.1. Proceso de TD en dirección de hospital	9
3. Identificar el proceso de planificación en situación de contingencia en el HIRB de SJM	Proceso de planificación estratégica	Respuesta en forma de un curso de acción a incapacidades de producir cambios en la planificación normativa	1. Lineamientos estratégicos	1. Existencia de plan estratégico	10-11
				2. Pensamiento estratégico	12
				3. Dirección estratégica	13
4. Perfilar el grado de cumplimiento de la planificación estratégica en situaciones problemática de largo plazo en el HIRB de SJM	Plan estratégico para toma de decisión	Instrumento de integración de lo económico, político y social en el proceso hospitalario	1. Identificación de situación crítica	1.1. Identificación de nudos críticos 1.2. Explicación de causas	14-15-16
			2. Proceso de abordaje de situación contingente	2.1. Identificación de problemas prioritarios 2.2. Discusión de solución conjunta	17-18
			3. Pensamiento para plan a futuro (LP)	3.1. Proyección de soluciones a futuro 3.2. Seguimiento de planes	19-20-21
5. Proponer un modelo de gerencia para optimizar la gestión integral en el HIRB de SJM	Gerencia hospitalaria	Toma de decisiones racionales centrada en administración lógica de recursos	1. Información gerencial oportuna	1.1. Información precisa para TD	22
	Gestión hospitalaria		2. Efectividad gerencial	2.1. Medición de productividad 2.2. Medición de rendimiento 2.3. Medición de eficacia	23-24-25

Fuente: diseño propio de la investigación, 2008-2010.

Para efectos del manejo de variables, se puede disponer de variables con más o menos indicadores. Esta condición pone de manifiesto la complejidad de la variable. Mientras mayor número de indicadores posea una variable, significa que la variable es mucho más compleja y en conjunto los indicadores derivados se conocen como universo de indicadores para la variable.

Las variables por representar diferentes condiciones, cualidades, características o modalidades que asumen los objetos de estudio desde el inicio de la investigación, requieren de la construcción de una imagen mental del concepto dado, dentro del marco teórico. En si, es un flujo de ideas que pueden tener su asiento en la creatividad de quien investiga, donde es posible la captación del fenómeno, otorgarle un significado al fenómeno observado y de establecer relaciones perceptibles.

Población y Muestra

Para este estudio las definiciones complementan el criterio para la caracterización del universo de estudio, en el caso particular, la población estuvo conformada por dieciséis (16) personas correspondientes a los servicios adscritos a la subdirección del Hospital Israel Ranuarez Balza, de los cuales se seleccionaron para la muestra once (11) que representa un 68,75 % del universo en estudio, y que se tratara en el aparte de muestra. La distribución de la población y muestra se presenta en el cuadro 3.

Del universo de hospitales (07); el 71,42 % (5) se corresponden por inventario real y actualizado (2008) para hospitales tipo II; y de estos se selecciono el Hospital Israel Ranuarez Balza para el estudio.

La ubicación geográfica se corresponde con la ubicación sanitaria del Distrito Sanitario uno, de la región capital, Municipio Juan Germán Roscio de San Juan de los Morros del Estado Guárico, que obedece a la directriz de la política sanitaria en el estado señalada en el reglamento interno del MinPPSalud.

Bajo estos criterios de selección, los departamentos clínicos tienen bajo su responsabilidad todo lo relacionado con las actividades de atención al paciente de tipo ambulatorio o referido por otros servicios, por ende sus decisiones son imprescindibles para la evaluación de un servicio en términos de eficiencia y eficacia hacia el usuario, y a su vez evaluar el liderazgo que estos servicios poseen dentro y fuera de la cobertura hospitalaria.

Los departamentos paramédicos (de apoyo), ocupan un segundo lugar en las decisiones de tipo estructural y de proyección extrahospitalaria y los departamentos auxiliares y diagnósticos aportan criterios de gestión y asistencia directa al paciente que impacta en la gerencia del hospital, por ser servicios de elevados costo que requiere mayor atención de tipo presupuestario y que se relaciona con la gestión financiera del hospital.

CUADRO 3.
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA, HIRB, SJM, ESTADO GUARICO.

Departamentos / Servicios	Población	Muestra	
	No.	No.	%
I.-Departamentos Clínicos			
Medicina (medico)	01	01	6,25
Pediatría (medico)	01	01	6,25
Gineco Obstetricia (medico)	01	01	6,25
Cirugía (medico)	01	01	6,25
II. Departamento Paramédicos (de apoyo)			
Enfermería	01	01	6,25
Dietética y nutrición	01	00	6,25
Promoción social	01	01	6,25
Historias medicas	01	00	6,25
III. Departamentos Auxiliares y Diagnostico			
Farmacia	01	01	6,25
Laboratorio	01	00	6,25
Radiología e Imagenologia (medico)	01	01	6,25
Anatomía Patológica	01	01	0,00
Odontología	01	00	0,00
Rehabilitación	01	00	0,00
Banco de sangre	01	01	0,00
Terapia intensiva	01	01	0,00
Totales	16	11	68,75

Fuente: datos proporcionados por la jefatura de personal del HIRB, SJM, 2005

Muestra

En función del Universo de estudio se obtiene la muestra que corresponde a 01 hospital tipo II (20 %), y dentro de este; la selección muestral para el estudio, esta compuesta por 11 profesionales (68,75 %) en diferentes servicios de atención hospitalaria (cuadro 3).

A lo anterior se suma, en relación con la muestra (n), lo que *Hernández; Fernández y Baptista (2003,181)*, afirman que una muestra en sentido amplio, no es mas que “un conjunto de elementos seleccionados y extraídos de una población, o sea parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo “. En este caso se tomo como muestra a once (11) servicios del total de la población (N), lo que representa un 68,75 %. La formula que permitió este cálculo es la siguiente:

$$\% \text{ U.A.} = \frac{n}{N} \times 100 = \frac{11}{16} \times 100 = 68,75 \%$$

Donde:

n = muestra (Unidades de Análisis seleccionada) = U.A.

N = universo o población

Criterio estadístico: cuantitativamente la selección muestral del 68,75 %, supera el 10 % de la cantidad de elementos, lo que le proporciona validez cuantitativa y representativa para el universo.

Límite de Confianza (LC) = 95 % (LC95). Equivale a 2 DE

Error muestral permitido = 5 % = EEn (Error Estándar Muestral)

La selección de los 11 jefes de servicios se realizó mediante "muestreo probabilístico". El muestreo probabilístico se realizó, una vez que se precisó de antemano la población total (16) y de ella, se seleccionaron 11 elementos, dejando por fuera 4 miembros del universo, los cuales por razones de tiempo, licencia y permisología no se incorporaron.

En tal sentido se incluyeron servicios clínicos, servicios paramédicos o de apoyo diagnóstico. De cada uno de estos servicios se seleccionaron los responsables que participarían en la muestra, a los cuales se le aplicó el instrumento (cuestionario) para recabar la información.

Los criterios de selección muestral que se establecieron fueron los siguientes (criterios de inclusión):

1. Atención, indirecta, directa y personalizada al usuario o cliente externo.
2. Capacidad de decisión en base al proceso administrativo asistencial.
3. Plan de atención al usuario o cliente externo por servicio.
4. Conformación del equipo asesor conjunto con dirección (Comisión Técnica).

Bajo estos criterios se seleccionó un 68,75 % del total de la población del HIRB, para el estudio y que participaría en la entrevista para aplicación del instrumento derivado (cuestionario), del cuadro de operacionalización de variables e indicadores.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Así mismo, se utilizó la técnica de la encuesta como procedimiento para recolectar datos, cuya relación técnica según *Sabino (2000,102)*, "es exclusivo de las ciencias sociales y parte de la premisa de que si se quiere conocer algo sobre el comportamiento de las personas, lo mejor, lo más directo y simple es preguntárselo a ellas ". Por su parte *Rosemberg (1998,162)*, afirma que esta técnica de encuesta se define como "encuesta sobre actitudes, opiniones y sentimientos de los individuos en la que los datos se recogen en el mismo lugar en que se localiza la muestra ".

El instrumento de recolección de datos que se utilizó, fue el cuestionario, como dispositivo para registrar datos, y el cual es definido por *Dunnette y Kichner (1997,228)*, como "un conjunto de preguntas estandarizadas para producir información que se considera necesaria durante la etapa de planeación de la encuesta". Al respecto, *Briones (1998,82)*, señala que "los cuestionarios son instrumentos destinados a recabar la información que permite cumplir los objetivos de una investigación mediante las respuestas proporcionadas por las personas del universo".

Para validar el instrumento de recolección de datos que se aplicó a las unidades de análisis seleccionadas, se utilizó la técnica denominada juicio de experto (validación experta) con la finalidad de que cada uno revise de manera independiente la congruencia, contenidos,

constructo y la claridad en la relación de los ítems formulados. La validación de un instrumento permite comprobar si existe relación real entre los datos recogidos y lo que se busca analizar producto de los objetivos de la investigación.

Tal como lo establece Ruiz (1998, 56), “la validez es la característica de todo instrumento que mide con exactitud los objetivos para los cuales fue diseñado”. La fórmula para el cálculo de validez se aplicó a los resultados de los expertos (un metodólogo, y dos especialistas en gerencia hospitalaria), y su resultado fue de 0,96, según la escala, ubica el resultado en una denominación de “altamente confiable”, dada la naturaleza de las alternativas de respuestas del cuestionario. Se utilizó el coeficiente de Haynes de acuerdos y desacuerdos.

Este coeficiente se utilizó según Zambrano (2001, 145), “mediante una sola aplicación del instrumento y se basa en la consistencia de la respuesta de sujeto con respecto a los ítems”. El (los) experto (s), solo expresa (n) y reporta (n) si esta (n) de acuerdo o en desacuerdo con la estructura y construcción del ítem (pregunta).

Para determinar la validez del instrumento por experto en metodología en función docente y especialistas en el área del conocimiento, la fórmula es la siguiente:

$$H = \frac{A}{A + D} = 0,96$$

Valor = 0 - 1

H= confiabilidad del observador

A= total de acuerdos

D= total de desacuerdos

Escala de valores para coeficiente de acuerdos y desacuerdos (Ruiz Bolívar, 2000)

0.81 – 1.00	Muy alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja
0.00 – 0.20	Muy baja

La confiabilidad representa el grado en el que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Varía de acuerdo al número de ítems que incluya el instrumento de medición; a mayor número de ítems, mayor será la confiabilidad. La medición en la praxis investigativa es imposible que sea perfecta, siempre se tendrá un margen de error, con la confiabilidad se trata de que ese error sea el mínimo posible. Al reducir el error lo más posible es que se confiere mayor precisión, mayor confiabilidad, mejor objetividad y alta validez.

En tal sentido, se seleccionó una muestra al azar compuesta por 11 jefes de servicios para la prueba piloto, que según Sabino (2000, 123), se define como el “método donde cada uno de los elementos que compone la población tienen una probabilidad conocida y determinada de ser seleccionada en la muestra”, correspondiente a una población con características similares a la muestra en estudio.

La confiabilidad de un instrumento de medición se determinó mediante el coeficiente de alfa Cronbach, un resultado de 0,69 (alta confiabilidad). La prueba del cuestionario integra la evidencia; y las mediciones proporcionadas muestran consistencia con otras mediciones de

otros expertos. El grado de medición establece una vinculación teórica y soporta las variables en estudio.

Recopilando las apreciaciones en validez, lo que se inicia como un acto observacional, se convierte en pregunta para contenidos de medición. Los conceptos sobre fiabilidad y validez pueden ser entendidos a través de su teoría como lo expone *Hernández, S. (2006, 289)* en el texto metodología de la Investigación que plantea lo siguiente; “ para medidas de consistencia interna los coeficientes que estiman confiabilidad son alfa cronbach y Kr20”; considerando el grado en el cual las puntuaciones halladas mediante un instrumento de medida son generalizables a distintos ámbitos o universos de generalización y dada la naturaleza policotómicas de las alternativas de respuestas del cuestionario, el coeficiente que opera a través de la siguiente formula propuesta por *Sperman y Brow (1973)*, es el de *alfa-cronbach* que es una medida de consistencia interna a saber se expresa por la formula “:

ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(\frac{1 - \sum S_i^2}{St^2} \right)$$

VALORES
0 – 1
0= nula confiabilidad
1= máxima confiabilidad

α = coeficiente alfa de cronbach o de confiabilidad
 K = constante de ítems de la prueba
 $\sum S_i^2$ =sumatoria de la varianza de los ítems
 St^2 = sumatoria de la varianza total de los ítems

Este coeficiente se utiliza según *Zambrano (2001,145)*, “mediante una sola aplicación del instrumento y se basa en la consistencia de la respuesta del sujeto con respecto a los ítems del instrumento “.

El calculo del coeficiente de confiabilidad *alfa cronbach*, representa un valor que se acerca a aleja de 0-1. Cuanto mas se acerca a cero mayor será el error y cuando se aleja de cero y se acerca a la unidad menor es el error. La interpretación esta posicionada en una escala que va desde; muy baja; baja, regular; aceptable y elevada.

CAPITULO IV PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Variable: Proceso de Gestión Administrativa

Esta variable en estudio revelo que un 39,99% de los jefes de servicios encuestados en promedio siempre poseen un perfil para el cargo, conocen sus obligaciones, poseen procedimientos de supervisión y aplican la administración bajo riesgo.

Para medir la variable gestión administrativa , y dar respuesta al primer objetivo especifico relacionado con diagnosticar el proceso administrativo que se cumple en el Hospital Israel Ranuarez Balza (HIRB) de San Juan de los Morros , Estado Guárico, se emplearon dos dimensiones de la variable ; gestión de Recursos Humanos y gestión de suministros hospitalarios.

Los indicadores relacionados corresponden a; características gerenciales para el cargo, capacitación del talento humano, supervisión de insumos y control de inventarios.

La distribución de frecuencia de las observaciones de muestran en el cuadro 4, al evaluar el indicador características gerenciales para el cargo que ocupa los jefes de servicios mediante los ítem 1 y 2 correspondientes, se obtuvo resultados que evidencian que el 54,54 % afirmó que algunas veces los gerentes de servicios hospitalarios poseen un perfil idóneo para el cargo que ocupan, asimismo un 18.18 % manifestó que siempre poseen perfil para el cargo.

CUADRO 4. FRECUENCIAS CORRESPONDIENTES A LA VARIABLE PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA.

Variable	Indicadores	Ítems	A l t e r n a t i v a s									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Proceso de Gestion Administrativa	Características gerencial para el cargo	1	2	18.18	2	18.18	6	54.54	1	9.09	0	0.00
		2	8	72.72	2	18.18	1	9.09	0	0	0	0.00
	Supevison de insumos e inventarios	3	1	9.09	2	18.18	4	36.36	1	9.09	3	27.27
		4	1	9.09	0	0.00	3	27.27	4	36.36	3	27.27
		5	10	90.90	1	9.09	0	0.00	0	0.00	0	0.00
P r o m e d i o			-	39.39	-	12.73	-	25.45	-	10.90	-	10.90

Fuente: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra.

Gráficamente los valores promedios porcentuales de los ítems 1 al 5 se presentan a continuación (grafico 1).

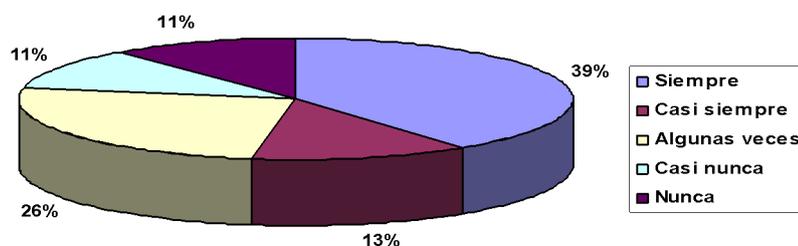


GRAFICO 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA

Variable: Estilo Gerencial

Los resultados de los encuestados mostraron tendencias opuestas, por un lado para el indicador estilo administrativo de la alta gerencia un 100 % respondió que siempre existe participación en los servicios (ítem 7) y en contraposición para el indicador criterios de administración, un 54,54 %, manifestó que casi nunca se utiliza un criterio particular de gerencia (cuadro 5).

Esta variable fue desagregada en tres indicadores; estilo de administración de la alta gerencia, criterios de administración por servicios y proceso de toma de decisión. Los

resultados del ítem 6 evidencian que los jefes de servicios en un 45,45 % casi siempre participan en las decisiones administrativas del hospital y un 27,27 % algunas veces.

CUADRO 5.-DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTES A LA VARIABLE: ESTILO GERENCIAL

Variables	Indicadores	Ítems	A l t e r n a t i v a s									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estilo gerencial	Estilo de administración de alta gerencia	6	2	18.18	5	45.45	3	27.27	1	9.09	0	0.00
		7	11	100	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0.00
	Criterios de administración por servicios	8	0	0.00	0	0.00	1	9.09	6	54.54	4	36.36
	Proceso de toma de decisión	9	0	0.00	0	0.00	7	63.63	4	36.36	0	0.00
P r o m e d i o		-	-	29.54	-	11.36	-	24.99	-	24.99	-	9.09

Fuente: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra.

Los valores porcentuales de los ítems 6 al 9 se presentan en el grafico 2, demostrando las tendencias de los estilos gerenciales de la variable en estudio.

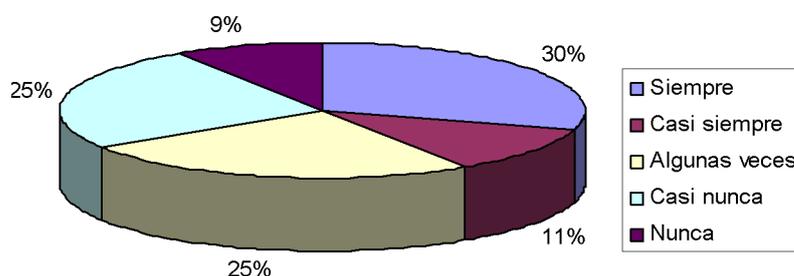


GRAFICO 2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE ESTILO DE GERENCIA

Variable: Proceso de Planificación Estratégica.

El análisis de los resultados de esta variable, a diferencia de las anteriores, mostró una tendencia desfavorable en sus hallazgos, especialmente si se tienen en mente el enfoque situacional y la necesidad de un plan a largo plazo.

Los encuestados mostraron un comportamiento de un 45,45 % para las opciones algunas veces, casi nunca y 9,09 % para nunca como tendencia desfavorable hacia la concepción de la Planificación Estratégica; Administración Estratégica; Fomento de cambios institucionales y Pensamiento Estratégico.

Atendiendo la naturaleza de esta variable, se evaluaron tres indicadores, existencia de un plan estratégico, pensamiento estratégico y dirección estratégica. La distribución de frecuencias observadas se presenta en el cuadro 6.

CUADRO 6.-DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTES PARA LA VARIABLE PROCESO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA.

Variable	Indicadores	Items	Alternativas									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Proceso de Planificación Estratégica	Existencia de plan estratégico	10	0	0.00	0	0.00	5	45.45	5	45.45	1	9.09
		11	0	0.00	0	0.00	3	27.27	7	63.63	1	9.09
	Pensamiento estratégico	12	5	45.45	1	9.09	3	27.27	2	18.18	0	0.00
	Dirección Estratégica	13	11	100	0	0.00	0	0	0	0	0	0.00
Promedio			-	11.36	-	2.27	-	24.99	-	31.81	-	4.54

Fuente: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra.

Los resultados relacionados con el indicador; existencia de plan estratégico se midió a través del ítem 10; el 45,45 % respondió que algunas veces se prepara y administra un plan estratégico hospitalario, igualmente 45,45 % contestó que casi nunca se ejecuta esta directriz. En suma un 90,90 % no posee una conducción bajo plan estratégico conocido. Esto demuestra lo poco involucrado que están los jefes de servicios en el desarrollo de planes a largo plazo.

El grafico 3, muestra en términos porcentuales las tendencias de los ítems 10 al 13 y el comportamiento de los indicadores para la variable proceso de planificación estratégica.

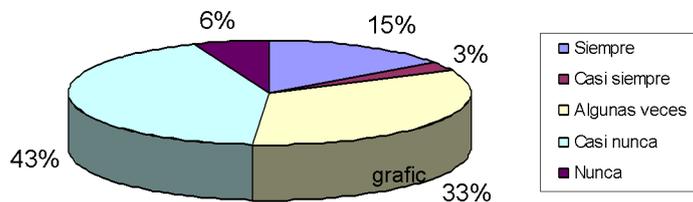


GRAFICO 3
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE PROCESO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA

Variable: Plan Estratégico para Toma de Decisión

Otra de las variables involucradas en la investigación esta compuesta por tres indicadores; identificación de nudos críticos y explicación causal; identificación y discusión de problemas prioritarios y proyección de soluciones futuras y seguimiento de planes, relacionada con el objetivo específico cuatro y sus tres dimensiones (cuadro 7)

El ítem 14, reportó un 100 % de jefes de servicios que respondieron que siempre se establecen métodos para abordar problemas del personal adscrito a cada servicio, en base a información oportuna y real, situación que facilita el cumplimiento de funciones y tareas por servicio en un ambiente de participación, armonía y motivación.

CUADRO 7.-DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA VARIBLE PLAN ESTRATEGICO PARA LA TOMA DE DECISION

Variable	Indicadores	Ítems	Alternativas									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Plan Estratégico para toma de Decisión	Identificación de nudos críticos y relación causal	14	11	100	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0
		15	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	72.72	3	27.27
	Identificación y discusión de problemas prioritarios	16	0	0.00	2	18.18	9	81.81	0	0	0	0.00
		17	0	0.00	2	18.18	4	36.36	3	27.27	2	18.18
	Proyección de soluciones futuras y seguimiento de planes	18	0	0.00	4	36.36	7	63.63	0	0.00	0	0.00
		19	0	0.00	4	36.36	7	63.63	0	0.00	0	0.00
		20	0	0.00	1	9.09	9	54.54	5	45.45	0	0.00
	21	0	0.00	0	0.00	6	54.54	5	45.45	0	0.00	
Promedio			-	12.5	-	14.77	-	47.72	-	19.31	-	5.68

Fuente: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra.

De igual forma para el ítem 15, un 72,72%, respondieron que casi nunca posee la alta gerencia una visión holística para la explicación causal de los problemas hospitalarios y al visualizar estas situaciones opuestas (ítem 14 y 15), se puede advertir tendencias contrarias entre servicios y dirección del hospital que requieren propuestas correctivas oportunas para la gerencia y gestión (véase propuesta).

En cuanto al ítem 16, el 81,81 % respondió que algunas veces los problemas claves de la gerencia hospitalaria, se discuten y analizan en forma conjunta con jefes de servicios, esto explica la diferencia porcentual con el ítem 15, donde un 72,72 % casi nunca posee una visión holística para explicación de problemas hospitalarios.

Gráficamente la distribución porcentual de los ítems 14 al 21 y de la variable plan estratégico para la toma de decisión se muestra a continuación (grafico 4).

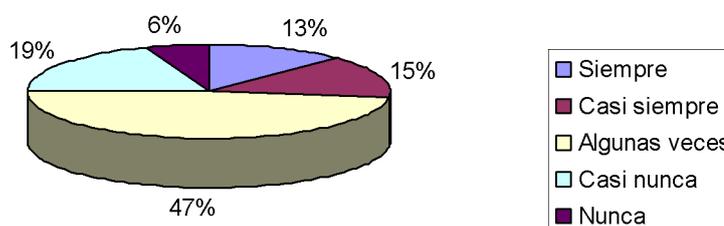


GRAFICO 4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE PLAN ESTRATEGICO
PARA TOMA DE DECISION

Variable: Gerencia y Gestión Hospitalaria

La quinta variable estudiada corresponde a la gerencia y gestión hospitalaria que sustentan el objetivo específico cinco, de proponer un modelo de gerencia para optimizar la gestión hospitalaria, y pretende proporcionar a la institución en estudio, un medio para mejorar la gerencia hospitalaria.

Esta variable se midió a través de dos dimensiones de la variable a saber; información gerencial oportuna y efectividad gerencial, también se diseñaron cuatro indicadores para medirla; información precisa para la toma de decisión; medición de productividad; medición de rendimiento y medición de eficacia.

La información encontrada se presenta en el cuadro 8, donde se describen las observaciones a través del ítem 22 que muestra una tendencia donde el 63,63 % responde que algunas veces la alta gerencia fija pautas para informar a los servicios oportunamente sobre la gestión hospitalaria.

CUADRO 8.-DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTES A LA VARIABLE GERENCIA Y GESTION HOSPITALARIA.

Variable	indicador	Ítems	A l t e r n a t i v a s									
			Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca	
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Gerencia y Gestión hospitalaria	Información precisa para toma de decisión	22	0	0.00	1	9.09	7	63.63	3	27.27	0	0.00
	Mediciones de productividad, rendimiento y eficacia	23	0	0.00	1	9.09	1	9.09	7	63.63	2	18.18
		24	0	0.00	0	0.00	3	27.27	6	54.54	2	18.18
		25	0	0.00	0	0.00	1	9.09	8	72.72	2	18.18
P r o m e d i o			-	0.00	-	4.54	-	27.27	-	54.54	-	13.63

Fuente: datos obtenidos del cuestionario aplicado a la muestra.

A través del ítem 23 se advierte que un 63,63 % de los encuestados responden que casi nunca se establece una directriz para medir productividad hospitalaria, y un 54,54 % responde que casi nunca (ítem 24) se establecen iniciativas de evaluación de rendimiento; y un 72,72 % expreso que casi nunca (ítem 25), existen procedimientos para medir eficacia hospitalaria. Se muestra un estilo gerencial tipo *laissez-faire*, que se presenta como una constante desde el inicio del estudio, que compromete el desempeño hospitalario y se corrobora en los resultados.

Los encuestados señalaron en relación a los ítems 22, 23, 24 y 25 que sus apreciaciones se mueven en la tendencia de algunas veces / casi nunca.

El Grafico 5, que sigue a continuación, muestra la relación porcentual de los resultados de la variable gerencia y gestión hospitalaria (ítems 22 al 25).

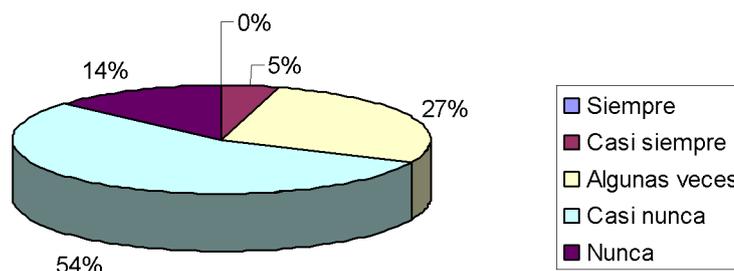


GRAFICO 5
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE GERENCIA Y GESTION
HOSPITALARIA

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto al objetivo uno, diagnosticar el proceso de gestión administrativa, se evidenció que los jefes de servicios de las distintas áreas, mostraron niveles de eficiencia del recurso humano, en contraposición con los niveles de productividad hospitalaria. La consecuencia directa expresada es desmotivación y praxis gerencial encontrada.

Con relación al objetivo dos, se precisó el estilo gerencial, predominando el estilo autocrático, y en algunas circunstancias se asume una mezcla de todos los estilos conocidos (autocrático, democrático, *laisse faire*). No existe una forma única de liderazgo, acentuando la ineficiencia y carencia de estrategias gerenciales y de gestión hospitalaria. Estos estilos propician entre los miembros de la organización una fuerte adhesión a las rutinas y procedimientos; en consecuencia no se privilegia las acciones de cambio e innovación organizativa.

De igual forma, en relación al tercer objetivo, se precisó que el proceso de planificación estratégico, concluyó sobre dos tendencias opuestas; una que se inclina por la ausencia de un plan estratégico para la gestión hospitalaria; y un tipo de comportamiento con niveles de desmotivación y falta de disposición para el cambio entre los jefes de servicios.

En lo que respecta al objetivo específico cuatro, que plantea la necesidad de perfilar un plan estratégico para la toma de decisión, se pudo concluir que las situaciones críticas siempre se identifican y conocen, pero no se dispone de una visión holística de la gerencia hospitalaria, ni tampoco se establece comunicación efectiva servicio-dirección cuando se trata de una planificación a largo plazo.

El objetivo específico cinco, resume y concluye que están dadas las condiciones para establecer un modelo de gerencia con criterios de eficiencia, productividad, liderazgo conductivo y centrado en resultados, pensado a largo plazo y con actores directivos que logren permanecer en el cargo más allá de la decisión política que condiciona una permanencia de hasta 8 meses para el cargo de dirección médica, estableciendo una regla; por cada año de permanencia de un jefe de servicio, rotan hasta dos médicos directores.

Recomendaciones

Con base a las conclusiones de la investigación, se puntualizan las siguientes sugerencias;

Mantener un estilo gerencial que fluctué de acuerdo a la situación planteada al momento de decidir.

Propiciar por parte de la alta gerencia un ambiente de trabajo óptimo a todos los trabajadores y niveles de departamentos y servicios.

Revisar constantemente las metas y objetivos trazados en forma conjunta jefes de servicios, trabajadores y gerencia hospitalaria. Iniciar los correctivos si los hubiere y determinar el plan a seguir.

Evaluación permanente de los servicios, estableciendo estándares de desempeño, protocolos de actuación y medición de indicadores de productividad hospitalaria.

Realizar Planificación Estratégica en correspondencia con las necesidades de la institución y las comunidades a la cuales se le presta el servicio.

Mantener motivados a los trabajadores, así como ser flexibles cuando la situación humana requiera de concesiones para los servicios.

Realizar cursos, talleres y planes de capacitación con enfoque gerencial, de liderazgo y herramientas administrativas para tomar decisiones, con la finalidad de facilitar la implementación de los lineamientos de la propuesta.

Aplicar la propuesta del modelo de gerencia para optimizar la gestión hospitalaria en el Hospital Israel Ranuarez Balza de San Juan de los Morros.