

00661



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE CONTADURÍA Y
ADMINISTRACIÓN**

**PROGRAMA DE POSTGRADO
EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**

TRABAJO ESCRITO

**Un Enfoque Integrador Para El Desarrollo De Competencias
Gerenciales En El Personal De Salud**

**Que para obtener el grado de:
Maestro En Administración
(Organizaciones)**

Presenta: Napoleón Bernardo Ramírez Minvielle

Tutor: Dr. Carlos Martínez Gutiérrez

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2005



0350031



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

Caso Práctico

NOMBRE: Narciso Benardo
Ramírez Miravieille
FECHA: 17 - nov - 2005
FIRMA: P.A. Aline Coronado Ortega

Título:

Un Enfoque Integrador para el Desarrollo de Competencias Gerenciales en el Personal de Salud

Índice General

No.	Tema	Página
1	Introducción	5
1.1	Objetivos	8
2	Presentación y Descripción	9
2.1	Identificación del Problema	9
2.2	La Situación Deseada y la Situación Actual	11
2.3	El Método Empleado y los Instrumentos de Análisis	12
2.4	Justificación de la Elección del Caso	13
3	Marco Conceptual	14
3.1	La Filosofía Gerencial	15
3.1.1	La Definición de Competencias para el Desempeño	16
3.1.2	El Trabajo en Equipo y el Desempeño Individual	25
3.1.3	El Mejoramiento continuo de la calidad y la Productividad de los Servicios de Salud	26
3.2	La Filosofía Educativa	28
3.2.1	La Educación Profesional de Gerentes de Servicios de Salud	29
3.2.2	La Capacitación y el Desarrollo de Recursos Humanos	31
3.2.3	La Supervisión Capacitante y el Desarrollo Organizacional	33
3.2.4	Las Metodologías Innovativas para la Generación de Conocimiento Organizacional	34
4	Marco referencial de la organización y de su entorno	36
5	Metodología para solucionar el caso y evaluar los resultados.	42
5.1	Evaluación de Resultados	46
6	Análisis de las opciones y elección de la más conveniente	49
6.1	Principios y elementos críticos	51
7	Conclusiones y líneas de investigación a seguir	62
7.1	Líneas de investigación	63
8	Fuentes bibliográficas, hemerográficas, estadísticas y/o documentales	65
9	Anexos	75

Anexo 1: Lista de Instituciones consultadas para obtener información para el trabajo, a través de visitas, conferencias telefónicas, correo electrónico, congresos y sus páginas de Internet	76
Anexo 2: Lista de Profesionales y Educadores que se consultaron para el trabajo	84
Anexo 3: Diagnóstico Situacional del Hospital	86
Anexo 4 Ejemplo de un Mapa Funcional de una Competencia	95
Anexo 5 Hallazgos en la Aplicación del Cuestionario	97

1.- Introducción

Este trabajo presenta los resultados del análisis de una situación y problemática profesional real en una empresa, en este caso un hospital. El problema práctico consiste en encontrar una forma costo-efectiva para desarrollar competencias gerenciales en el personal de dicho hospital. Se define como competencia la habilidad para desempeñar una tarea específica en una forma que contribuya a los resultados deseados.

Existen dos dimensiones del problema: La primera que se refiere al objeto mismo del estudio, que son las *competencias gerenciales del personal de salud* y la segunda, constituida por los recursos y elementos disponibles para el desarrollo de competencias gerenciales, que son los *elementos del sistema educativo y los relacionados con el desarrollo de la organización*.

Para llevar a cabo el diagnóstico se procedió a analizar la situación del personal de salud en un hospital general y determinar el tipo de capacidades gerenciales que necesita desarrollar el personal directivo y de mandos medios para mejorar su desempeño. Después se procedió a analizar la oferta de esquemas de capacitación, tanto los tradicionalmente utilizados como cursos, seminarios y programas educativos formales, así como otras formas disponibles como son la educación en servicio, el desarrollo organizacional, la educación a distancia y los sistemas de tutoría. Con estos elementos se procedió a diseñar una estrategia costo-efectiva para el desarrollo integral de competencias gerenciales en el personal de salud tomando en cuenta todas las variables encontradas en el diagnóstico situacional.

Los elementos que se analizan dentro del marco conceptual incluyen por un lado la filosofía gerencial, en donde se incluyen los siguientes elementos: La definición de competencias para el desempeño; el trabajo en equipo y el desempeño individual; y

el mejoramiento continuo de la calidad y la productividad de los servicios de salud. Por otro lado se hace una revisión de la filosofía educativa y se revisan: la educación profesional de gerentes de servicios de salud; la capacitación y el desarrollo de recursos humanos; la supervisión capacitante en los servicios de salud y el desarrollo organizacional; y las metodologías innovativas para la generación del conocimiento organizacional.

Siguiendo la metodología descrita se llevó a cabo el análisis de las necesidades de capacitación que se describe con detalle en el documento. Tomando como punto de partida el análisis de los elementos más importantes definidos en el marco conceptual y el diagnóstico situacional se llevó a cabo el análisis de las opciones posibles. Basándose en los criterios definidos en el estudio, se analizaron estas distintas opciones y se escogió la mejor solución para el caso específico. La opción seleccionada permite definir una estrategia de desarrollo gerencial conteniendo los elementos fundamentales para proporcionar la mejor solución al caso presentado.

La solución tradicional consistente en enviar al personal a un curso de capacitación, generalmente fuera del hospital, o participar en un programa de educación continua, que ni tiene una visión programática estructurada a las necesidades del empleado ni es continuada, se consideraron como opciones. Sin embargo estas intervenciones resultan poco costo-efectivas y la mayoría de las veces no producen los resultados esperados. Por eso resulta importante tener un enfoque integral hacia el desarrollo gerencial, usando por un lado experiencias de capacitación, verdaderas estrategias y programas de educación continua, capacitación en el trabajo y reentrenamiento; y por el otro lado análisis del desempeño del puesto, desarrollo de sistemas gerenciales, rediseño y mejoramiento de los procesos y tutoría y supervisión como parte del desarrollo organizacional integrado, que constituya una verdadera estrategia de Desarrollo Gerencial.

Para lograr esta estrategia de Desarrollo Gerencial, se partió de una serie de principios y criterios que constituyen la directriz para la estrategia. Destaca la idea

que hay que promover un cambio del enfoque tradicional, a un enfoque innovativo y proactivo, que transforme nuestro tradicional enfoque basado en la oferta (por ejemplo enseñar u ofrecer lo que sabemos hacer o lo que tenemos con mayor facilidad) a un enfoque basado en la demanda (por ejemplo enfocarse en el aprendizaje, preguntar al consumidor lo que necesita o desea y producir una oferta basada en esta demanda). Por otro lado, debe tener un enfoque basado en resultados de impacto, a diferencia del enfoque tradicional basado en resultados inmediatos solamente.

Las condiciones o criterios claves para evaluar la efectividad de la estrategia se sustentarán en la Institucionalización; la integralidad y su enfoque longitudinal; el aprendizaje experiencial; la participación de equipos de trabajo institucionales; el enfoque modular basado en competencias; la evaluación ligada al desempeño; y un sistema de apoyo para la gerencia del conocimiento.

La solución propuesta incluyó los siguientes elementos:

- 1. La integración de un Comité de Desarrollo Gerencial en el hospital**
- 2. El diseño, desarrollo e implementación de cursos semi-presenciales en los siguientes tópicos:**
 - a. Bases para la Gerencia Exitosa**
 - b. Gobierno Hospitalario**
 - c. Seminarios-Taller sobre los siguientes temas**
 - i. Contabilidad y Finanzas**
 - ii. Sistemas de Información para la Toma de Decisiones**
 - iii. Mejoramiento de la Calidad**
 - iv. Administración de Recursos Humanos**
 - v. Administración de Recursos Materiales**
- 3. Institucionalización de la capacidad para el Desarrollo Gerencial**
 - a. Capacitación de capacitadores**
 - b. Desarrollo de un Sistema de Apoyo al Desarrollo Gerencial**

-
- i. Establecimiento de un coordinador del Conocimiento Organizacional*
 - ii. Una página en el Intranet o Internet*
 - iii. Una caja de herramientas y ayudas para el desempeño de tareas*
 - iv. Un centro documental actualizado*

Junto con las conclusiones, se presentan algunas ideas para futuras líneas de investigación en el área del desarrollo de la educación a distancia y los métodos de capacitación y desarrollo gerencial. Además el avance del desarrollo de unidades de gerencia del conocimiento en los hospitales.

1.1 Objetivos:

La solución de este problema práctico tiene como objetivo principal encontrar una forma costo-efectiva para desarrollar competencias gerenciales en el personal de salud. La competencia se puede definir como la capacidad para llevar a cabo una tarea¹, y desde esta perspectiva un individuo competente es aquel que puede desempeñar una tarea adecuadamente. Para este trabajo la hemos definido como *La habilidad para desempeñar una tarea específica en una forma que contribuya a los resultados deseados.*

Los objetivos específicos son:

- ◆ Analizar la situación del personal de salud en un hospital general y determinar el tipo de capacidades gerenciales que necesita desarrollar el personal directivo y mandos medios para mejorar su desempeño.
- ◆ Analizar la oferta de esquemas de capacitación, tanto los tradicionalmente utilizados como cursos, seminarios y programas educativos formales, así como otras formas disponibles como son la educación en servicio, el desarrollo organizacional, la educación a distancia y los sistemas de tutoría.

¹ Ref 18, Competencias

- ◆ Diseñar una estrategia costo efectiva para el desarrollo integral de competencias gerenciales en el personal de salud tomando en cuenta todas las variables encontradas en el análisis de los dos incisos anteriores.

2.- Presentación y descripción del caso práctico

Este problema se escogió porque refleja de manera clara la importancia que tiene el factor humano en la organización. La pregunta que nos hacemos con frecuencia es, ¿Cuáles son las mejores prácticas gerenciales que podemos usar para mejorar la calidad y la productividad? ¿Cuál es la mejor forma de organizar el hospital y como podemos hacer una administración de recursos efectiva? En general existen una gran cantidad de metodologías que responden a estas preguntas, pero los recursos físicos, económicos y organizacionales del hospital no pueden contribuir a alcanzar resultados exitosos si no es por la capacidad que tenga el personal, tanto administrativo, como el que opera los propios servicios. En este problema se aprovecha la experiencia de un caso real y de muchos casos similares que se han resuelto utilizando los principios y las estrategias señaladas aquí. Durante el desarrollo de este trabajo, se presentarán a manera de ejemplo e ilustración algunos de los resultados de este caso real, manteniendo la premisa que lo importante es analizar la metodología utilizada y las estrategias para la solución de este tipo de problemática, que presenta características distintas según se trate de diferentes instituciones y el medio que las circunda.

2.1 Identificación del Problema:

El problema a resolver es: **como mejorar el desarrollo de competencias gerenciales en el equipo de salud, a través no solo de cursos de educación formal y de capacitación, sino de una fórmula más amplia que permita de una manera integrada y costo-efectiva el desarrollo individual, el de los equipos de salud y el de una masa crítica suficiente para transformar la organización.**

Los componentes más importantes del problema se pueden dividir en dos categorías: La primera categoría que se refiere al objeto del estudio, que son las *competencias gerenciales del personal de salud* y la segunda categoría, constituida por los recursos y elementos disponibles para el desarrollo de competencias gerenciales, que son los *elementos del sistema educativo y los relacionados con el desarrollo de la organización*.

En la primera categoría, es importante definir lo que son las competencias y en particular, las competencias gerenciales; identificar dentro del personal en un hospital, quienes necesitan desarrollar competencias gerenciales y cuales son las más críticas para mejorar la productividad y calidad de los servicios proporcionados; finalmente determinar los elementos que permiten de manera costo-efectiva el desarrollo individual, el de los grupos de trabajo y el de una masa crítica que permita transformar la organización y tener un impacto en la prestación de servicios.

En cuanto a la segunda categoría, se identifican los recursos y elementos disponibles para el desarrollo de competencias gerenciales. Estos recursos se encuentran en una serie de organizaciones que van desde las universidades e institutos de educación e investigación en un extremo, hasta los recursos propios de la organización y la capacidad de auto-desarrollo de los individuos en el otro. Los componentes en esta categoría serán analizados desde la perspectiva de disponibilidad, costo, efectividad, acceso, preferencias de la organización y del individuo, algunas de ellas dadas por la cultura en los individuos y las organizaciones.

La pregunta fundamental se reduce a saber ¿Cuál es la mejor forma de desarrollar competencias gerenciales en el equipo de salud?, y cuando decimos, mejor, nos referimos a cual opción es la más efectiva (impacto y resultados) y eficiente (mejor uso de los recursos para lograr los resultados esperados).

2.2 La Situación Deseada y la Situación Actual. Posibles factores que están relacionados con la diferencia entre la situación deseada y la actual:

La situación deseada consiste en que los individuos posean las competencias gerenciales que les permitan mejorar su desempeño y alcanzar las metas de la organización para tener el mejor impacto posible en la salud de los usuarios del hospital. La situación actual es que por diferentes razones que serán analizadas durante el desarrollo de este trabajo, el hospital objeto de este estudio, no ha alcanzado un nivel de desempeño, productividad y calidad apropiado, y uno de los factores que están relacionados con la diferencia entre la situación deseada y la actual, aunque no el único, es la falta de capacidades gerenciales en el personal del mismo.

La situación del hospital objeto de este caso de estudio no es única ni excepcional. De hecho la experiencia de muchos años trabajando en una gran cantidad de países en vías de desarrollo, ha hecho evidente que existen condiciones similares en los diversos países y en los hospitales de sus sistemas de salud, con variación discreta y aleatoria según sean privados, públicos o de la seguridad social, que impiden que el personal de los hospitales obtengan un rendimiento o desempeño adecuado. La primera razón que se adelanta siempre es la falta de recursos económicos, y con ella la falta de recursos materiales, humanos y físicos para llevar a cabo las tareas con adecuada productividad y calidad. Sin embargo, se ha observado que aún cuando se consiguen recursos económicos, muchas veces los resultados no varían significativamente. Sin lugar a dudas, y como ha sido estudiado por innumerables autores,² uno de los factores más importantes que determinan la productividad y calidad de los servicios, es la competencia del personal para utilizar adecuadamente los recursos. Más adelante en el trabajo, se abordarán con mayor detalle los distintos factores que contribuyen a la productividad y la calidad de los servicios y las condiciones para mejorar la competencia y desempeño gerencial del recurso humano en el hospital. Se hará

² Ref I, Aaronson y col. Ref. 22, Counte y col. Ref. 49, Ramirez.

también en el capítulo 3, sobre el marco conceptual, una revisión bibliográfica y esclarecimiento conceptual de los temas pertinentes.

2.3 El Método Empleado y los Instrumentos de Análisis:

Las distintas metodologías e instrumentos presentados han sido desarrollados por el autor a través de más de veinticinco años de trabajo tanto desde la perspectiva del sistema educativo y de capacitación, como desde la de los servicios de salud y particularmente los hospitales³. La metodología que se utilizó se conoce de manera general con el nombre genérico de Estudio de Necesidades de Capacitación⁴, pero como se verá con más detalle en el capítulo 5, se ha desarrollado una modalidad integral y más acorde con un enfoque basado en la demanda que en este trabajo llamaremos *Determinación de Necesidades de Desarrollo Gerencial*.

El método para abordar y resolver el problema incluyó una revisión de los documentos descriptivos del hospital y de un diagnóstico situacional que hacía énfasis en los problemas de tipo gerencial del mismo. A continuación se llevó a cabo una visita a las instalaciones del mismo y se realizaron entrevistas con los principales funcionarios del hospital. Como el hospital en cuestión es un hospital público, se realizaron entrevistas con funcionarios de los niveles centrales del ministerio y las autoridades locales recientemente encargadas del hospital, ante la aplicación de la descentralización dado el programa de reforma sectorial de salud en el país. Se aplicó un cuestionario a un número representativo de los tres principales niveles de administración del hospital (directivo, jefes de departamento y supervisores) para conocer la percepción de los funcionarios sobre sus competencias gerenciales. Se analizaron los resultados y se hizo una valoración de las competencias encontradas en el personal, las necesarias a desarrollar y los mecanismos más convenientes para llevar a cabo ese desarrollo de competencias

³ Ref 22, Counte y col. Ref 49, Ramirez

⁴ Ref 48, Pulido

tomando en consideración un número de variables que se describirán con mayor detalle en el capítulo 6 de este trabajo.

Por otro lado se hizo un análisis de la oferta de servicios de educación y capacitación, sus diferentes modalidades y características. Esta revisión incluyó tanto a las universidades y centros de educación, como las dependencias dentro del sector público y del propio hospital que tienen recursos y responsabilidad en el desarrollo de recursos humanos. Se analizaron además los mecanismos de supervisión y posibles acciones de mentoría y auto-desarrollo del personal de salud del hospital.

Este proceso de análisis y determinación de necesidades de desarrollo gerencial se presenta en forma diagramada en la *Figura 2* del *Capítulo 5* de este trabajo.

Con estos elementos, una extensa revisión bibliográfica y la asimilación de experiencias similares en otros países, se procedió integrar una serie de opciones para el diseño una estrategia de desarrollo gerencial para el personal del hospital y finalmente se escogió la que se consideró presentaba el mejor costo-efectividad.

2.4 Justificación:

Se eligió este problema porque el desempeño del recurso humano en el hospital es el pilar para mejorar la productividad y la calidad de los servicios prestados. Como se desarrolla más adelante en el trabajo, el desempeño es en buena medida el reflejo de la competencia que demuestran los individuos.

Los hospitales son empresas de servicios y tratan con el bien máspreciado del ser humano, su salud y eventualmente la vida misma. En todo el mundo, y de manera importante en los Estados Unidos y los países de la Unión Europea, se ha hecho gran énfasis en que la disminución de los errores médicos⁵ y el aumento de la

⁵ Ref 32, Institute of Medicine, Ref 38, Kohn y col.

calidad de los servicios de salud son factores inaplazables para los hospitales y los servicios de salud y forman parte de la responsabilidad social de la profesión médica y la gran industria de la salud, que en el presente siglo se ha convertido en la empresa más importante en la economía y sociedad en todos los países del mundo.

3.- Marco Conceptual

El marco conceptual analiza los diferentes elementos y componentes esenciales del caso definiendo y delimitando los conceptos y las áreas temáticas más importantes. Se tomaron en consideración elementos y conceptos en dos áreas básicas. Por un lado los conceptos básicos de la gerencia de los servicios de salud, que llamaremos filosofía gerencial, y por el otro, los elementos básicos para la educación, capacitación y desarrollo de recursos humanos, que llamaremos filosofía educativa. En ambos casos se llevó a cabo una revisión bibliográfica, documental y la acumulación de datos, opiniones y experiencias que sustenten estas áreas como los elementos básicos de este marco conceptual. Aunque esta información toma en cuenta la perspectiva del desarrollo histórico, las referencias que aparecen en el capítulo 8 representan la información más reciente sobre estos temas.

Los elementos que se han estudiado dentro de este marco conceptual incluyen los siguientes:

- La Filosofía Gerencial
 - La definición de competencias para el desempeño
 - El trabajo en equipo y el desempeño individual
 - El mejoramiento continuo de la calidad y la productividad de los servicios de salud
- La Filosofía Educativa
 - La educación profesional de gerentes de servicios de salud
 - La capacitación y el desarrollo de recursos humanos;

calidad de los servicios de salud son factores inaplazables para los hospitales y los servicios de salud y forman parte de la responsabilidad social de la profesión médica y la gran industria de la salud, que en el presente siglo se ha convertido en la empresa más importante en la economía y sociedad en todos los países del mundo.

3.- Marco Conceptual

El marco conceptual analiza los diferentes elementos y componentes esenciales del caso definiendo y delimitando los conceptos y las áreas temáticas más importantes. Se tomaron en consideración elementos y conceptos en dos áreas básicas. Por un lado los conceptos básicos de la gerencia de los servicios de salud, que llamaremos filosofía gerencial, y por el otro, los elementos básicos para la educación, capacitación y desarrollo de recursos humanos, que llamaremos filosofía educativa. En ambos casos se llevó a cabo una revisión bibliográfica, documental y la acumulación de datos, opiniones y experiencias que sustenten estas áreas como los elementos básicos de este marco conceptual. Aunque esta información toma en cuenta la perspectiva del desarrollo histórico, las referencias que aparecen en el capítulo 8 representan la información más reciente sobre estos temas.

Los elementos que se han estudiado dentro de este marco conceptual incluyen los siguientes:

- La Filosofía Gerencial
 - La definición de competencias para el desempeño
 - El trabajo en equipo y el desempeño individual
 - El mejoramiento continuo de la calidad y la productividad de los servicios de salud
- La Filosofía Educativa
 - La educación profesional de gerentes de servicios de salud
 - La capacitación y el desarrollo de recursos humanos;

- La supervisión capacitante en los servicios de salud y el desarrollo organizacional
- Las metodologías innovativas para la generación del conocimiento organizacional.

3.1 La Filosofía Gerencial

Hay muchas maneras de acercarse al estudio y la práctica de la gerencia. Las culturas difieren, las necesidades organizacionales varían, los retos de las circunstancias políticas cambian y todo esto puede afectar cómo uno ve el papel de dirección y cómo uno decide dirigir. El diseño de la estrategia propuesta para la solución de este caso está basado en principios fundamentales que han demostrado tener aplicación amplia y sólida⁶:

- La gerencia es una ciencia, con un cuerpo substancial y creciente de conocimiento sustentado en la investigación clásica y la práctica moderna.
- La gerencia es un arte, que requiere de hábil liderazgo y la aplicación considerada.
- La gerencia está orientada a resultados y requiere del establecimiento de metas claras y normas para medir la calidad de la actuación.
- La gerencia logra resultados a través de las personas, requiriendo la creación de un ambiente de funcionamiento que anime a que cada persona contribuya su mejor esfuerzo hacia el logro de las metas comunes de la organización.
- El Liderazgo es un papel esencial de la gerencia, exigiéndole al gerente que sea proactivo, adaptable, y confiable.

Todas las inversiones para establecer una nueva cultura administrativa, a través de programas de modernización gerencial y de programas de educación permanente

⁶ Ref. 2, Albertella, Ref. 3, Arias, Ref. 75, Hernández

para médicos, enfermeras, administradores, y otros funcionarios, deben estar apoyadas en la existencia de instalaciones y equipos adecuados para la correcta realización de sus actividades y para la motivación personal. De igual importancia es el desarrollo de sistemas administrativos y logísticos paralelos y el apoyo de los responsables de la conducción y políticas de la institución. La situación inversa resulta igualmente improductiva, esto es, anunciar la transformación en la prestación de servicios, proveer a los servicios de infraestructura y recursos materiales y no acompañar el proceso con la adecuada capacitación de los recursos humanos.

3.1.1 La Definición de Competencias para el Desempeño

Las organizaciones de servicios de salud para funcionar con calidad y eficiencia, requieren que su personal sea competente y adecuado para desempeñar sus tareas. Esta premisa es cierta en todo tipo de organización o empresa, sin embargo en el caso de las organizaciones de servicios de salud reviste especial importancia por la naturaleza misma de la atención a la salud.

Los estudiosos de la administración coinciden en decir que el hospital es una de las organizaciones más complejas que existen, lo que se manifiesta más evidentemente conforme avanza la tecnología tanto médica como administrativa. Además contribuyen a incrementar esta complejidad factores tales como la naturaleza de los servicios que se prestan y el hecho de que estos servicios sean recibidos por el usuario dentro de la organización, por periodos prolongados e ininterrumpidos y habitualmente con su salud deteriorada, sus capacidades disminuidas y estresado.

El enfoque de competencias es una manera efectiva para abordar el desarrollo de recursos humanos y para mejorar el desempeño del personal, elevando con ello la productividad y la calidad de los servicios de salud. Este enfoque se ha utilizado por muchos años, actualmente es la forma en que la mayoría de las instituciones

educativas y disciplinas del conocimiento están revisando y desarrollando sus programas de estudio⁷.

Para ser competente se requieren una serie de habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para desempeñar un trabajo determinado. Desde un punto de vista, la competencia se puede definir como la capacidad para llevar a cabo una tarea⁸, y desde esta perspectiva un individuo competente es aquel que puede desempeñar una tarea adecuadamente. Cuando esto se aplica a un ambiente de trabajo, se espera asegurar que todos los trabajadores se desempeñen al menos con el nivel mínimo aceptable. Como contraste, la competencia ha sido también utilizada para definir a los actores “estrella”, o sean aquellos que sobresalen de los que solo se desempeñan con el mínimo necesario.⁹ Arias Galicia¹⁰ define competencia como el conjunto de conocimientos, experiencias, habilidades, valores y actitudes que facultan a una persona para lograr un alto desempeño en el trabajo, o en una acción. Para el propósito de este caso y los cuestionarios que se elaboraron definimos competencia como *La habilidad para desempeñar una tarea específica en una forma que contribuya a los resultados deseados*.

La competencia laboral¹¹ ha tenido un gran desarrollo en todo el mundo y es ahora una forma cotidiana de medir el desempeño en el trabajo. La literatura es muy extensa y se ha elaborado con especificidad para el sector salud y los profesionales de la salud¹².

Las competencias se pueden agrupar en categorías y se pueden dividir por tareas específicas. Idealmente la tarea en cuestión, debería de tener estándares de desempeño definidos y contribuir al diseño de perfiles de puesto. Las competencias

⁷ Ref. 51, Reza

⁸ Ref. 18, Competencias

⁹ Ref. 63, Stockman

¹⁰ Ref. 3, Arias Galicia

¹¹ Ref. 31, Ibarra; Ref. 34 Irigoien; Ref. 39, Laur-Ernst; Ref. 45 Pedraza; Ref. 52, Rodríguez; Ref. 62, Stockman; Ref. 65, Tucker; Ref. 67, Varela; Ref. 69, Vargas; Ref. 70, Vargas Zuñiga; Ref. 71, Vincola

¹² Ref. 35 Kak; Ref. 44 OPS; Ref. 74, Wright

que se muestran a continuación han sido definidas basados en las funciones críticas identificadas por los gerentes en los hospitales.

En el *Cuadro 1* se muestran las categorías o dominios y las competencias gerenciales que se definieron para este trabajo.

Cuadro 1. Categorías y Dominios para las Competencias Gerenciales

CATEGORIAS	COMPETENCIAS
Auto Gerencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento creativo • Administración del tiempo • Juntas y reuniones efectivas • Comunicación <ul style="list-style-type: none"> ○ Habilidades para hacer presentaciones ○ Retroalimentación • Habilidades para la Negociación • Ética gerencial <ul style="list-style-type: none"> ○ Interpersonal y relaciones con grupos ○ Asignación de recursos
Planeación y Valoración	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia Estratégica • Valoración ambiental (oportunidades y amenazas) • Valoración de la organización (Fuerzas y debilidades) • Gerencia del cambio (Análisis de campos de fuerza) • Mercadotecnia social • Identificación y solución de problemas (análisis de procesos- causa efecto) • Planeación y programación <ul style="list-style-type: none"> ○ Misión-visión-metas y objetivos ○ Definición de problemas ○ Gerencias de proyectos
Organización y Supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de administración y gerencia • Principios de supervisión • Organigramas, manuales de organización y de procedimientos
Administración de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación y organización de personal <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones de administración de personal ○ Descripción de puestos ○ Evaluación del desempeño <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivación e incentivos ▪ Evaluación y supervisión ▪ Capacitación y desarrollo (tutoría,

	<p>aprendizaje basado en experiencias, discusión en grupos, dramatización)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones Laborales • Desarrollo de equipos • Liderazgo (delegación y empoderamiento)
Administración Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de costos • Presupuestos • Principios de gerencia financiera
Administración de Instalaciones y Materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de infraestructura e instalaciones • Administración de materiales • Administración de medicamentos • Mantenimiento y administración de equipos • Valoración de tecnología
Información y Toma de Decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de gerencia de la información • Recopilación y análisis de datos • Principios de toma de decisiones • Asignación de Recursos • Toma de decisiones en grupo
Gerencia de Calidad, Monitoreo y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de Calidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Definición de criterios ○ Medición de resultados e impacto ○ Usuarios internos y externos • Gerencia de Calidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis de procesos y rediseño ○ Herramientas para medir y mejorar la calidad. • Efectividad clínica • Monitoreo • Evaluación

Fuente: Bernardo Ramírez, estudios de competencias gerenciales para administradores de Salud 2003

La definición de cada una de estas competencias es una de las tareas más importantes para el diseño de la evaluación. Se tomaron en consideración varias categorías y muchas competencias, pero las que prevalecieron fueron las que se relacionan más con las competencias críticas o claves que se detectaron en el estudio situacional y varias organizaciones que han trabajado en este tema por mucho tiempo. Entre estas organizaciones señalamos a las que están referidas con más detalle en el *Anexo 1* de este documento. También se utilizó la experiencia de los expertos incluidos en el *Anexo 2*, con los que el autor ha interactuado durante el desarrollo de este tema. Estas son las organizaciones que tienen actualmente

mayor impacto en la definición de las competencias para los administradores de servicios de salud:

- La Asociación de Programas Universitarios en Administración de Salud. The Association of University Programs in Health Administration (AUPHA)¹³ <http://www.aupha.org/>
- La Comisión Acreditadora de Educación en Administración de Servicios de Salud. The Accrediting Commission on Education for Health Services Administration - Commission for Accreditation in Health Management Education (ACHESA-CAHME) <http://www.acehsa.org/>
- El Centro Nacional para el Liderazgo en Atención a la Salud. National Center for Healthcare Leadership. NCHL¹⁴. <http://www.nchl.org/>
- El Colegio Americano de Ejecutivos de la Atención a la Salud. American College of Healthcare Executives (ACHE)¹⁵ <http://www.ache.org/>
- El Colegio Canadiense de Ejecutivos de Servicios de Salud. The Canadian College of Health Service Executives (CCHSE)¹⁶. <http://www.cchse.org/>
- La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud. The Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations. (JCAHO)¹⁷. <http://www.jcaho.org/>
- La Asociación Europea de Gerencia de Servicios de Salud. The European Healthcare Management Association (EHMA)¹⁸ <http://www.ehma.org/index.shtml>
- Consejo de Relaciones entre la Academia y la Práctica de la Salud Pública (Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice)¹⁹ <http://www.phf.org/Link.htm>

¹³ Ref. 1, Aaronson; Ref. 5, AUPHA; Ref.21 y 22, Counte; Ref. 28, Griffith.

¹⁴ Ref. 43 NCHL; Ref.53 Romano; Ref. 54 Romano

¹⁵ Ref. 29, Hackett

¹⁶ Ref. 17, CCHSE

¹⁷ Ref. 27, Gorham

¹⁸ Ref. 11, Berman

¹⁹ Ref. 19, The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice.

El Centro Nacional para el Liderazgo en Atención a la Salud -NCHL, conjuntamente con una serie de organizaciones académicas y de la práctica, han establecido una serie de competencias que deben tener los administradores de servicios de salud en los Estados Unidos y que sirven de referencia para entender mejor la dirección y prioridades del sistema de salud y las organizaciones que lo componen, además de las herramientas que son necesarias para su desempeño²⁰. Incorporadas en seis apartados, las mencionamos a continuación:

- **Liderazgo** que se interpreta como crear y comunicar una visión compartida, encabezar soluciones para los retos organizacionales y de la comunidad y energizar el compromiso para las metas. Se ilustra con competencias como:
 - Crear y comunicar claramente misiones, visiones y valores compartidos
 - Articular y encabezar efectivamente direcciones y estrategias bien concebidas para un futuro mejor
 - Energizar el compromiso, involucración y empoderamiento para afrontar los retos y alcanzar las metas
 - Propiciar el desarrollo y el avance del capital humano y la organización como un todo.
 - Usar la habilidad política y el poder para resolver el conflicto
 - Manejar la resistencia y mejorar las relaciones entre las partes interesadas
 - Recocer y promover la diversidad como un deber del negocio

- **Colaboración y Comunicación** que se interpreta como desarrollar relaciones cooperativas e intercambios de información efectiva dentro de las organizaciones y en las comunidades por servir. Se ilustra con competencias como:
 - Utilizar técnicas efectivas de comunicación oral y escrita
 - Usar técnicas efectivas para el manejo del proceso de grupos

²⁰ Ref 76, Calhoun

-
- Asegurar las comunicaciones y direcciones apropiadas para el manejo de las preocupaciones de las partes interesadas, eventos adversos y otras fallas
 - Utilizar efectivamente herramientas para el manejo del cambio, el conflicto y la gerencia de la resistencia
 - Desarrollar enfoques que realcen el trabajo de equipo y la colaboración entre personal clínico y profesional.
-
- **Práctica Gerencial** que se interpreta como identificar, evaluar e implementar estrategias y procesos diseñados para alcanzar atención de salud orientada al usuario efectiva, eficiente y de alta calidad. Se ilustra con competencias como:
 - Diseñar una estructura organizacional funcional, procedimientos de reportes y una estrategia de incentivos para satisfacer las misiones, visiones y metas.
 - Manejar eficientemente comités y procesos deliberativos a través de la utilización de habilidades de organización, administración del tiempo y planeación
 - Administrar efectivamente los procesos de asignación de recursos
 - Establecer socios efectivos con expertos financieros para manejar todos los aspectos de la responsabilidad fiscal
 - Manejar los recursos informáticos para asegurar la integridad e integración de sistemas de reportes clínicos y gerenciales y bases de datos para toma de decisiones clínicas y gerenciales.

 - **Mejoramiento del Aprendizaje y el Desempeño** que se interpreta como evaluar continuamente, mejorar la calidad, seguridad y los valores de la atención a la salud. Se ilustra con competencias como:
 - Establecer sistemas para manejar y mejorar continuamente la calidad y la atención del paciente

-
- Utilizar referenciación comparativa "benchmarking" nacional para identificar oportunidades para el mejoramiento
 - Usar resultados relevantes y mensurables para mejorar la eficiencia y la efectividad organizacional
 - Contribuir al mejoramiento de la atención de salud y reducir los errores médicos
 - Establecer estructuras efectivas para mejorar la efectividad clínica de la atención a la salud
 - Utilizar la evidencia y el conocimiento de las mejores prácticas para mejorar la atención y los servicios
 - Aplicar principios de ingeniería de sistemas para rediseñar los procesos de la atención
-
- **Profesionalismo** que se interpreta como demostrar prácticas, valores y ética profesional, estimular la responsabilidad social y la dirección de la comunidad y comprometerse al desarrollo personal y organizacional. Se ilustra con competencias como:
 - Promover en forma personal y organizacional la adhesión a altos estándares para la integridad, honestidad y respeto por la gente.
 - Adoptar un sentido de comunidad y compromiso para atender las necesidades de salud de las poblaciones diversas
 - Adaptarse a nuevas lenguas, cultura y actitudes relacionadas con la salud y la curación
 - Desarrollar procesos para reportar y mantener la responsabilidad social
 - Valorar el aprendizaje durante toda la vida para desarrollar conocimiento profesional y habilidades a través de la capacitación y educación continua
 - Promover el desarrollo de papeles y valores profesionales que sean compatibles con el mejoramiento de la salud de la población y del individuo

- **Sistemas de Salud Personales y Comunitarios** que se interpreta como integrar las necesidades de los individuos con aquellas de la comunidad, optimizando oportunidades para mejorar la salud de las poblaciones a las que sirve dentro del contexto del medio ambiente y las políticas de salud. Se ilustra con competencias como:
 - Usar una perspectiva integradora para entender la organización de la atención a la salud dentro del más amplio contexto, incluyendo la comunidad, la nación y la globalización
 - Entender las contribuciones relativas y las limitaciones de la atención a la salud personal, la salud pública, la salud comunitaria y la prevención en términos de la salud de la comunidad
 - Valorar y responder a las necesidades cambiantes de la demografía, economía, políticas y epidemiológicas y las demandas de los clientes, usuarios y la comunidad
 - Encabezar el cambio del sector de la salud y representar efectivamente a las organizaciones de la atención a la salud en la comunidad local y en varios niveles del gobierno
 - Promover la confianza en la evidencia científica y utilizarla efectivamente para evaluar y cambiar los sistemas de atención y la organización del sector salud

Las escalas para valorar las competencias también son un elemento importante en el diseño de esta metodología y se han utilizado varios criterios establecidos por diferentes autores. Algunas de estas escalas hablan de capacidad de enunciar el conocimiento, capacidad para trabajar con el conocimiento y conocimiento integral o mínimo, satisfactorio y máximo²¹. Otros autores han escogido términos que se consideran de desarrollo y no punitivos tales como Novicio, Competencia Básica y Experto, como por ejemplo Benner²² que propone una escala de 5 niveles

²¹ Ref 46, Pickett

²² Ref 9, Benner

diferenciando entre Novicio, Iniciado Avanzado, Competente, Adelantado y Experto. Esta fue la escala adoptada por el Consejo de Relaciones entre la Academia y la Práctica de la Salud Pública, en su estudio “Competencias Claves para los Profesionales de Salud Pública”²³ La escala que fue adoptada para el cuestionario de competencias aplicado en este caso práctico utilizó una escala de 5 niveles que son No sé, He oído de ella, pero no la utilizo, La he utilizado una vez, la utilizo y puedo enseñarla, que se describen con más detalle en el *Capítulo 5* de este trabajo.

Existen diferentes metodologías para definir con más precisión cada una de las competencias y de hecho cada uno de los estudios consultados de distinta manera. Por ejemplo cada una de las competencias se pueden definir en términos de conocimientos, habilidades y actitudes. También de acuerdo con Irigoien²⁴ se puede realizar un mapa funcional de las competencias, que a manera de ejemplo se puede ver en el *Anexo 4*.

3.1.2 El Trabajo en Equipo y el Desempeño Individual

El personal de salud por otro lado para responder apropiadamente a esta compleja situación, debe integrar equipos de trabajo interdisciplinarios, desarrollar tareas complejas con una mínima tolerancia de errores²⁵, incorporar las últimas técnicas y conocimientos a protocolos clínicos y administrativos y mantenerse continuamente en un proceso de mejoramiento de la calidad y productividad en un medio de gran competitividad.²⁶

El trabajo en equipo es aquel que produce sinergia y permite desarrollar tareas complejas con ahorro de recursos y aprovechando el conocimiento y habilidades

²³ Ref. 19, Core Competencies for Public Health Professionals

²⁴ Ref. 33, Irigoien

²⁵ Ref. 38, Kohn

²⁶ Ref. 13, Brassard

colectivas de un grupo de trabajo²⁷. El trabajo de equipo es efectivo para propiciar cambio en las organizaciones de manera significativa.

La evaluación del desempeño es la valoración del desempeño actual o anterior de un trabajador en comparación con sus estándares²⁸. Por esto, valorar el desempeño, supone que se establecen estándares y que se le dará al trabajador la retroalimentación necesaria que lo ayude a superar las deficiencias en su desempeño.

3.1.3 El Mejoramiento Continuo de la Calidad y la Productividad de los Servicios de Salud

La definición de atención de calidad entraña las bases de los valores singulares de la cultura (profesional y étnica) y el contexto de la situación. La calidad se ha vuelto uno de los elementos principales para la competitividad de los hospitales en los Estados Unidos y en la mayoría de los países del mundo sin importar el tipo de sistema de salud que tengan²⁹. Representa un esfuerzo organizacional sin paralelo y requiere del desarrollo cuidadoso de herramienta³⁰ y de las capacidades del personal de salud. Es imposible definir la atención de calidad sin tener en cuenta los valores subyacentes de la situación individual, social y profesional. Se han definido profesionalmente muchas características de la atención de calidad. Estas características se han ampliado en el curso de los años y sus definiciones han cambiado como resultado de nuevos estudios y resultados. La Comisión Mixta de Acreditación de Organizaciones de Administración de Salud³¹, organización principal reconocida en los Estados Unidos para definir la atención de calidad de las organizaciones de Administración de Salud, ha definido nueve características o componentes de la atención de calidad. La Comisión le pide a cada organización de Administración de Salud que defina la calidad que emplea basándose en estas

²⁷ Ref. 7, Becker' Reems; Ref. 16, Callender; Ref. 23, D Amico;

²⁸ Ref. 24, Dessler

²⁹ Ref. 4, Arce; Ref. 6 Barney; Ref. 10, Bestard

³⁰ Ref. 14, Brassard

³¹ <http://www.jcaho.org/>

características y la perspectiva de los clientes de la organización. A continuación se enumeran esas características:

Acceso a la atención: Facilidad con la cual los pacientes pueden obtener la atención que necesitan cuando la necesitan.

Idoneidad de la atención: Grado en que se proporciona la atención correcta, dados los últimos adelantos técnicos.

Continuidad de la atención: Grado en que la atención que los pacientes necesitan se coordina entre los prestadores de servicios, entre las organizaciones y en el tiempo.

Eficacia práctica de la atención: Grado en que se proporciona asistencia correctamente (sin error) dados los últimos adelantos técnicos.

Eficacia experiencial de la atención: Grado en que un servicio tiene potencial para satisfacer la necesidad por la que se emplea el servicio.

Eficiencia de la atención: Grado en que la atención recibida tiene el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, gasto o desperdicio.

Cuestiones relativas a la perspectiva del paciente: Grado en que los pacientes (y sus familiares) participan en los procesos de toma de decisiones en cuestiones relativas a su salud, y el grado en que están satisfechos con la atención que reciben.

Seguridad del ambiente de la atención: Grado en que el ambiente está exento de riesgo o peligro.

Prestación oportuna de la atención: Grado en que se proporciona atención a los pacientes cuando la necesitan.

Todo administrador de hospital quiere proporcionar atención de excelente calidad en su hospital.³² Se pueden establecer los siguientes seis componentes esenciales comunes a cada hospital que tenía éxito. Estos componentes forman el marco para la gestión de la calidad en las organizaciones de administración de salud³³ y son los siguientes:

- Líderes que tengan inventiva
- Compromiso con los clientes
- Empleados que trabajan en equipo
- Participación de los médicos
- Uso de un modelo de proceso reconocido
- Armonización de departamentos y sistemas

3.2 La Filosofía Educativa

El plan de desarrollo organizacional propuesto está basado en la creencia que el supervisor y en el caso de cursos el instructor es responsable de facilitar el aprendizaje del participante adulto a base de hacer atractivo el objeto de aprendizaje manteniendo continuamente el interés a través de la solución de problemas aplicados a las necesidades reales del lugar de trabajo. Esta filosofía educativa esta sustentada en varios fundamentos de la teoría del aprendizaje del adulto, o Andrología desarrollados por educadores de adultos y científicos sociales y del comportamiento humano.

³² Ref. 66, Urlig

³³ Ref. 72, Viñas

3.2.1 La Educación Profesional de Gerentes de Servicios de Salud

Como se muestra en la *Figura 1*, es conveniente que consideremos un continuo que inicia en la formación profesional universitaria donde se adquieren y desarrollan los conocimientos básicos, las disciplinas académicas y los principios de la investigación científica, para luego continuar con los centros de capacitación profesional donde se hace el re-entrenamiento y así sucesivamente hasta llegar a los procesos en la organización y los individuos, donde gracias a la aplicación de competencias se produce el mejoramiento continuo de la calidad y productividad y el desempeño personal. Como se puede ver en la *Figura 1*, hay algunos procesos como el de la especialización y la educación continua que comparten tanto las universidades como los centros de capacitación, o la capacitación en servicio basada en problemas en donde interactúan los centros de capacitación con la organización donde el personal en cuestión labora. El desarrollo organizacional se da en el ámbito de la organización y la descripción de puestos es la base para el desarrollo de las competencias. La tutoría, la supervisión capacitante y la gerencia del conocimiento son elementos fundamentales para integrar y solidificar el proceso de aprendizaje y desarrollo de competencias para el desempeño.

Esta visión integradora, aunada a los paradigmas prevalentes que enfatizan por un lado un enfoque en la demanda, que resulta siempre más difícil de asumir en contraste con el enfoque basado en la oferta que ofrecen los proveedores de servicios de manera tradicional. Y por otro lado, una visión empoderizante del usuario, tanto interna como externa, servirán de marco referencial para el análisis del problema a solucionar con este caso práctico.



Figura 1: Continuo de Desarrollo y Desempeño Gerencial

La educación profesional de los gerentes de servicios de salud, se da de manera formal en las instituciones académicas. De manera general podemos decir que la profesión de administrador o gerente de servicios de salud, es relativamente nueva. Se inició después de la segunda guerra mundial cuando se establecieron formalmente 5 programas de administración de salud en los Estados Unidos de Norteamérica y uno en Canadá. Se estableció entonces la Asociación de Programas Universitarios de Servicios de Salud³⁴ que ha coordinado el desarrollo de esta disciplina a través de los años en el ámbito internacional. Referencia más detallada de estos programas y la Asociación se pueden encontrar en el *Anexo 1* de este trabajo. La profesión se ha solidificado y como ejemplo de esto tenemos el

³⁴ <http://www.aupha.org/>

programa de Maestría en Ciencias de la Administración (Sistemas de Salud) que lleva a cabo la UNAM con tanto éxito desde hace cerca de 20 años.³⁵

En el momento actual los programas académicos de gerencia de servicios de salud están estudiando la mejor manera de actualizar su currículo acorde con las expectativas de la profesión y las organizaciones de salud en este nuevo milenio. Basados en la experiencia internacional³⁶, se ha enfatizado la importancia de que los programas tengan una mayor pertinencia y relación con la situación real de trabajo que enfrentarán los estudiantes. Incluso esta inquietud por la reforma académica también se está presentando tanto en el estudio de la medicina como en el de las maestrías en administración de empresas³⁷.

Sin lugar a dudas, la formación de cada vez mas y mejores profesionales en la disciplina, será un factor importante para mejorar la calidad y el desempeño en las organizaciones de salud, pero el tiempo y recursos que requiere esta opción, hace que no pueda ser considerada de manera aislada para producir el cambio necesario en los servicios al corto y mediano plazo. Incluso al largo plazo, y concediendo que la cantidad de recursos disponibles fuera mayor, esta forma de educación debe ser complementada por los esfuerzos educativos señalados en el resto del continuo ya señalado en la *Figura 1*.

3.2.2 La Capacitación y el Desarrollo de Recursos Humanos

La capacitación ha pasado a ser una cuestión fundamental para el crecimiento y competitividad de las empresas sobre todo en esta era del conocimiento³⁸. Sin embargo hay varias razones por las cuales la capacitación no recibe la atención que merece y son: la falta de foco que hace que se diluya la capacitación en las funciones de recursos humanos o de la organización en general; El apoyo a veces

³⁵ http://www.fca.unam.mx/psu/maestria/ss_plan.htm

³⁶ Ref. 1 Aaronson, Ref. 5 AUPHA. Ref. 11 Berman, Ref. 12 Bradbury, Ref. 22 Counte y Ref. 49 Ramirez.

³⁷ Ref. 41 Mintzberg

³⁸ Ref. 40 Lefcovich

débil de la alta gerencia para la capacitación; La capacitación no es sistemática; y finalmente que la capacitación no se relaciona a otros incentivos organizacionales³⁹.

El desarrollo de recursos humanos⁴⁰ se debe basar en una clara concepción del objeto de la capacitación, que es un adulto, con experiencias tanto en el medio laboral, como el profesional e individual. Las siguientes son algunas de estas premisas:

- Los adultos se motivan para asistir a programas de educación continua porque saben que necesitan aprender nuevas habilidades para resolver situaciones que enfrentan en su trabajo o vidas cotidianamente. Por consiguiente debemos tener en mente que es necesario adaptar el material continuamente para satisfacer las necesidades específicas y expectativas de los participantes.
- Los adultos son personas autodirigidas que deben ser tratadas como colegas, en lugar de tratar de dirigirlos como se hace con los niños. El supervisor o facilitador establece el tono de la comunicación y es responsable por mantener un ambiente de aprendizaje en donde todos los miembros del grupo se sientan cómodos participando a plenitud en las discusiones y actividades. Los participantes siempre aprenden tanto de sus pares como del supervisor o del facilitador.
- Los adultos entran en las empresas y a las actividades de educación continua con una riqueza de experiencias de sus antecedentes variados. Sus conocimientos y vivencias combinadas pueden volverse la fuente más grande de conocimiento si el proceso anima la discusión y el pensamiento analítico y el supervisor o el instructor es un facilitador experimentado. Una herramienta potente por incrementar la auto-conciencia entre los

³⁹ Ref 56, Rothwell

⁴⁰ Ref 8. Beckett

participantes adultos es hacerlos comprometerse en experiencias reales o simuladas en las que ellos pueden descubrir por si mismos las brechas entre donde ellos se encuentran actualmente como gerentes y donde ellos quisieran llevar su habilidad y nivel de conocimiento en el futuro. De esta forma resultan importantes las técnicas de entrenamiento experiencial, como estudios de caso, dramatización, discusiones de grupo, y los proyectos individuales, todos acompañados de sesiones de recapitulación que ayudan a extraer lo que se puede aprender de cada ejercicio y ayuda a los participantes a visualizar como podrían utilizar estas ideas en la práctica cotidiana.

- La gama de experiencias de los participantes también significa que cualquier grupo de participantes adultos seguramente será heterogéneo en términos de antecedentes, las expectativas culturales, experiencia de trabajo, estilos de aprendizaje, intereses, motivaciones, y metas. Es la responsabilidad del supervisor o del facilitador tratar adecuadamente las tensiones que pueden suscitarse de estas diferencias y crear un ambiente de aprendizaje que anime a la expresión de puntos de vista variados. Es importante promover este tipo de ambiente de aprendizaje tanto en la organización como en las experiencias de educación continua y capacitación.

3.2.3 La Supervisión Capacitante y el Desarrollo Organizacional

Los adultos, como los niños, aprenden al observar conductas; así un papel importante de los supervisores⁴¹ y los facilitadores, así como de los demás colegas es funcionar como modelos de aprendizaje. En las actividades de casi todos los temas, existen oportunidades para que las personas que han tenido experiencias, puedan transmitir las lecciones aprendidas de las mismas al resto de la organización. Este es el sentido de la supervisión capacitante, donde el acto de supervisión no es hecho primariamente para sorprender al supervisado haciendo

⁴¹ Ref 42, MSH

cosas indebidas, sino se hace para aprovechar cualquier oportunidad como una oportunidad de desarrollo de las competencias del supervisado. De hecho la supervisión de esta forma, toma una forma de tutoría o asesoramiento, que permite al supervisado desempeñarse con confianza y reforzar o desarrollar su conocimiento de procedimientos y herramientas nuevas⁴².

La supervisión está íntimamente ligada al desarrollo organizacional y forma parte del quehacer de un buen administrador y líder.

3.2.4 Las Metodologías Innovativas para la Generación del Conocimiento Organizacional.

Existen una serie de metodologías que facilitan la generación de conocimiento organizacional. Estas metodologías de aprendizaje forman parte importante de la estrategia de capacitación o desarrollo organizacional que se elija para una intervención dada.

Las metodologías relacionadas con la facilitación de grupos e individuos para estimular el aprendizaje experiencial se han desarrollado mucho y se encuentran ahora a disposición de cualquier individuo u organización. Entre ellas se encuentran la metodología de casos⁴³, los ejercicios de simulación, los juegos gerenciales e interactivos, los ejercicios de pequeños grupos y de socialización, como roleplays.

Otro grupo de metodologías, es las que se basa en la educación a distancia, el Internet o el uso de la computadora. Entre estas se puede mencionar la tele conferencia y los ejercicios interactivos por computadora y a través del Internet.

⁴² Ref. 16, Callender

⁴³ Ref. 50, Ramirez

Es importante mencionar que se ha desarrollado mucho la idea de la gerencia del conocimiento⁴⁴ (“Knowledge Managment”). Esta corriente se desprende de la idea de las organizaciones que aprenden y basa su premisa en que el conocimiento que existe en las organizaciones y sus trabajadores, no es siempre utilizado de manera plena por la misma organización donde ese personal trabaja. Las organizaciones desarrollan cada vez instrumentos como las herramientas gerenciales, Ayudas para el trabajo (“Job aids”)⁴⁵ que ponen a disposición de sus trabajadores a través de un sistema de Intranet, o del Internet, o a través de centros de documentación y discos para computadoras.

⁴⁴ Ref. 47. Prieto

⁴⁵ Ref. 25. Elsenheimer

4.- Marco referencial de la empresa u organización y de su entorno

La organización seleccionada para esta investigación fue un hospital general público de 200 camas. El hospital fue construido hace 40 años, ha estado en funcionamiento continuo y ha sido remodelado y actualizado durante este periodo. Se aprovechó un diagnóstico situacional efectuado un año atrás y se actualizó a través de las entrevistas y visitas realizadas por el autor.

Los principales hallazgos del diagnóstico situacional que permiten entender mejor la situación gerencial del hospital se describen con detalle en el *Anexo 3*, pero se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Capacidad de gestión propia y de toma de decisiones limitada en el hospital. Los gerentes de la organización no usan como herramienta la planificación y la monitorización de la gestión y mejora de la calidad y no utilizan indicadores para evaluar el funcionamiento de los procesos.
- No se cuenta con un plan escrito para el programa de gestión y mejora de la calidad.
- El personal no se encuentra informado ni participa en un programa de gestión y mejora de la calidad.
- La estructura organizativa actual no favorece la comunicación.
- Los Jefes de Departamento o Servicio no son involucrados como facilitadores para la orientación y formación del personal a su cargo tampoco participan en la evaluación del rendimiento y calidad de su servicio.
- El hospital no cuenta con un sistema de monitoreo que integre el sistema de gestión y la calidad de la organización.
- Escasa o insuficiente formación y habilidades en gestión y administración en los directivos del hospital. La mayoría de los directivos de hospital tienen una formación clínica y en su experiencia no se han capacitado en procesos de gestión o administración de servicios.

- Centralización de decisiones operativas. Las decisiones sobre la disposición de los recursos físicos, financieros y humanos se realizan en el ámbito central del Ministerio. Los directivos y los mandos medios del Hospital carecen de responsabilidad para la compra de insumos básicos, renovar equipamiento o definir la planilla necesaria para cumplir la misión del hospital.
- No existe un plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones y equipos.
- Centralización del trabajo de mantenimiento con escasa delegación de funciones.
- No existe un sistema de gestión económico financiera en el Hospital y no se realiza en ningún hospital del Ministerio la contabilidad analítica.
- Frecuentemente faltan insumos imprescindibles por que no existe un sistema de gestión de logística.
- Organigramas distintos o interpretados de manera diferente, no utilizados en la dirección del centro hospitalario. Escasa difusión de los organigramas, pendientes de aprobación.
- Gestión de recursos humanos y procesos de selección son mejorables; falta de control del desempeño profesional de médicos y enfermeras. La descripción de los puestos de trabajo existe pero es desconocida por la organización, no se define la formación de habilidades y conocimientos de algunos puestos de trabajo.
- Debe de realizarse un plan que recoja el número, tipo de personal y calificaciones requeridas.
- No existe acceso a tecnología de la información ni esta parece ser importante para los profesionales médicos y de enfermería.
- No existe confidencialidad de los datos clínicos y personales de los pacientes.
- La planificación de las necesidades de información de los profesionales sanitarios no está adecuadamente desarrollada.

- El proceso de admisión de pacientes, desde el ingreso hasta el alta carece de cohesión y los traslados son efectuados sin conocimiento de admisiones.
- El informe de alta del paciente es insuficiente y en urgencias no se realiza informe alguno de alta.
- El contenido de la historia clínica de cada especialidad no está determinado. Necesidad de mejora en el tratamiento de la información y manejo de historias clínicas.
- Inexistencia de un plan de mejora de la calidad asistencial que abarque las áreas importantes y no se usan indicadores para evaluar el funcionamiento de los procesos.
- Escasa protocolización clínica y de enfermería que dificulta la evaluación del desempeño y de los resultados.
- La regulación del uso de medicamentos es muy rudimentaria por no decir inexistente.
- La protección contra la pérdida o robo de medicamentos es escasa.
- Los medicamentos de urgencias (carro rojo) no están en condiciones. No se sabe cuales debe de haber, faltan y están caducados.
- La prescripción y administración de medicamentos debe de mejorarse.
- La nutrición artificial aunque se realiza por medio de catering no está regulada por normas y procedimientos.
- La alimentación y terapia nutricional presenta múltiples problemas.

Basados en el diagnóstico situacional, se concluyó que la situación del hospital es la siguiente:

1. Baja productividad de los servicios, aun que se ha mejorada la producción en los últimos meses por las mejoras que ha iniciado la institución.
2. Baja calidad en la atención y en el control de los procesos de producción de servicios.
3. Mortalidad Infantil hospitalaria elevada a expensas de los Neonatos.

4. Carencia de un sistema estratégico de información.
5. Carencia de instrumentos de dirección y gestión con un proceso muy centralizado en la toma de decisiones.
6. Inadecuada organización de los servicios clínicos.
7. Sistemas inseguros para el control de desechos hospitalarios.
8. Elevadas tasas de infecciones nosocomiales.
9. Persisten déficit en infraestructura y equipamiento e incumplimiento de estándares de habilitación para el licenciamiento.

Se llevó a cabo además una revisión documental de la organización, las políticas y manuales de procedimientos disponibles. Además se hicieron entrevistas con funcionarios del hospital y visitas a las instalaciones del mismo. Durante estas visitas, de manera informal se realizó la entrevista con pacientes y familiares que se encontraban en los servicios. Aunque el análisis situacional consideró aspectos como la organización del hospital, el estado de las instalaciones físicas y el equipo y la revisión de procesos clínicos y administrativos, estuvo más enfocado a entender las competencias gerenciales básicas que requiere un jefe de servicio o un supervisor para desempeñarse con efectividad.

Como parte del marco referencial del hospital, hay que considerar de manera importante el entorno del hospital. En este caso este entorno esta dado por el Ministerio y por las variables de la comunidad en donde el hospital esta localizado.

En paralelo al proceso de mejora hospitalaria, el Ministerio esta modernizándose en los procesos de gestión para realizar adecuadamente su misión, por ello se hace necesario articular los instrumentos novedosos del hospital con los procesos de modernización que esta realizando el Ministerio para mejora del desempeño. Es preciso por ello considerar la articulación a través de mecanismos como acuerdos, grupos de trabajo o comités. Estas instancias deben contemplar indicadores de evaluación y criterios para incentivos para consolidar los cambios en productividad y calidad.

Hay varias consideraciones de tipo general que influyen en el ámbito del marco referencial, algunos de los cuales están presentes en todos los sistemas de salud y en casi todos los grupos sociales gracias a la globalización. Mencionamos los siguientes por ser de actualidad en la dinámica del funcionamiento de los hospitales e influenciar la inaplazable necesidad de desarrollar una estrategia para el desarrollo gerencial⁴⁶:

- **Las crecientes complejidades en la prestación de servicios de salud.** Como producto de la globalización y los avances en la comunicación, en todas partes del mundo hay una creciente complejidad en los servicios de salud y los procedimientos utilizados para prestar dichos servicios, lo que hace imperante que se tenga que operar bajo una estrategia predeterminada. Poder resolver los problemas tan pronto como aparecen ya no es una opción viable. Los gerentes de servicios de salud tienen que desarrollar un enfoque estratégico que permita anticipar los problemas. La gran dificultad para predecir las variables determinantes de estos problemas, hace que esta tarea sea cada vez más difícil.
- **El cambio de las condiciones en el mercado.** Esto es especialmente cierto en muchas economías en transición alrededor del mundo, por ejemplo los países de la ExUnión Soviética y Europa del Este, donde la población vivió por tantos años durante un sistema totalmente diferente al de la economía del mercado. Se requiere mucho tiempo y paciencia para permitir que los individuos y en algunos casos poblaciones enteras, asimilen estas nuevas condiciones socio-económicas que afectan a las organizaciones de salud y su entorno. Esto es también cierto en otros países que no han sufrido cambios generales tan radicales, pero que están viendo nuevas formas de gestión, transiciones entre sistemas privados y públicos, o semipúblicos como los sistemas sociales sin fines de lucro. En algunos casos hay un incipiente conocimiento de propiedad, responsabilidad y distribución de rendimientos. Algunas organizaciones que eran públicas centralizadas, ahora son

⁴⁶ Ref 77, Cortinois

publicas, pero de la comunidad. ¿Qué implicaciones tiene esto para el gobierno de un hospital, o para su responsabilidad social y asignación de recursos? Esta dinámica, presente en casi todas las sociedades y rápidamente cambiante, nos obliga a considerar escenarios y opciones con un enfoque de gerencia estratégica.

- **Expectativas de Desempeño Organizacional.** Hay muchas expectativas nuevas para el desempeño de las organizaciones y en particular de los hospitales, que se derivan de las premisas anteriores. Estas expectativas de desempeño deben relacionarse indeliblemente con los recursos y los incentivos. Las partes interesadas, que incluyen a la población, los gobiernos locales, los proveedores, y los aseguradores o financiadores tiene perspectivas diferentes y crecientes de sus expectativas de desempeño del hospital. La única manera de responder a esas expectativas es estableciendo un enfoque estratégico para el desarrollo gerencial que garantice la calidad y productividad de los servicios a través del desarrollo de competencias del personal del hospital.
- **Imperativo de Liderazgo.** Hay un imperativo para ejercer un fuerte liderazgo que contribuya a la transformación del hospital. Los líderes que escalan las posiciones en un hospital, generalmente lo hacen porque tienen habilidades y características claramente identificables de un liderazgo eficaz⁴⁷. Sin embargo, cada vez más y en gran medida por las condiciones mencionadas en los apartados anteriores, estos líderes requieren mayores competencias gerenciales para ser exitosos y operar en las nuevas condiciones cambiantes. En muchas instancias deben pasar de sobrevivir a reformar, de protagonistas individuales a transformadores de sistemas. El hospital no cambia solo, todos los sistemas que lo rodean cambian también.

⁴⁷ Ref 36, Klemp

5.- Metodología para solucionar el caso y evaluar los resultados.

La metodología para solucionar el caso práctico contiene los elementos señalados en la siguiente figura:

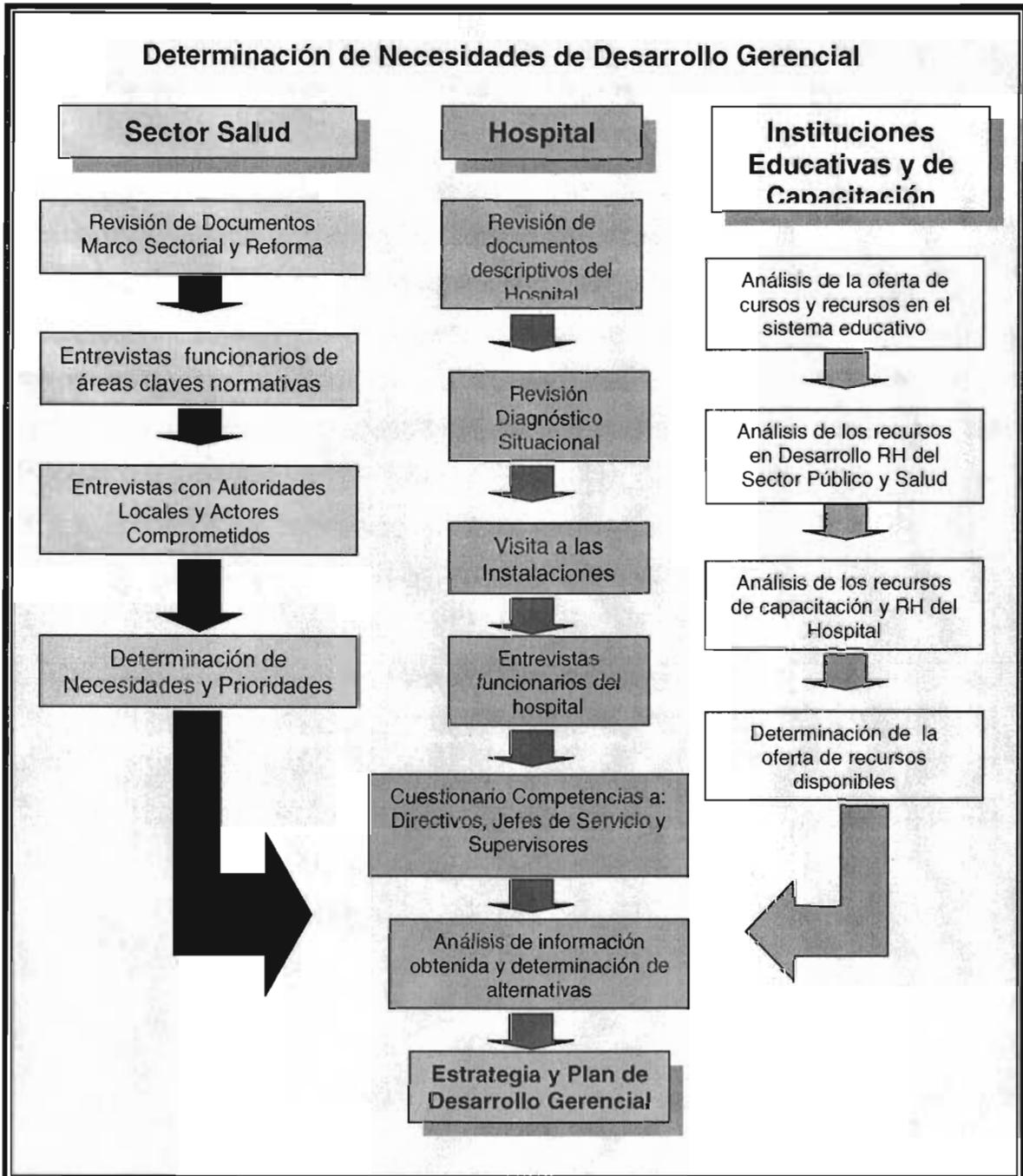


Figura 2: Esquema de la Metodología para la Determinación de Necesidades de Desarrollo Gerencial

La parte medular de determinación de necesidades⁴⁸ esta dada por los elementos del Hospital en la columna central. Las características del hospital y su entorno que se describen con más detalle en el *Capítulo 4* fueron estudiadas a través de los documentos descriptivos del hospital, de sus características de organización, manuales de organización y procedimientos disponibles y un estudio situacional previo reciente que anotaba muchas de las debilidades y fortalezas del mismo. (*Anexo 3*) Este estudio situacional contenía también alguna información relacionada con el entorno del hospital y la situación de salud, económica y social de la población usuaria de los servicios.

Con esta información se realizaron entrevistas al personal clave del hospital, incluyendo el equipo directivo que incluye al director del hospital, el subdirector administrativo, el jefe del cuerpo médico y la enfermera jefe. Además se entrevistó a los principales jefes de servicios tanto clínicos como administrativos y a varios de los supervisores, como el caso de enfermeras jefes de turno, o supervisores administrativos y de servicios generales.

Se diseñó y aplicó un cuestionario para medir las competencias gerenciales del personal en los siguientes tres niveles: directivo, jefes de servicio y supervisores.

El cuestionario contiene 33 competencias agrupadas en 8 categorías. En cada caso los participantes respondieron en una escala de 5 con las siguientes opciones **1 No sé:** Significa que usted no sabe lo que es esa competencia y no la utiliza; **2 He escuchado de ella, pero no la uso:** Significa que usted sabe de que se trata esa competencia, pero no la necesita en su trabajo o no ha tenido la oportunidad de utilizarla en su trabajo; **3 La he utilizado una vez:** Significa que tiene un nivel básico en esta competencia. Usted puede identificar el conocimiento o la habilidad que se necesita, pero no sabe como utilizarla o la ha utilizado solo una vez; **4 La utilizo:** significa que usted puede aplicar y describir los elementos necesarios para

⁴⁸ Ref. 64 Swist

esta competencia; **5 Puedo enseñarla:** Significa que usted puede utilizar consistentemente esta competencia e incluso enseñar a otros a utilizarla.

Las siguientes son las categorías y competencias evaluadas en el cuestionario:

CATEGORIAS	COMPETENCIAS
1. Auto Gerencia	1. Administración del tiempo 2. Juntas y reuniones efectivas 3. Comunicación 4. Habilidades para hacer presentaciones 5. Retroalimentación 6. Habilidades para la Negociación
2. Planeación y Valoración	7. Gerencia Estratégica 8. Gerencia del cambio 9. Mercadotecnia social 10. Identificación y solución de problemas 11. Habilidades de Planeación 12. Gerencias de proyectos
3. Organización y Supervisión	13. Principios de administración y gerencia 14. Principios de supervisión 15. Organigramas, manuales de organización y de procedimientos
4. Administración de Recursos Humanos	16. Funciones de administración de personal 17. Evaluación del desempeño 18. Relaciones Laborales 19. Liderazgo y Desarrollo de equipos
5. Administración Financiera	20. Análisis de costos 21. Presupuestos
6. Administración de Instalaciones y Materiales	22. Administración de infraestructura e instalaciones 23. Administración de materiales 24. Administración de medicamentos 25. Mantenimiento y administración de equipos 26. Valoración de tecnología
7. Información y Toma de Decisiones	27. Principios de gerencia de la información 28. Recopilación y análisis de datos 29. Principios de toma de decisiones y Asignación de Recursos
8. Gerencia de Calidad, Monitoreo y Evaluación	30. Principios de Calidad 31. Gerencia de Calidad 32. Monitoreo 33. Evaluación

Cuadro 2. Competencias Incluidas en el Cuestionario Diagnóstico Necesidades de Capacitación

El cuestionario contenía además una definición de lo que la competencia significa y un espacio para que el participante pudiera poner un ejemplo o comentario que ilustrara como cada participante ha utilizado esa competencia específica, sobre todo en el caso en que contestaran 4 o 5 en la escala.

En el *Anexo 5* se presentan los hallazgos más importantes de los resultados de la aplicación del cuestionario. Después de revisar el cuestionario, se realizaron algunas entrevistas para clarificar respuestas ambiguas o dudosas con los participantes.

En la columna de la izquierda de la *Figura 2* se describen los pasos que se siguieron para recabar la información del sector salud y del medio circundante al hospital. Se revisaron varios documentos sobre políticas de salud y otros que afectan el funcionamiento del hospital, incluyendo información disponible en el Internet sobre las condiciones sociales, de salud y económicas de la localidad. Se llevaron a cabo entrevistas con autoridades del Ministerio, del gobierno local y de organizaciones que tienen un interés en el buen funcionamiento del hospital.

Por otro lado se llevó a cabo una revisión de las principales modalidades disponibles para la educación y capacitación en gerencia y administración de servicios de salud en esa localidad. Esto incluyó modalidades y recursos no solo en la ciudad, sino con un enfoque internacional, dado que muchos de estos recursos están ahora disponibles para cualquier individuo gracias a los avances de la informática, la comunicación y la globalización. Además se realizaron entrevistas con educadores y entrenadores de recursos humanos con experiencia directamente en el área de administración de salud o con experiencias en áreas similares como administración de empresas, recursos humanos, finanzas o salud pública. Se encontró un programa universitario de administración de salud con buenos recursos y ofreciendo cursos de maestría y diplomado en administración de servicios de salud. Se entrevistó al profesorado, a los alumnos y a los egresados del mismo. Además el gobierno cuenta con un instituto de capacitación para funcionarios públicos, que aunque no ofrece ningún curso específicamente en administración de salud, si ofrece algunos cursos de aplicación gerencial y que pueden complementar el acervo académico disponible. Además estos dos centros, el Ministerio y el propio hospital tiene centros documentales y acceso al Internet.

Para redondear y enriquecer esta determinación de necesidades de desarrollo gerencial, el autor utilizó información que ha sido recopilada a través de muchos años de experiencia trabajando con personal y equipos de salud que tienen responsabilidades gerenciales en distintos países del mundo, consultas bibliográficas y documentales y entrevistas realizadas con diferentes profesionales y funcionarios de organizaciones de salud y educativas (señalados en el *Anexo 2*).

Con la información recopilada se hará en el siguiente capítulo un análisis de las principales opciones viables para resolver este caso teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de cada una de ellas, así como los principales elementos que contribuyen a la efectividad, oportunidad, costo, disponibilidad, sustentabilidad y otros factores que se juzguen importantes para evaluar las diferentes opciones disponibles.

5.1 Evaluación de Resultados

La evaluación de los resultados del caso de estudio se lleva a cabo a través del proceso, los resultados inmediatos y el impacto. Durante el diseño y desarrollo de la estrategia y sus elementos, se definen los indicadores de evaluación para monitorear el cambio y medir el desarrollo de las competencias gerenciales de los participantes y su capacidad para modificar la operación y gestión de los servicios de salud⁴⁹. Esta evaluación basada en competencias⁵⁰ debe integrarse a un sistema permanente de evaluación institucionalizada en el Ministerio y en el hospital que mida el desempeño de los individuos, ligada a los perfiles de puestos y vinculada al proceso de desarrollo organizacional y mejoramiento continuo de los procesos. Además debe ser complementada con un sistema de incentivos.

⁴⁹ Ref 68, Vargas

⁵⁰ Ref 26, OIT

Una organización debe expresar los valores generales y específicos de la evaluación y cultivarlos día a día para que la evaluación del desempeño se convierta en una herramienta para mejorar la calidad y competitividad del hospital.⁵¹

La definición de estos indicadores para la evaluación es muy importante dentro del programa de desarrollo gerencial. En el caso de la capacitación, debe ser consistente con los objetivos que se definan para cada módulo o área de aprendizaje definida y también consistentes con la definición de competencias. Cuando se mida la capacitación solamente, hay que tomar en cuenta que se esté midiendo el desempeño de los participantes y que se tome en consideración la restricción de recursos y otras condiciones que privan en el Ministerio y en las comunidades en las que actúan para que los indicadores realmente evalúen la efectividad del proceso de capacitación. En otras palabras, que tanto mejoran sus competencias puede ser más fácil de medir que el verdadero impacto de las acciones de salud que llevan a cabo en el hospital y en las comunidades. Esto hay que mencionarlo, porque en términos generales, el objetivo del hospital es medir el impacto en la prestación de los servicios de salud y esa debe seguir siendo la medida y objetivo final.

Se debe hacer una medición inicial de las capacidades de los participantes a través de un cuestionario o de algún ejercicio que se programe para la primera sesión de los cursos. Esto servirá como línea basal para medir el progreso alcanzado con el curso. En la educación de adultos hay que evitar los exámenes tradicionales, pero hay que hacer algún tipo de evaluación que no los inhiba.

El sistema de evaluación debe tomar en consideración la perspectiva llamada de los 360°, o sea que debe comprender varios enfoques, como la auto evaluación, la evaluación del supervisor, de los pares y de los subordinados. Desde este punto de vista la supervisión debe ser un elemento constante de evaluación, retroalimentación y capacitación.

⁵¹ Ref 3, Arias

Además de la evaluación de mejoramiento de las competencias de los participantes y su efecto en los servicios, se debe hacer una evaluación del proceso de capacitación para mejorar constantemente el mismo. Se pueden utilizar instrumentos convencionales que existen para efecto y debe establecerse un sistema de retroalimentación para que los facilitadores y tutores puedan incorporar las lecciones aprendidas y mejorar su desempeño también. La capacitación debe de ir acompañada de una capacitación de capacitadores que tome en consideración para su diseño esta evaluación.

6. - Análisis de las opciones y elección de la más conveniente

Tomando como punto de partida el análisis de los elementos más importantes definidos en el marco conceptual y el diagnóstico situacional aludido en el marco referencial de la organización se llevó a cabo el análisis de las opciones posibles. Basándose en los criterios mencionados en las secciones anteriores, se analizaron estas distintas opciones y se escogió la mejor solución para el caso específico. La opción seleccionada permite definir una estrategia de desarrollo gerencial conteniendo los elementos fundamentales para proporcionar la mejor solución al caso presentado. El análisis de opciones se ha hecho utilizando todo el respaldo teórico pertinente para cada una de las variables analizadas.

Para el análisis de las opciones y definición de la estrategia preferencial se tomó en consideración que el enfoque a utilizar deber resolver de manera integral el problema. Por esto se adopta el concepto de **Desarrollo Gerencial**, y no solo el de capacitación o educación continua. Desarrollo gerencial es un concepto que esta más relacionado con el desempeño e incluye más variables y elementos que la capacitación gerencial. Generalmente la capacitación es solo una de las maneras de mejorar el desempeño, pero no la única, ni siempre la más importante. La deficiencia en el desempeño en general, pero en particular en los países en vías de desarrollo, se debe a una variedad de causas. Algunas de las más importantes son la ausencia o la pobre calidad de las descripciones de puestos; Los procesos de trabajo indefinidos; Falta de recursos; Pobre supervisión y retroalimentación; ausencia de información o pobre calidad de la que existe e incentivos pobres o mal diseccionados. Una de las premisas de este trabajo es que si bien las causas que impiden el buen funcionamiento de una organización son variadas como se menciona en este párrafo, un personal con las competencias necesarias para el desempeño gerencial, es el factor más importante para realizar la transformación en la organización.

La primera opción para resolver el caso, sería una intervención de reorganización, con expertos externos, que una vez diseñados y establecidos los lineamientos e instrumentos de la reorganización, lleven a cabo un entrenamiento sobre la nueva organización y procedimientos. Esta intervención viola la mayoría de los principios que se establecen en este capítulo para producir un verdadero desarrollo gerencial, tiene poca sustentabilidad y un alto costo.

Muchas veces, al margen de la causa que determina el bajo desempeño del personal, la solución tradicional es enviarlos a un curso de capacitación, generalmente fuera del hospital, o participar en un programa de educación continua, que ni tiene una visión programática estructurada a las necesidades del empleado, ni es continuada. En la mayoría de los casos, estas intervenciones resultan poco costo-efectivas y no producen los resultados esperados. Por eso resulta importante tener un enfoque integral hacia el desarrollo gerencial, usando por un lado experiencias de capacitación, verdaderas estrategias y programas de educación continua, capacitación en el trabajo y reentrenamiento; y por el otro lado análisis del desempeño del puesto, desarrollo de sistemas gerenciales, rediseño y mejoramiento de los procesos y tutoría y supervisión como parte del desarrollo organizacional integrado, que constituya una verdadera estrategia de Desarrollo Gerencial.

El enfoque de “*brechas de desempeño*”,⁵² permite analizar los problemas que existen en la organización con un enfoque multifacético. Esto sugiere el uso de varias técnicas o procedimientos, acordes con el tipo de desarrollo buscado. De esta manera, las ayudas para el desempeño de tareas o las cajas de herramientas se vuelven elementos complementarios de una estrategia de desarrollo integrada. Por ejemplo en la siguiente tabla podemos ver la relación entre los problemas potenciales que se presentan y un ejemplo de intervenciones apropiadas para cada caso.

⁵² Ref 55, Rossett and Gautier-Downs

Problemas Potenciales	Ejemplos de Intervenciones
Falta de conocimiento o habilidades	Capacitación, Ayudas para el desempeño de tareas ⁵³ , tutorías, supervisión
Ambiente disfuncional o procesos de trabajo	Rediseño de procesos, nuevas y mejores herramientas (Caja de herramientas), mejor empatía entre el trabajo y el empleado
Falta de motivación	Información sobre beneficios e impacto, incentivos, supervisión, retroalimentación estructurada, revisión de políticas, capacitación de supervisores

Cuadro 3: Brechas de desempeño y naturaleza de las intervenciones.⁵⁴

6.1 Principios y elementos críticos.

Algunos de los principios básicos en los que se sustenta la estrategia de desarrollo gerencial y permite asumir una posición integradora y proactiva son los siguientes:

De la oferta a la demanda: Este enfoque transforma la manera en que comúnmente se piensa, pensando no que es lo que yo se o puedo ofrecer, sino que es lo que la otra parte necesita o quiere. Es siempre más sencillo responder desde el lado de la oferta. Generalmente ofrecemos lo que sabemos hacer mejor, lo que nos compensa, lo que nos es más fácil o lo que nos gusta hacer más. Rara vez nos preguntamos si lo que ofrecemos es lo que nuestro cliente o usuario realmente necesita. Un enfoque en la demanda nos obliga a analizar los deseos, gustos y necesidades de la otra parte. Nos obliga a volvernos empáticos con nuestros pacientes, clientes o usuarios.

Con mejor acceso a la información en esta era de la globalización, el consumidor está mejor informado y demanda más del proveedor. Antes de que exista mayor presión para el cambio, necesitamos encontrar una manera efectiva y apropiada para considerar la demanda y actuar acordeamente. En el caso de la salud, los

⁵³ Ref. 25, Elsenheimer; Ref. 57, Ruyle

⁵⁴ Ref. 37, Knebel y col.

principios de la Atención Primaria, son un buen ejemplo de un enfoque basado en la demanda. Para poder “anticipar el riesgo de los individuos y las poblaciones a una enfermedad o una condición”, necesitamos entender, medir y conocer profundamente las condiciones de salud de los individuos y poblaciones y sus riesgos potenciales por edad, localización geográfica, sexo, condición socio-económica, etnicidad, riesgos del trabajo, etc. Este conocimiento puede obtenerse con la ayuda de disciplinas como la epidemiología gerencial y la mercadotecnia social por ejemplo, pero requiere de un esfuerzo mayor de nuestra parte y el desarrollo de competencias específicas de los prestadores de salud para desempeñarse bien bajo estas condiciones.

Este enfoque genera también en los trabajadores del hospital una actitud preactiva, que estimula la iniciativa y ayuda a empoderizarlos, lo que constituye un elemento importante que facilita el desempeño y la calidad de los servicios.

De los resultados inmediatos a los resultados de impacto: Es más sencillo evaluar y responder a indicadores de resultados inmediatos, que a los de impacto. Por ejemplo es fácil medir el número de cirugías que hemos tenido, o el número de egresos de una unidad hospitalaria. Sin embargo, la medición del impacto nos obliga a preguntarnos cuantos de esos pacientes egresados han recuperado su salud, o incluso si fueron hospitalizados por la causa correcta. La medición de impacto es más compleja y requiere de información mas precisa y compleja. En la mayoría de los sistemas de salud del mundo, se está tratando de medir el impacto, pero se requiere desarrollar buenos y efectivos sistemas gerenciales para ello y las competencias en los prestadores de servicio para que lo logren.

De la enseñanza al aprendizaje: La mayor parte de nuestras vidas nos hemos visto involucrados en sistemas de enseñanza, donde el maestro, el profesor, el facilitador, nuestros padres o nuestros jefes han tomado el papel de “enseñar” y nosotros básicamente escuchamos atentamente. Enseñar es más fácil que aprender, porque es un enfoque basado en la oferta. Enseñamos lo que sabemos,

lo que nos gusta y pocas veces lo que el aprendiz necesita saber. Muy a menudo enseñamos y ponemos poca atención para saber si el aprendiz, aprendió, no solo si puede repetir lo enseñado, o incluso explicarlo, sino si verdaderamente ha cambiado su comportamiento y ha adquirido una nueva competencia. El aprendizaje requiere de energía tanto de que enseña como del que aprende, pero finalmente es más efectiva y el esfuerzo extra se compensa con creces. De la misma manera que el enfoque de la demanda requiere una valoración de necesidades, el enfoque en el aprendizaje requiere que el facilitador o instructor conozca no solo el tema que se necesita aprender, sino las características y condiciones del aprendiz. En la estrategia propuesta, este principio asume tiempo y recursos extra para comprender completamente las necesidades y deseos del aprendiz. El aprendizaje es un compromiso de toda una vida, un buen profesor solo enciende la mecha con un desempeño momentáneo.

Basado en los hallazgos de la detección de necesidades de desarrollo gerencial se han definido los siguientes elementos críticos para que la estrategia de desarrollo gerencial pueda ser implementada exitosamente.

- **Institucionalización:** El programa de desarrollo gerencial debe contribuir al fortalecimiento y desarrollo institucional y no solo ser un proceso de capacitación tradicional. El desarrollo gerencial promoverá el desarrollo organizacional de manera integral en el hospital y facilitará una mejor desempeño, calidad y productividad de los servicios de salud. El efecto de institucionalización del hospital, será un ejemplo contagioso para los otros componentes del sistema de salud.⁵⁵
- **Integral y con un enfoque longitudinal:** La estrategia considera un enfoque longitudinal que ve no solo los eventos aislados de capacitación, tutoría o supervisión capacitante, sino que los considera a todos dentro de un Continuo de Desarrollo y Desempeño Gerencial como se explica en la figura 1 del capítulo 3. De esta forma la educación continua, realmente responde a su nombre e

⁵⁵ Ref 15, Brown

integra un proceso de aprendizaje que puede aplicarse a todo el desarrollo profesional del individuo. Este enfoque incorpora también el concepto de integralidad, que ha sido explicado anteriormente e incluye acciones que atienden a toda la brecha del desempeño para crear un efecto sinérgico en la intervención. El enfoque basado en competencias, adquiere así una fuerza mayor con estos elementos.

- **Aprendizaje experiencial:** Los adultos aprenden aplicando conocimiento a situaciones específicas. Las metodologías de aprendizaje utilizadas necesitan enfatizar los principios del aprendizaje experiencial. Deben utilizarse metodologías como la discusión de grupos, el desarrollo de proyectos específicos, la resolución de casos, simulaciones, dramatizaciones, la aplicación de cuestionarios de autodiagnóstico y juegos gerenciales.⁵⁶
- **Participación en equipos de trabajo:** La participación en equipos de trabajo debe ser estimulada y requerida para todas las actividades de desarrollo gerencial. Para poder resolver problemas y optimizar el uso de sus recursos y competencias, los individuos naturalmente trabajan en equipos durante sus actividades diarias en el hospital, por lo tanto deben hacerlo también en las actividades de aprendizaje. El trabajo no solo debe ser en grupos, sino en equipos. Los grupos no siempre constituyen equipos, cuando varios individuos suman sus destrezas y competencias y obtienen sinergia, trabajan en equipo. El trabajo en equipo también promueve el compromiso de todas las partes y fortalece la integración de la organización. En muchas ocasiones, la integración debe verse más allá de las paredes de los departamentos e incluso del hospital mismo.
- **Enfoque modular y basado en competencias:** Las áreas de desarrollo y aprendizaje deben aglutinarse en forma modular, para que puedan ser asimiladas más fácilmente por los participantes. Los módulos a la vez deben estar integrados en un todo coherente que de unidad y direccionalidad al aprendizaje. Los módulos deben estar integrados en áreas críticas de desarrollo basado en el diagnóstico de necesidades y con un enfoque basado en

⁵⁶ Ref 20, Colley; Ref 59, Smith; Ref 60, Smith; Ref 61, Smith; Ref 73, White;

competencias. Estas unidades modulares, harán más fácil el desarrollo de sistemas de apoyo a la capacitación y desarrollo gerencial, tales como las Ayudas de Tareas o las Cajas de Herramientas, que a la vez reciclan el conocimiento de la organización nuevamente a las actividades de aprendizaje. De esta forma también se pueden usar los materiales desarrollados para distintos componentes del sistema de desarrollo gerencial. El enfoque de competencias ha sido explicado extensamente.

- **Evaluación ligada al desempeño:** El sistema de evaluación debe tomar en consideración la perspectiva llamada de los 360°, o sea que debe comprender varios enfoques, como la auto evaluación, la evaluación del supervisor, de los pares y de los subordinados. Los indicadores deben ser diseñados desde el momento de planeación y estar orientados a la medición de impacto y no solo de resultados inmediatos. El elemento más importante es que la evaluación esté ligada al desempeño, basado en la descripción de puestos de los individuos, las expectativas compartidas entre el trabajador y el supervisor y los proyectos de mejoramiento de procesos en la organización. Desde este punto de vista la supervisión debe ser un elemento constante de evaluación, retroalimentación y capacitación.
- **Sistemas de Apoyo para la Gerencia del Conocimiento:** Un sistema exitoso de desarrollo gerencial, requiere de un buen sistema de apoyo para la gerencia del conocimiento para los individuos, para los equipos y para la institución. Este sistema debe incluir, pero no estar limitado a cajas de herramientas, ayudas para el desempeño de tareas, el uso del Internet y las redes internas (Intranet). Puede tener un fuerte componente de computación, pero también se puede hacer con sistemas híbridos (computarizados en línea, sistematizados fuera de línea- como CDs, videos-,e incluso manuales, como centros documentales, bibliotecas o centros de instituciones de capacitación y educación participantes. Es conveniente crear en la organización un sistema formal de “gerencia del conocimiento”. El concepto de la organización que aprende está ya muy difundido y se ha demostrado que la ganancia que tiene la organización al utilizar el conocimiento de los individuos que trabajan en ella es cuantiosa. La

barrera más importante para lograrlo, consiste en no tener un buen sistema de gerencia del conocimiento, con una persona o departamento encarado de ello y un comité para promover la participación a través de toda la organización. Dos conceptos importantes en este apartado es que, cuando se le relaciona con el resto de los elementos mencionados de la estrategia, los fortalece y potencializa, por ejemplo ajustando y actualizando todas las acciones de capacitación y desarrollo organizacional, con un sistema comparable con el “justo a tiempo”, creando materiales y esquemas de aprendizaje flexibles y siempre al día. El segundo elemento adicional es que contribuye a la sustentabilidad y la creación de una maza crítica de individuos que generan y mantienen el cambio en forma sostenida⁵⁷.

Con base en los elementos descritos anteriormente y los hallazgos del diagnóstico situacional se procedió a elaborar una estrategia de solución que incluyó los siguientes elementos:

- 4. La integración de un Comité de Desarrollo Gerencial en el hospital**
- 5. El diseño, desarrollo e implementación de cursos semipresenciales en los siguientes tópicos:**
 - a. Bases para la Gerencia Exitosa**
 - b. Gobierno Hospitalario**
 - c. Seminarios-Taller sobre los siguientes temas**
 - i. Contabilidad y Finanzas**
 - ii. Sistemas de Información para la Toma de Decisiones**
 - iii. Mejoramiento de la Calidad**
 - iv. Administración de Recursos Humanos**
 - v. Administración de Recursos Materiales**
- 6. Institucionalización de la capacidad para le Desarrollo Gerencial**
 - a. Capacitación de capacitadores**
 - b. Desarrollo de un Sistema de Apoyo al Desarrollo Gerencial**

⁵⁷ Ref 30, Hager;

- i. Establecimiento de un coordinador del Conocimiento Organizacional*
- ii. Una página en el Intranet o Internet*
- iii. Una caja de herramientas y ayudas para el desempeño de tareas*
- iv. Un centro documental actualizado*

- **La integración de un Comité de Desarrollo Gerencial en el hospital**

Uno de los componentes claves para lograr una estrategia de Desarrollo Gerencial es la convocatoria y participación de todos los niveles de la gerencia y áreas del hospital y su entorno. Con esta finalidad se integra un Comité con representantes del Ministerio, de la dirección del hospital y de las áreas y departamentos claves tanto clínicos como administrativos y generales. Se invita a formar parte del Comité a un representante de la comunidad y uno de la comunidad académica.

El Comité tiene la responsabilidad de vigilar el proceso de desarrollo gerencial y su congruencia con la misión y políticas del hospital. Este comité hará la evaluación de los componentes de desarrollo gerencial, incluyendo los cursos y actividades de aprendizaje, pero también el Sistema de Apoyo. Vigilará que se institucionalicen las acciones y recursos para el desarrollo gerencial y se conviertan en instrumentos permanentes para el desarrollo organizacional del hospital y ayuda para el Ministerio y las demás unidades hospitalarias del sistema de salud.

El Comité buscará fortalecer las relaciones con las instituciones académicas y con otras organizaciones de la comunidad que contribuyan a consolidar la misión del hospital y la salud y bienestar de los usuarios y la población.

- **El diseño, desarrollo e implementación de cursos semipresenciales en los siguientes tópicos:**
 - **Bases para la Gerencia Exitosa**
 - **Gobierno Hospitalario**

- **Contabilidad y Finanzas**
- **Sistemas de Información para la Toma de Decisiones**
- **Mejoramiento de la Calidad**
- **Administración de Recursos Humanos**
- **Administración de Recursos Materiales**

La parte de capacitación incluirá seminarios-talleres semipresenciales sobre los tópicos mencionados en este apartado, que han sido desarrollados sobre la base del diagnóstico de competencias efectuado durante la fase de análisis situacional. El diseño, implementación, evaluación e institucionalización de estos procesos buscará la capacitación y reentrenamiento de todos los trabajadores del hospital que requieran desarrollar estas competencias.

Cada uno de los seminario-talleres tendrá objetivos de aprendizaje claros, determinación de los participantes y sus prerrequisitos cuando sean apropiados, desarrollo de un currículo, metodologías de aprendizaje apropiadas para el objetivo buscado en cada tema, recursos de docencia y aprendizaje apropiados y un proceso de evaluación que retroalimente el sistema y lo mantenga siempre actualizado. Cada vez que se repita el curso, se hará con las actualizaciones derivadas de la evaluación y con la actualización de los capacitadores-facilitadores. Estos cursos representarán la base de conocimiento que será utilizada para desarrollar las competencias de los proveedores de salud y trabajadores del hospital, también será la base que alimentará el contenido de los sistemas de apoyo referidos posteriormente.

El Seminario *Bases para la Gerencia Exitosa* será un prerrequisito para todos los miembros del personal del hospital que ocupen posiciones de gerencia superior, intermedia o de supervisión. Parte del objetivo es proporcionar un lenguaje gerencial común en la organización, una masa crítica que apoye la transformación organizacional y facilitar la integración de equipos y el trabajo horizontal en el hospital. Se invitará a participar en estos seminarios a equipos tanto del nivel

central, como de otros hospitales del sistema de salud para buscar la comunicación horizontal en el sistema. El seminario-taller estará constituido por varios módulos, será semipresencial, incluirá procesos de tutoría, participarán siempre equipos y no individuos, requerirá de la elaboración de un proyecto aplicado y seguirá en general todos los lineamientos y elementos críticos que se delinearán en este documento.

Los seminarios-taller sobre temas específicos, serán para los trabajadores que requieran de esos conocimientos, habilidades o necesiten desarrollar una actitud que fortalezca esa área determinada.

- **Institucionalización de la capacidad para el Desarrollo Gerencial**

La institucionalización de la capacidad para el desarrollo gerencial será llevada a cabo con las siguientes actividades:

- **Capacitación de capacitadores**

La capacitación o desarrollo de capacitadores es clave para la institucionalización del proceso y se llevará a cabo con varias acciones. La primera de ellas es el establecimiento de un seminario-taller para capacitar capacitadores para disponer de suficientes capacitadores que aseguren la continuidad y sustentabilidad del proceso de desarrollo gerencial y su expansión en el propio hospital y a otros elementos del sistema de salud.

Las instituciones educativas deben participar de este proceso, ya que algunos de los capacitadores serán externos a la plantilla del hospital y parte del personal académico de la localidad. Este sistema también apoyará el sistema de tutoría que se requiere para el hospital. De alguna forma, esto refuerza una de las principales características de un buen gerente o líder, que es el desarrollo de sus subordinados, para lo que requiere de habilidades de facilitador.

- **Desarrollo de un Sistema de Apoyo al Desarrollo Gerencial**

Una parte importante para el éxito y sustentabilidad de la estrategia de desarrollo gerencial es el establecimiento de un sistema de apoyo que estará conformado por los siguientes elementos:

- **Establecimiento de un coordinador del Conocimiento Organizacional**

Esta posición debe ser llenada por una persona que sea seleccionada cuidadosamente para que tenga las características que garanticen el éxito de la posición y del proceso de desarrollo gerencial. Como se ha descrito anteriormente, el desarrollo de un punto que apoye la utilización del conocimiento acumulado en la organización es de vital importancia para crear una organización que aprenda⁵⁸. Este individuo tendrá un papel destacado en el Comité de Desarrollo Gerencial mencionado anteriormente y asistirá en la capacitación, tutoría y actividades de seguimiento.

- **Una pagina en el Intranet o Internet**

El uso de las computadoras y el Internet esta bastante generalizado en el hospital, sobre todo al nivel de la alta gerencia y los mandos intermedios. El Ministerio tiene una pagina del Internet que puede ser utilizada como base del desarrollo de esta iniciativa. Idealmente debería de transformarse en un sistema de Intranet. El hospital debe también desarrollar su propia pagina de Internet y dentro de ella una sección de acceso limitado al personal (y sí fuera necesario restringido por niveles o departamentos). Este sistema es menos costoso de lo que se piensa y puede ser de gran utilidad para agilizar la diseminación de información y la comunicación en el hospital. Esta página puede ser un apoyo para la capacitación a distancia, desburocratizar a la organización y facilitar el acceso a documentos, formas y otras ayudas siempre actualizadas, con menos desperdicio de papel y para incrementar la productividad.

⁵⁸ Ref. 58, Senge.

- **Una caja de herramientas y ayudas para el desempeño de tareas**

El uso y desarrollo de cajas de herramientas y ayudas para el desempeño de tareas es cada vez más común. Muchos de los materiales básicos, se encuentran ya en la organización, otros más se desarrollan para los seminarios de capacitación y se utiliza la abundante disponibilidad de herramientas ya en el Internet. Esta herramienta puede ser electrónica completamente o parcialmente en forma de CDs o incluso materiales impresos que pueden ser almacenados y administrados por el Centro Documental.

- **Un centro documental actualizado**

En el hospital y en el Ministerio existen ya algunas bibliotecas y centros documentales. Algunos de los centros no están actualizados o no son utilizados apropiadamente. Los materiales están desorganizados, son obsoletos o no existe el sistema para encontrarlos oportunamente. Se requiere de un sistema efectivo para mantenerlos organizados y disponibles con oportunidad para los usuarios. El centro documental debe estar conectado a otros centros más amplios que ayuden por ejemplo a revisar practicas basadas en evidencia, tanto clínicas como administrativas. Se requiere de un personal que ayude al resto del personal del hospital a realizar esas búsquedas y actualizaciones bibliográficas.

7.- Conclusiones y líneas de investigación a seguir

Las conclusiones para la solución del caso presentarán en forma esquemática las soluciones posibles, los pros y contras de cada una de las alternativas viables y la elección de la decisión recomendada para solucionar el caso. Además se incluirán los elementos necesarios para establecer un programa de evaluación que permita retroalimentar el esquema de toma de decisiones logrando por un lado medir y apreciar el avance y por el otro modificar la aplicación futura de la estrategia propuesta con las lecciones aprendidas de la implementación original.

Opción	Sistemas Externos	Sistemas Internos	Pros y Cons
Opción 1	Hacer la reorganización del hospital con asesores externos. Capacitación después del establecimiento de los sistemas operativos.		Se puede hacer con más velocidad, poca sustentabilidad, pobre asimilación e institucionalización, alto costo
Opción 2	Enviar a varios individuos a tomar un curso de gerencia establecido (Maestría o doctorado)		Pobre institucionalización, alto costo, desvinculación poca flexibilidad, toma tiempo, alto riesgo fuga de personal. Poca aplicabilidad.
Opción 3	Diseño de un curso académico para varios individuos del hospital, semipresencial		Mediana institucionalización, alto costo, poca integración, mediana aplicabilidad. Mediana flexibilidad.
Opción 4		Diseñar un sistema de capacitación en servicio, basado en competencias y utilizando como base el diseño, análisis y rediseño de perfiles laborales solo con recursos internos del hospital.	Pobre vinculo académico y actualización, pobre seguimiento e institucionalización. Mediano costo. Alta flexibilidad

Opción 5		Establecer un Comité que coordine la Gerencia del Conocimiento y la Actualización de Competencias	Alta institucionalización, alta integración y continuidad, integración vertical y horizontal, costo efectividad, buena sustentabilidad, aplicabilidad y oportunidad, mayor flexibilidad
		Establecer un grupo de Tutores y facilitadores tanto institucionales como académicos vinculados a la hospital	
		Un Seminario-Taller básico modular, semipresencial para capacitar maza crítica de equipos interdisciplinarios	
		Módulos sobre temas específicos relevantes identificados en el diagnóstico situacional y actualizados a manera de educación continua	
		Sistema de Apoyo al Desarrollo Gerencial: Caja herramientas; Ayudas para desempeño de tareas; Sistemas de tutoría y supervisión capacitante; Centro documental y apoyo Intranet e Internet	

Esperamos que en el desarrollo de este caso se puedan visualizar interrelaciones y formas sinérgicas de aplicar metodologías de capacitación, hasta ahora utilizadas aisladamente. También se espera encontrar interrelaciones entre las distintas áreas tradicionales en las que se agrupa el conocimiento y la integración de las mismas para producir el desarrollo de una competencia específica para mejorar el desempeño gerencial de una tarea determinada.

7.1 Líneas de Investigación

Finalmente, del análisis de las opciones estudiadas, se definirán nuevas líneas de investigación posibles para la solución de otros casos similares, o para avanzar en la consolidación de ciertas metodologías de capacitación o educativas que han sido utilizadas parcialmente o que no han sido utilizadas hasta ahora en el área definida por el caso de estudio.

Algunas de estas posibles líneas de investigación se refieren a los métodos de capacitación y desarrollo organizacional. Aunque se ha avanzado mucho en los

sistemas de educación a distancia de manera global, en los países en vías de desarrollo el avance es menor, además de: la escasa disponibilidad de los equipos de computo y comunicación; escasas o inexistentes líneas telefónicas digitales; la facilidad de contar con una maza crítica de personas en el hospital que tengan acceso a estos recursos es muy limitada. Existen sin embargo, formas de avanzar la estrategia de educación a distancia, con medios menos sofisticados, pero efectivos, como disquetes con simulaciones de Internet, grabadoras de voz y videos, que en otra época fueron innovativos y ahora son tradicionales. Esta línea de investigación puede por un lado enfocarse al mejor uso de las metodologías y técnica de desarrollo gerencial y por el otro lado a estudiar la forma de transformar la cultura de desarrollo gerencial en los hospitales y en el personal de salud, que tiene características de interdisciplinariedad que hay que considerar.

Otra línea de investigación relacionada con este trabajo es la referente al desarrollo de unidades de gerencia del conocimiento en los hospitales. Esta idea esta vinculada con las organizaciones que aprenden. Se basan en la idea de aprovechar el conocimiento que se genera en la propia organización, para beneficiarla en sus operaciones. De hecho en medicina se utiliza de manera regular el concepto de medicina basada en evidencia y ahora se ha empezado a utilizar también el concepto de gerencia basada en evidencia. Esto genera mejores prácticas y podría relacionarse con la gerencia del conocimiento.

8.- Fuentes Bibliográficas, hemerográficas, estadísticas y/o documentales:

1. Aaronson William, Daniel West, Shahram Heshmat y Bernardo Ramirez. The Pillars of Health Management Education: Lessons from the CEE experience, (*Los Pilares de la Educación en Administración de Servicios de Salud: Lecciones de la experiencia de Europa Central y del Este*). The Journal of Health Administration Education. Vol 16, No. 2 Spring 1998, Washington D.C. 125-144
2. Albertella Penny. Innovative Leadership Development. Management Center Europe. Brussels, Belgium. 2004 (5pp) www.mce.be
3. Arias Galicia Fernando y Víctor Heredia Espinosa. Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño. Editorial Trillas. 5ª Edición, 3ª reimpresión. México. 2004
4. Arce Hugo E. La Calidad en el Territorio de la Salud. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud-ITAES. 1ª Edición, Buenos Aires, Argentina 2001
5. Asociación de Programas Universitarios en Administración de Salud. Association of University Programs in Health Administration. The Future of Education and Practice in Health Management and Policy: Proceedings from the National Summit. The Journal of Health Administration Education. Special Issue. Washington DC 2001
6. Barney Steven and collaborators. SSM Health Care: 2002 Malcom Baldrige National Quality Award. Case Study. Journal of Innovative Management. Volume 8, No. 4. Ed. GOAL/QPC. Summer 2003 (pp 7-49)

-
7. Becker-Reems Elizabeth. Self-Managed Work Teams in Health Care Organizations. American Hospital Association-American Hospital Publishing Inc. Chicago USA, 1994
 8. Beckett David and Paul Hager. Life, work and Learning practice and post modernity. Routledge, London UK. 2002
 9. Benner, Patricia. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. California: Prentice Hall, 2001. and The Quest for Nursing Excellence. BCAnG, Journal of the Singapore Medical Association. Vol 43 (10), 2002 (pp 493-5)
 10. Bestard Perello Juan. La experiencia del Insalud. Modelos de organización hospitalaria. Insalud. IV congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid. Octubre de 1997. <http://www.aeds.org/congreso4/4congre-20.htm> .
 11. Berman Philip C. Evaluating Health Care Management Programs and Schools of Public Health. Some experiences in Europe. The Journal of Health Administration Education. Vol 14 No. 1 Winter 1996. (pp 55-69)
 12. Bradbury Robert C. y Bernardo Ramirez. An Integrative Role for a Health Policy Course in the Health Services Management Graduate Curriculum (*Un papel integrativo para los cursos de Políticas de Salud en el Curriculum de Gerencia de Servicios de Salud*). The Journal of Health Administration Education. Vol. 15 No. 3 Summer 1997, Washington D. C. 207-213
 13. Brassard Michael y Diane Ritter. El Impulsor de la Memoria de Equipos. Una Guía de Bolsillo para Integrantes de un Equipo. Ed. Goal-QPC y Joiner Associates Inc. Primera Edición. USA. 1995

-
14. Brassard Michael y Colaboradores. El Impulsor de la Memoria II. Una Guía de Bolsillo con Herramientas para el Mejoramiento Continuo y la Planificación Eficaz. Ed. Goal-QPC y Joiner Associates Inc. Primera Edición. USA. 1994
 15. Brown Mike. Studying the work-related learning of adult educators: Communities of practice, communities of learning. RMIT University. Melbourne, Australia. 2003. (13pp)
 16. Callender Peter. Coaching today and tomorrow. Management Center Europe. Brussels, Belgium. November 2003 (2pp) www.mce.be
 17. CCHSE Canadian College of Health Service Executives. Professional Competencies for Canadian Healthcare Managers. Ottawa Canadá. (4pp)
 18. Competencias Laborales: Base para mejorar la empleabilidad de las personas. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá, Colombia. Agosto 2003 (16pp)
 19. Core Competencies for Public Health Professionals. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. USA. April 2001 <http://www.trainingfinder.org/competencies/list.htm>
 20. Colley Helen, Phil Hodgkinson & Janice Malcolm (2002) Non-formal learning: mapping the conceptual terrain. A Consultation Report, Leeds: University of Leeds Lifelong Learning Institute. Also available in the informal education archives: http://www.infed.org/archives/e-texts/colley_informal_learning.htm
 21. Counte Michael Ph.D. and John F. Newman, Ph.D. Competency based Health Services Management Education: Contemporary Issues and Emerging Challenges. The Journal of Health Administration Education. Vol. 20, No.2, Fall 2002. Pp 113-122

-
22. Counte Michael, William E. Aaronson y Bernardo Ramirez. International Health Services Management Education: An Overview of Major Efforts and Lessons Learned During the 1990's (Educación en Administración de Servicios de Salud Internacional: Una Revisión de los Esfuerzos más importantes y las Lecciones Aprendidas en los 1990's (co-author). The Journal of Health Administration Education 18:4, Fall 2000. Washington D. C. (pp 441-459)
23. D'Amico Karen and Debra Baran. The Ameritech Process for Designing High-Performance Change-Management Teams. Case Study. Journal of Innovative Management. Ed. Goal/QPC. Vol. 6, Number 14, Summer 001. (Pp. 59-75)
24. Dressler Gary y Ricardo Varela. Administración de Recursos Humanos: Enfoque Latinoamericano. 2ª Edición. Pearson Educación de México SA de CV, México. 2004
25. Elsenheimer, J. Job Aids in the Technology Age. Performance Improvement (37) 8:32-35. 1998
26. Glosario de Términos Técnicos. Certificación de Competencias Profesionales. Organización Internacional del Trabajo. 2002.
27. Gorham Haiman Nancy. Competence in Hospitals. The Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO). USA. 2002 (149 pp)
28. Griffith John MBA, Gail L. Warden MHA, Kamilah Neighbors, MHSA and Beth Shim MHSA. A New Approach to Assessing Skills Needs of Senior Managers. The Journal of Health Administration Education. Vol. 20, No 1, Winter 2002 pp 75-98
29. Hackett Karen. Competencies for the successful healthcare executive. American College of Healthcare Executives. Chicago. 2001.

-
30. Hager Paul. Current Theories of Workplace Learning: a Critical Assessment. University of Technology. Sydney. 2002. (6pp)
31. Ibarra Almada Agustín. Formación de los Recursos Humanos y Competencia Laboral. Boletín del Centro Interamericano de Investigación y documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR)/ Organización Internacional del Trabajo (OIT). No. 149. Mayo'Agosto de 2000. (14pp)
32. Institute of Medicine (IOM) "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century", Report. Washington DC. March 1, 2001. (337pp) Full report available online at: <http://www.nap.edu/catalog/10027.html> . Executive Summary [23p.] at: http://books.nap.edu/html/quality_chasm/exec_summ.pdf
33. Irigoin Maria et al. Mapa de Competencias de la Comunicación para el Desarrollo y el Cambio Social: Conocimientos, habilidades y actitudes en acción. Basado en la Conferencia "Competencias: comunicación para el desarrollo y el cambio social", celebrada en el Centro de Conferencias y Estudios de la Fundación Rockefeller en Bellagio, Italia. Febrero 2002. Proyecto CHANGE/ OPS/ USAID. Washington DC (83 pp)
34. Irigoin María y Fernando Vargas. Competencia laboral: Manual de Conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud. CINTERFOR/OPS. Montevideo, Uruguay (252pp)
35. Kak Neeraj, Bart Burkhalter, y Merri-Ann Cooper. Measuring the Competence of Healthcare Providers. (Midiendo la Competencia de Proveedores de Salud). Issue Paper. Quality Assurance Project. July 2001, Vol. No. 2, Issue 1. <http://www.gaproject.org/index1.html>
36. Klemp George, Leadership competencies: Putting it all together. Cambria Consulting. 2004. (9pp)
37. Knebel Elisa et al. the use of Manual Job Aids by Health Care Providers: What do we know? Issue Paper, The Quality Assurance Project. February 2000, Vol. 1, USA.

-
38. Kohn Linda T., Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, D.C. 1999 (30pp)
39. Laur-Ernst Ube. Flexibilidad y normalización no son contradictorias. Innovaciones en el sistema Alemán de educación y formación profesional. Boletín CINTERFOR. No. 149. Mayo-Ago 2000. (16pp)
40. Lefcovich Mauricio. La capacitación en la empresa. Aspectos a tener en cuenta. Artículo en el Internet, 2002.
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EplIEkuAFkZJsasjvR.php>
41. Mintzbert Herry. Managers not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development. Barret-Koehler Publishers, Inc. June 2004 (480pp)
42. MSH-Management Sciences for Health. Supervisor Competency: Self-Assessment Inventory. Family Planning Management Development Technical Unit of MSH. USA, October 1998 (pp7)
43. NCHL, Health Management Core Competencias Model. Nacional Center for Healthcare Leadership. 2002.
44. OPS. Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Competencia como principio para preparación de Personal de Salud. Bibliografía Anotada. Serie HSR-25. Washington DC. Octubre 2000 (47pp)
45. Pedraza López Bonifacio. La nueva formación profesional en España ¿Hacia un sistema Nacional de Calificaciones Profesionales? Boletín CINTERFOR No. 149. Mayo-Ago 2000 (18pp)

-
46. Pickett, Les. Competencies and Managerial Effectiveness: Putting competencies to Work. *Public Personnel Management* 27 (1) 1998. (pp103-115)
47. Prieto Isabel María y Elena Revilla. La naturaleza dual de la gestión del conocimiento: Implicaciones para la capacidad de aprendizaje y resultados organizativos. *Revista Latinoamericana de Administración*. Vol. 32, CLADEA. Bogotá, 2004 (pp. 47-75)
48. Pulido Noemí Lidia. El Proceso de Identificación de las Necesidades de Capacitación gerencial en el sector Público. XII Concurso de Ensayos del CLAD "Las Transformaciones Necesarias en la Capacitación de Servidores Públicos para un Estado de Transformación" Caracas, 1999.
http://www.clad.org.ve/siare/biblo/biblo_a.html
49. Ramirez Bernardo. Educación y Capacitación en Administración de Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: El Programa de Desarrollo de la AUPHA. *The Journal of Health Administration Education*. Vol. 11 No. 1 Winter 1993, Arlington Virginia. (pp135-147)
50. Ramirez Bernardo y Carmen Moga. Tools for Teaching and Learning with the Case Study Method (Herramientas para Enseñar y Aprender con el Método de Casos de Estudio).. *The Journal of Health Sciences Management and Public Health*. National Health Management Center of Georgia/ The University of Scranton, Pennsylvania. Vol. 3, No. 1, 2002. (pp 76-83)
51. Reza Trosino Juan Carlos. El ABC del Instructor 2. Y También del Facilitador de procesos de grupos comunitarios, educativos, de Formación Profesional y Aprendizaje Efectivo para el Tercer Milenio. Editorial Panorama. 1ª. Edición. México. 2002

-
52. Rodríguez Méndez L. Gestión del conocimiento y competencia laboral. Competencia Laboral. México V.6 No. 22 Abr-Jun 2002 (pp 20-30)
53. Romano Michael. A good education. Modern Healthcare. March 1, 2004. (pp 6-7 & 14)
54. Romano Michael. Masters of the Universe. Modern Healthcare. January 19, 2004. (pp 6-7 & 14-15)
55. Rossett A. and Gautier-Downes. A Handbook of Job Aids. San Francisco. Pfeiffer. 1991
56. Rothwell W. J. Beyond Training and Development. New York: AMACOM. 1996
57. Ruyle K.E. Developing Great Job Aids. Technical & Skills Training. (7):27-31. 1990
58. Senge Peter. The Dance of Change: The Challenges to Sustaining Momentum in Learning Organizations. Study Notes prepared by the Society for Organizational Learning. New York, Doubleday, November 2001. (7pp) www.solonline.org
59. Smith, M. K. 'Learning theory', the encyclopedia of informal education, 1999 www.infed.org/biblio/b-learn.htm,
60. Smith M. K. Informal Learning. Theory and Practice. The encyclopedia of informal education, 1999. <http://www.infed.org/biblio/inf-lrn.htm>
61. Smith, M. K. (2001) 'David A. Kolb on experiential learning', the encyclopedia of informal education, <http://www.infed.org/b-explrn.htm>

-
62. Squires Paul. Supporting competencies-based learning (CBL). Applied Skills and Knowledge LLC. New Jersey 2002. (5pp)
63. Stockman, James E. Building a Quality HR Organization at GE. *Human Resource Management* 38 (2): 1999. (Pp. 143-146)
64. Swist Jeannette. Conducting a Training Needs Assessment. AMX International Incorporated. 2001. (5pp) <http://www.amxi.com/>
65. Tucker Marc y Betsy Brown Ruzzi. Un sistema Nacional de Normas de Competencia y Certificaciones para Estados Unidos: Etapas iniciales de implementación. Boletín CINTERFOR. No. 149. May-Ago 2000 (16pp)
66. Urlig Paul N. Improving Patient Care in Hospitals. A Case Study. Journal of Innovative Management. Ed. GOAL/QPC. Vol. 7 No. 1, Fall 2001. (pp 23-45)
67. Varela Otmar. Competencias y desempeño humano: Mito o realidad. Academia. Revista Latinoamericana de Administración. No. 30. CLADEA. Bogotá, Colombia. 2003 pp 97-108
68. Vargas Fernando. Evolución del enfoque de competencias en la formación profesional del personal. Seminario Internacional Formación Profesional y Gestión Productiva: Estrategias para el cambio en salud. CINTERFOR/OIT. Santiago de Chile, Octubre 15, 2002
69. Vargas Fernando, Fernando Casanova y Laura Montanaro. El enfoque de competencia laboral: Manual de Formación. CINTERFOR/OIT. Montevideo, Uruguay. 2001. (130pp)

70. Vargas Zúñiga Fernando. De las virtudes laborales a las competencias clave: un nuevo concepto para antiguas demandas. Boletín CINTERFOR. No.149 Mayo-Agosto del 2000. (16pp)

71. Vincola Ann and Nancy Mobley. Linking competencies and work/life programs is the key to gaining a competitive edge. Comuni-K Inc. Wisconsin. 2001 (6pp)

72. Viñas Montras Pere. Más allá del acto clínico. El rol y las responsabilidades de las profesiones sanitarias y en especial del médico en las organizaciones asistenciales modernas. Corporación Parc Tauli. Barcelona, España. Mayo 2001.
<http://www.cspt.es/webcspt/noticies/attach/Rol16pm.doc>

73. White Kenneth, Ph.D. Experiential Learning in Health Administration: A New Approach for New Times. The Journal of Health Administration Education. Vol. 20, No 2 Fall 2002. Pp 101-111

74. Wright, Donna. *The Ultimate Guide to Competency Assessment in Healthcare*. 2nd ed. Eau Claire, WI. USA. Professional Education Systems, Inc, 1998
<http://www.chcm.com/conferences/competency.asp>

75. Hernández y Rodríguez. Administración: Pensamiento, proceso, estrategia y vanguardia. McGraw-Hill Editores, México. 2002

76. Calhoun Judith y colaboradores. Competency Identification and Modeling in Healthcare Leadership. The Journal of Health Administration Education. Special Issue "Leadership Development and Health Management Education: Concepts for Focus and Change". Vol. 21, No. 4, Fall 2004. USA pp 418-440

77. Cortinois, Andrea Ph.D. et al. Hospitals in a Globalized World: A View from Canada. Healthcare Papers, Vol. 4, No.2, Toronto, Canadá. 2003

9.- Anexos

Anexo 1. Lista de Instituciones consultadas para obtener información para el trabajo, a través de visitas, conferencias telefónicas, correo electrónico, congresos y sus páginas de Internet

Anexo 2. Lista de Profesionales y Educadores que se consultaron para el trabajo

Anexo 3. Diagnóstico Situacional del Hospital

Anexo 4. Ejemplo de un Mapa Funcional de una Competencia

Anexo 5. Hallazgos en la aplicación del cuestionario

Anexo 1.

Lista de Instituciones consultadas para obtener información para el trabajo, a través de visitas, conferencias telefónicas, correo electrónico, congresos y sus páginas de Internet:

1. La Comisión Acreditadora de Educación en Administración de Servicios de Salud. The Accrediting Commission on Education for Health Services Administration - Commission for Accreditation in Health Management Education (ACHESA-CAHME) <http://www.acehsa.org/>

Esta organización es la responsable de acreditar los programas de administración de servicios de salud en los Estados Unidos y en Canadá. Proporciona guías y referencias para el proceso de acreditación y mejoramiento de calidad de la educación en administración de servicios de salud. Los criterios de acreditación revisados en el 2003 y actualmente en aplicación se pueden encontrar en la siguiente pagina: <http://www.acehsa.org/criteria.htm> . En el momento actual, se encuentra en transformación que incluye el mismo nombre. Las organizaciones que componen la Comisión, siguen siendo las mismas.

2. La Asociación de Programas Universitarios en Administración de Salud. The Association of University Programs in Health Administration (AUPHA) <http://www.aupha.org/>

La AUPHA es una organización de membresía internacional, sin fines de lucro que agrupa a los programas universitarios, a los profesores, a los ejecutivos y a otras organizaciones relacionadas con la educación de administración de salud. La organización se fundó en 1948 para promover la cooperación e intercambio entre educadores de administración de servicios de salud en Norteamérica. Con los años extendió su membresía y ahora incluye programas asociados en casi todos los países del mundo. La base de su membresía son los programas de Maestría, doctorado y pregrado ubicados en las Universidades Norteamericanas y Canadienses

Información más detallada de estos programas se puede encontrar en las siguientes páginas: [Miembros de la AUPHA](#)

Además la AUPHA agrupa a los profesores por áreas temáticas en los Foros de Profesores. Se puede establecer una relación con los Foros en la siguiente página http://www.aupha.org/info_Resource/forums/ Los Foros funcionan en las siguientes áreas académicas o temáticas:

- [Educación a Distancia](#)
- [Diversidad](#)
- [Educación de Doctorado](#)

- Ética
- Finanzas y Economía
- Administración de Recursos Humanos
- Sistemas de Información
- Enseñanza en el Aula Innovativa
- Salud Internacional
- Atención de la Tercera Edad
- Medicina de Prepago
- Gerencia de Grupos Médicos/Atención Ambulatoria
- Comportamiento y Teoría Organizacional
- Política de Salud
- Salud Pública
- Mejoramiento de la Calidad
- Salud Rural
- Pensamiento Estratégico
- Mujeres Gerentes

La Revista de Educación en Administración de Salud. The Journal of Health Administration Education (<http://www.e-guana.net/organizations.php3?action=printContentItem&orqid=75&typeID=507&itemID=3755>) Es una revista académica que reseña investigación, casos de estudio y ensayos que se muestran los últimos avances de la disciplina escritos por profesores y profesionales del campo al nivel internacional. Es la guía más autorizada sobre los últimos desarrollos académicos de esta profesión. Esta revista establece el estándar de calidad de la disciplina internacionalmente.

3. La Asociación Europea de Gerencia de Servicios de Salud. The European Healthcare Management Association (EHMA) <http://www.ehma.org/index.shtml>

La EHMA es una organización de membresía comprometida con el mejoramiento de la atención a la salud en Europa a través de elevar los estándares del desempeño en el sector salud.

4. El Colegio Americano de Ejecutivos de la Atención a la Salud. American College of Healthcare Executives (ACHE) <http://www.ache.org/>

El Colegio Americano de Ejecutivos de la Atención a la Salud es una agrupación internacional de 30,000 ejecutivos de servicios de salud que dirigen los hospitales, los sistemas y las organizaciones de servicios de salud más importantes de Estados Unidos y en el ámbito internacional. El Colegio se conoce por sus sistemas de credenciales, programas educativos, su reunión anual que atrae a más de 4 mil participantes, su revista y publicaciones.

5. La Asociación Mexicana de Hospitales A.C. (AMH)
<http://www.hospitales.org.mx/> y la Federación Internacional de Hospitales
 (IHF) <http://www.hospitalmanagement.net/>

La AMH fue fundada en 1953 y es la organización de su tipo más antigua en América Latina. Es la representante de la Federación Internacional de Hospitales, que es la agrupación profesional de asociaciones de hospitales en el mundo. Imparte uno de los mejores cursos intensivos para ejecutivos de la atención médica y el que tiene más antigüedad en México. Realiza conferencias, congresos, publicaciones y es un foro para el intercambio profesional en el campo de administración de servicios de salud.

6. Consejo de Relaciones entre la Academia y la Práctica de la Salud Pública
(Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice)
<http://www.phf.org/Link.htm>

El Consejo ha desarrollado un proyecto para determinar las competencias de educación y capacitación en los profesionales de la Salud Pública en los Estados Unidos.

El Consejo también ha desarrollado una lista de competencias que se pueden obtener en el siguiente documento:
<http://www.trainingfinder.org/competencias/comp.pdf>

Los miembros del consejo son las siguientes organizaciones que también contienen información relevante para el caso práctico:

American Association of Health Plans	www.aahp.org
American College of Preventive Medicine	www.acpm.org
American Public Health Association	www.apha.org
Association of Schools of Public Health	www.asph.org
Association of State and Territorial Health Officials	www.astho.org
Association of Teachers of Preventive Medicine	www.atpm.org
Association of University Programs in Health Administration	www.aupha.org
Centers for Disease Control and Prevention	www.phppo.cdc.gov
Health Resources and Services Administration	www.hrsa.gov
National Association of County and City Health Officials	www.naccho.org
National Association of Local Boards of Health	www.nalboh.org
National Environmental Health Association	www.neha.org
QUAD Council of Public Health Nursing Organizations	No web address

Society for Public Health Education

www.sophe.org

7. El Centro Nacional para el Liderazgo en Atención a la Salud. National Center for Healthcare Leadership. NCHL. <http://www.nchl.org/>

NCHL 2003 Annual Report

El Centro Nacional para el Liderazgo en Atención a la Salud (The National Center for Healthcare Leadership - NCHL) es una organización sin fines de lucro que trabaja para asegurar que el liderazgo de la más alta calidad esté disponible para todas las disciplinas de gerencia de servicios de salud, incluyendo enfermería y medicina, para que alcancen los retos de proporcionar alta calidad de atención a la salud en el siglo 21.

El NCHL tiene dos proyectos de demostración uno dirigido a los programas académicos de administración de salud y otro para los proveedores de servicios de salud.

Existen varios consejos asesores que son:

1. [Advisory Council on Health Management Recruitment and Diversity](#)
2. [Advisory Council on Healthcare Leadership Competencies](#)
3. [Advisory Council on Advanced Leadership Development](#)
4. [Advisory Council on Research and Evaluation](#)

Adicionalmente la Comisión para la Acreditación, a [Blue Ribbon Task Force on Accreditation](#) conjuntamente con ACEHSA ha terminado su informe [final report](#).

8. El Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional CINTERFOR. Organización Internacional del Trabajo (OIT)

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/index.htm>



Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional



Organización
Internacional
del Trabajo
Trabajo Decente para Todos

Organización Internacional del Trabajo

¿Qué es la Competencia Laboral?

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Existen múltiples y variadas definiciones en torno a la competencia laboral. Un concepto generalmente aceptado la establece como una capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada. La competencia laboral no es una probabilidad de éxito en la ejecución del trabajo, es una capacidad real y demostrada.

A continuación podrá consultar varias definiciones sobre competencia laboral:

CONOCER: (México)

INEM (España):

POLFORM/OIT:

Provincia de Quebec:

Consejo Federal de Cultura y Educación (Argentina)

Australia

Alemania

NCVQ:

Enfoque conductista:

CONOCER (México)(1): Capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos de desempeño en un determinado contexto laboral, y no solamente de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes; éstas son necesarias pero no suficientes por sí mismas para un desempeño efectivo.

INEM(España)(2): "las competencias profesionales definen el ejercicio eficaz de las capacidades que permiten el desempeño de una ocupación, respecto a los niveles requeridos en el empleo. "Es algo más que el conocimiento técnico que hace referencia al saber y al saber-hacer". El concepto de competencia engloba no sólo las capacidades requeridas para el ejercicio de una actividad profesional, sino también un conjunto de comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de información, etc., considerados necesarios para el pleno desempeño de la ocupación.

POLFORM/OIT(3): La competencia laboral es la construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no sólo a través de la instrucción, sino también –y en gran medida- mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo.

Cabe mencionar que la OIT ha definido el concepto de "Competencia Profesional" como la idoneidad para realizar una tarea o desempeñar un puesto de trabajo eficazmente por poseer las calificaciones requeridas para ello(4). En este caso, los conceptos competencia y calificación, se

asocian fuertemente dado que la calificación se considera una capacidad adquirida para realizar un trabajo o desempeñar un puesto de trabajo.

Provincia de Quebec: Una competencia es el conjunto de comportamientos socio-afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, una función, una actividad o una tarea.

Consejo Federal de Cultura y Educación (Argentina): Un conjunto identificable y evaluable de conocimientos, actitudes, valores y habilidades relacionados entre sí que permiten desempeños satisfactorios en situaciones reales de trabajo, según estándares utilizados en el área ocupacional

AUSTRALIA (5): La competencia se concibe como una compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño de situaciones específicas. Es una compleja combinación de atributos (conocimiento, actitudes, valores y habilidades) y las tareas que se tienen que desempeñar en determinadas situaciones.

Este, ha sido llamado un enfoque holístico en la medida en que integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo. Nos permite incorporar la ética y los valores como elementos del desempeño competente.

ALEMANIA (6): Posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible, está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo.

National Council for Vocational Qualifications (NCVQ): En el sistema inglés, más que encontrar una definición de competencia laboral, el concepto se encuentra latente en la estructura del sistema normalizado. La competencia laboral se identifica en las normas a través de la definición de elementos de competencia (logros laborales que un trabajador es capaz de conseguir), criterios de desempeño (definiciones acerca de la calidad), el campo de aplicación y los conocimientos requeridos.

En este sistema se han definido cinco niveles de competencia que permiten diferenciar el grado de autonomía, la variabilidad, la responsabilidad por recursos, la aplicación de conocimientos básicos, la amplitud y alcance de las habilidades y destrezas, la supervisión del trabajo de otros y la transferibilidad de un ámbito de trabajo a otro.

¿Qué es el nivel de competencia?

Las normas de competencia laboral están elaboradas para reflejar condiciones reales de trabajo que se presentan en diferentes grados de complejidad, variedad y autonomía. Tales grados generan distintos niveles de competencia requeridos para el desempeño.

En el sistema aplicado en el Reino Unido, los niveles se han estructurado a partir del análisis de las funciones productivas. Su intención fue la de crear un marco de referencia lo suficientemente amplio para conservar un sentido de flexibilidad y mantener las posibilidades de los individuos para transferir sus competencias a nuevos contextos laborales.

La definición de niveles hace parte de las estructuras de los sistemas normalizados de certificación de competencia laboral; su utilización permite visualizar las posibilidades de ascenso y transferencia entre diferentes calificaciones.

Los cinco niveles de competencia definidos en el Reino Unido son:

Nivel 1: Competencia en la realización de una variada gama de actividades laborales, en su mayoría rutinarias y predecibles.

Nivel 2: Competencia en una importante y variada gama de actividades laborales, llevadas a cabo en diferentes contextos. Algunas de las actividades son complejas o no rutinarias y existe cierta autonomía y responsabilidad individual. A menudo, puede requerirse la colaboración con otras personas, quizás formando parte de un grupo o equipo de trabajo.

Nivel 3: Competencia en una amplia gama de diferentes actividades laborales llevadas a cabo en una gran variedad de contextos que, en su mayor parte, son complejos y no rutinarios. Existe una considerable responsabilidad y autonomía y, a menudo, se requiere el control y la provisión de orientación a otras personas.

Nivel 4: Competencia en una amplia gama de actividades laborales profesionales o técnicamente complejas llevadas a cabo en una gran variedad de contextos y con un grado considerable de autonomía y responsabilidad personal. A menudo, requerirá responsabilizarse por el trabajo de otros y la distribución de recursos.

Nivel 5: competencia que implica la aplicación de una importante gama de principios fundamentales y técnicas complejas en una amplia y a veces impredecible variedad de contextos. Se requiere una autonomía personal muy importante y, con frecuencia, gran responsabilidad respecto al trabajo de otros y a la distribución de recursos sustanciales. Asimismo, requiere de responsabilidad personal en materia de análisis y diagnósticos, diseño, planificación, ejecución y evaluación.

1. CONOCER. La normalización y certificación de competencia laboral: Medio para incrementar la productividad de las empresas. Presentación en Power Point. Marzo de 1997.

2. INEM. Metodología para la ordenación de la formación profesional ocupacional. Subdirección general de gestión de formación ocupacional. Madrid. 1995.

3. Ducci, María Angélica. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. En: Formación basada en competencia laboral. Cinterfor/OIT.

Montevideo. 1997.

4. OIT. Formación profesional. Glosario de términos escogidos. Ginebra. 1993.

5. Gonczi, Andrew; Athanasou, James. Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectiva de la teoría y la práctica en Australia. Ed. Limusa. 1996

6. Bunk, G. P. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales en la RFA. Revista CEDEFOP No. 1. 1994

Anexo 2.**Lista de Profesionales y Educadores que se consultaron para el trabajo:**

1. Gary Filerman Ph.D. Director del Programa de Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Georgetown y expresidente de la AUPHA, Washington USA.
2. Daniel West Ph.D. Director del Programa de Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Scranton, Pennsylvania, USA
3. Michael Counte Ph.D. Director del Programa de Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Saint Louis en Missouri, USA
4. William Aaronson Ph.D. Director del Programa de Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Temple en Filadelfia USA.
5. Peter Droog. MHA Coordinador del estudio de reforma de los hospitales de la ciudad de Yerevan en Armenia. Ex director del hospital Charing Cross en Londres, Inglaterra.
6. Sergey Kachatryan MD Coordinador del programa de Reforma Hospitalaria de la ciudad de Yerevan, en Armenia.
7. Gagik Stamboltsyan MD Director del hospital General numero 8 de la ciudad de Yerevan, en Armenia
8. Rafael Martínez Psic. Director del programa de Capacitación para América Latina de la AUPHA y el programa de Capacitación de ejecutivos de hospitales en Paraguay.
9. Antonio Hurtado MD Director del grupo Conssalud y exdirector del Hospital Mocel. Exdirector de mercadotecnia del hospital ABC y del Hospital Angeles
10. Humberto Novaes MD Presidente de INTECH y ex director para América Latina del programa de Acreditación de Hospitales de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC

11. Rufino Macagba MD Presidente de Health Development Internacional. Presidente del Grupo Lorma de hospitales en Manila, Filipinas.
12. Alfredo Solari MD Ejecutivo Principal del Area de Salud en el Banco Interamericano de Desarrollo en Washington DC y ex Ministro de Salud de Uruguay
13. James Rice Ph.D. Presidente Internacional Health Summit LLC, USA y Cambridge International Health Leadership Programme, Inglaterra.
14. Aaron Liberman Ph.D. Profesor Programa de Administración de Salud de la Universidad de Florida Central, USA y exdirector de una compañía de medicina de prepago.

Anexo 3: Diagnóstico Situacional del Hospital

El proyecto de mejora del Hospital se basa en un exhaustivo diagnóstico efectuado por el Ministerio en la elaboración del anteproyecto en el cual se utilizaron criterios de evaluación de la Joint Commission International, donde se examinaron procesos y funciones de las organizaciones y sobre el paciente.

En resumen la situación encontrada en el Hospital es la siguiente:

1. Capacidad de gestión propia y de toma de decisiones limitada en el hospital:

Los gerentes de la organización no usan como herramienta la planificación y la monitorización de la gestión y mejora de la calidad y no utilizan indicadores para evaluar el funcionamiento de los procesos.

No se cuenta con un plan escrito para el programa de gestión y mejora de la calidad. Los dirigentes no actúan como líderes y como tal no brindan ayuda tecnológica ni de otro tipo a la mejora de la gestión y mejora de la calidad.

El personal no se encuentra informado ni participa en un programa de gestión y mejora de la calidad.

La estructura organizativa actual no favorece la comunicación y faltan órganos de participación y tampoco favorece la supervisión de los aspectos de ética profesional ni de la calidad de los servicios médicos. Los Jefes de Departamento o Servicio no son involucrados como facilitadores para la orientación y formación del personal a su cargo tampoco participan en la evaluación del rendimiento y calidad de su servicio.

No todo el personal implicado en la gestión de la organización, en la atención clínica y de apoyo está involucrado con un programa de calidad en su organización y tampoco se encuentran capacitados en procesos de mejora de la calidad. El

Hospital tampoco cuenta con un sistema de monitoreo que integre el sistema de gestión y la Calidad de la organización.

2. Escasa o insuficiente formación y habilidades en gestión y administración en los directivos del hospital. La mayoría de los directivos de hospital tienen una formación clínica y en su experiencia no se han capacitado en procesos de gestión o administración de servicios.

3. Centralización de decisiones operativas al nivel de los centros asistenciales. La toma de decisiones sobre la disposición de los recursos físicos, financieros y humanos se realizan en el ámbito central del Ministerio, en este sentido los Gerentes del Hospital carecen de responsabilidad para la compra de insumos básicos, renovar equipamiento o definir la planilla necesaria para cumplir la misión del hospital, todo esto limita incluso de su responsabilidad para cumplir las leyes y normativas vigentes. Ante esta situación se nota que los Gerentes no pueden actuar como tal y tampoco muestran capacidad para interactuar con otros profesionales por el escaso desarrollo organizacional.

4. No existe un plan o programa de gestión y seguridad de las instalaciones y equipos. No se planifican ni se implementan actividades relacionadas a la Seguridad de los edificios, terrenos y equipos y no cuentan con un sistema que evite el peligro para sus ocupantes. No está claramente definido un sistema de Vigilancia que proteja la propiedad y a sus ocupantes de posibles lesiones o pérdidas. No existe un sistema de control del manejo de los Materiales peligrosos, no se controla la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales peligrosos, y no se eliminan adecuadamente los residuos peligrosos. No se planifica una respuesta eficaz ante epidemias, desastres y emergencias. El sistema de Seguridad contra incendios es deficiente y no existe un aparato para proteger al edificio y a sus ocupantes del fuego y del humo y tampoco se toman acciones ni se selecciona el Equipo médico que se usa para reducir los riesgos laborales. Finalmente en los diversos sistemas de Instalaciones que existen como el sistema eléctrico y el de

abastecimiento de agua, entre otros no existe un plan para minimizar el riesgo de fallos de funcionamiento, Igualmente ocurre con los sistemas de gases médicos; recolección y evacuación de aguas negras y pluviales; generación y distribución de vapor; sistemas de comunicación pública y climatización, extracción y ventilación.

5. Centralización del trabajo de mantenimiento con escasa delegación de funciones, salvo excepciones (HET) y ausencia de planes de mantenimiento preventivo de equipos e instalaciones. El hospital no cuenta con un inventario del equipo médico incluyendo aquellos equipos cedidos por la industria del sector (ejemplo autoanalizadores de laboratorio), tampoco se planifican actividades de inspección al equipo médico de manera regular, y no se comprueba si el equipo se encuentra acorde en cuanto a su uso y requisitos y finalmente no se sabe cuando se requiere realizar un mantenimiento preventivo. Con relación al mantenimiento general del hospital no existe un plan de mantenimiento y seguimiento regular, según sea necesario para mejorar los sistemas eléctricos, de agua, residuos, ventilación y gases medicinales entre otros sistemas. Esto incluye los generadores de emergencia.

6. No existe un Sistema de Gestión Económico Financiera en el Hospital y no se realiza en ningún hospital del Ministerio la contabilidad analítica.

7. Frecuentemente faltan insumos imprescindibles por que no existe un Sistema de Gestión de Logística. Debido a la excesiva concentración en la estructura central del Ministerio, no existe un Sistema de Gestión de Logística a nivel Hospitalario y con frecuencia faltan insumos imprescindibles para el cumplimiento de los protocolos de atención de las principales patologías. Al mismo tiempo en las bodegas (almacenes) del hospital se almacenan grandes cantidades de productos debido a la desconfianza en el suministro. Se hace necesario establecer un Sistema de Gestión de Logística que satisfaga las necesidades de la organización.

8. Organigramas distintos o interpretados de manera diferente, no utilizados en la dirección del centro hospitalario. Escasa difusión de los organigramas, pendientes de aprobación. El organigrama aprobado (estratégico y dirección médica) es poco conocido en la organización incluidos algunos directivos que desconocen si está aprobado o no. Otros esquemas organizativos del organigrama están confeccionados pero sin aprobarse. Hace falta aprobar el organigrama completo del hospital y Centros Periféricos. El órgano de gobierno del Ministerio debe de dotar a los centros sanitarios de un organigrama básico pero sólido y con todos los elementos imprescindibles.

9. Gestión de recursos humanos y procesos de selección son mejorables; falta de control del desempeño profesional de médicos y enfermeras. La descripción de los puestos de trabajo existe pero es desconocida por la organización, no se define la formación de habilidades y conocimientos de algunos puestos de trabajo. Así por ejemplo en el caso de las enfermeras profesionales y auxiliares no se acredita que la selección se realice de acuerdo a estos parámetros ya que se realiza por indicación de las responsables de enfermería sin valoración previa objetiva y documentada de su aptitud para cumplir con la misión del hospital y las características del puesto de trabajo. Las contrataciones de los jefes de departamento de los servicios centrales del Ministerio y otros cargos de confianza deben de realizarse con criterios de "confianza" en el caso de que los cargos no sean vitalicios. En todo caso al componente subjetivo que lleva consigo un puesto de confianza se le deben de sumar criterios objetivos que ayuden a la toma de decisiones. Una mayor información sobre las características de la persona que va a ocupar un puesto de libre designación ayuda para tomar una decisión acertada. Deben establecerse mecanismos de control de la unidad de personal que eviten que personas con contratos temporales pasen a fijas por errores de gestión. Esto ha ocurrido por sobrepasarse los plazos legales. Deben de establecerse evaluaciones periódicas del desempeño en su puesto de trabajo de todo el personal. Esta información debe servir para acciones de mejora como la formación continua, mejora de la actuación, etc. Los expedientes del personal deben de guardar copias

autenticadas de las titulaciones y otros méritos aportados. Los títulos una vez cotejados deben de comprobarse su autenticidad en la fuente primaria.

Debe de realizarse un plan que recoja el número, tipo de personal y calificaciones requeridas. Debe de elaborarse en colaboración de líderes sanitarios y de gestión. El plan debe de revisarse continuamente y actualizarse en caso necesario. Para cálculo del personal que se requiere en una unidad deben de utilizarse métodos objetivos como la gravedad de los pacientes, cargas de trabajo, etc.

Todo lo anterior debe de asegurarse independientemente del tipo de vinculación contractual de la persona con el Ministerio (directa o intermediada). Es decir es válido también para personal de subcontratas como hemodiálisis, limpieza, cocina o vigilancia.

10. No existe acceso a tecnología de la información ni esta parece ser importante para los profesionales médicos y de enfermería. No existe confidencialidad de los datos clínicos y personales de los pacientes. La planificación de las necesidades de información de los profesionales sanitarios no está adecuadamente desarrollada. Situación similar es la de los profesionales que gestionan la información. Respecto a las agencias o personas ajenas a la organización como secretaría de salud la planificación es escasa. La confidencialidad, seguridad y la integridad de los datos no están contempladas en ningún plan. Las necesidades de datos e información de las personas de dentro y fuera de la organización no están debidamente cubiertas. La participación del personal sanitario y de gestión en la selección y el uso de la tecnología de gestión de la información no ha comenzado. Esta previsto por el Ministerio el inicio de una consultoría que diseñe e implemente un sistema de gestión de la información. Estos sistemas son costosos pero necesarios. Para que integre las actividades de todas las unidades de la organización se requiere que el personal sanitario y de gestión participe en el proceso de selección. El acceso a la información no respeta los criterios de seguridad y confidencialidad que debe de tener una organización sanitaria. Las historias clínicas no están seguras en cuanto a

la pérdida, manipulación acceso indebido o la destrucción (fuego). La integración de la información existente es escasa de forma que no apoya debidamente la gestión y el gobierno de la organización.

11. El proceso de admisión de pacientes, desde el ingreso hasta el alta carece de cohesión y los traslados son efectuados sin conocimiento de admisiones. El paciente ingresa por el servicio de admisión, la cama se le adjudica en la unidad receptora, los traslados son efectuados sin conocimiento de admisiones. El alta es efectuada por el servicio que la realiza pero en admisiones no se contrasta que el paciente se ha dado de alta. En la normativa también se echan en falta referencias a la admisión urgente o a los pacientes en observación. La continuidad y coordinación de la asistencia no está aseguradas. Actualmente se encuentra en proceso de mejora la gestión del proceso de admisión de los pacientes.

12. El informe de alta del paciente es insuficiente y en urgencias no se realiza informe alguno de alta.

13. El contenido de la historia clínica de cada especialidad no está determinado. Las historias clínicas de urgencias deben de contener la hora de llegada, estado del paciente al alta, conclusiones al final del tratamiento e instrucciones de atención para la continuidad de la atención. La revisión de las historias clínicas mediante una muestra significativa no se hace.

Necesidad de mejora en el tratamiento de la información y manejo de historias clínicas. La cantidad de datos agregados para apoyar la atención al paciente y la gestión de la organización es escasa. No existe un análisis de los egresos mediante técnicas de agrupadores isocoste (case-mix) tipo Diagnosis Related Group (DRG), Patient Management Categories (PMC), etc. Esta tecnología es básica para establecer Contratos de Gestión mediante los Planes Operativos Anuales. También es necesaria para la contratación de proveedores externos de servicios

hospitalarios. La participación en bases de datos externas es escasa por lo que no permite identificar oportunidades de mejora.

14. Inexistencia de un plan de mejora de la calidad asistencial que abarque las áreas importantes y no se usan indicadores para evaluar el funcionamiento de los procesos. No existe un proceso consistente de planificación e implementación de mejoras de la calidad, no se tiene establecido las áreas prioritarias de mejora, no existen responsables de la mejora y se carece de aspectos normativos necesarios para introducir mejoras.

15. Escasa protocolización clínica y de enfermería que dificulta la evaluación del desempeño y de los resultados. En algunos casos se nota la existencia de normas y algoritmos pero existe una escasa aplicación.

16. Sé esta capacitando para mejorar la gestión del proceso de admisión de los pacientes.

17. La regulación del uso de medicamentos es muy rudimentaria por no decir inexistente. La regulación del uso de medicamentos está insuficientemente desarrollada. El Comité Central o los Comités locales no suelen tocar aspectos como la calidad. En algún centro la comisión de farmacia lleva año sin reunirse. La supervisión del uso de los medicamentos en el hospital es muy rudimentaria por no decir inexistente.

La protección contra la pérdida o robo de medicamentos es escasa. Se amontonan en bodegas escasamente vigiladas. Incluso en el vestíbulo del Ministerio puede verse grandes montones de cajas con medicamentos al alcance de cualquiera.

Los medicamentos de urgencias (carro rojo) no están en condiciones. No se sabe cuales debe de haber, faltan y están caducados. No se asegura su disponibilidad en caso de necesidad.

La prescripción y administración de medicamentos debe de mejorarse. En la mayoría de las unidades analizadas se han encontrado medicamentos preparados para su administración que no cumplían los requisitos de administración segura (jeringas sin rotular, sin especificación de la concentración y sin fecha y hora. En un solo caso figuraba la fecha y era de una semana antes.

La nutrición artificial aunque se realiza por medio de catering no está regulada por normas y procedimientos. Su almacenamiento no es el adecuado. El almacenamiento de medicamentos es inadecuado. Si deben de estar refrigerados no se hace adecuadamente. No se revisan las caducidades.

La preparación de medicamentos no es correcta. Se realiza en áreas con déficit de las medidas más elementales de asepsia e higiene. El etiquetaje es inadecuado.

La inmovilización de medicamentos ante alarmas, etc. de carácter sanitario no existe.

El control de las reacciones adversas a los medicamentos no existe. En las farmacias no existe constancia de reacciones adversas en muchos años.

18. La alimentación y terapia nutricional presenta múltiples problemas. Las condiciones no son correctas. Se almacenan mal, la manipulación es incorrecta. La falta de limpieza es la norma. En el Hospital hay 4 personas destinadas a controlar la calidad de la actuación de la contrata externa pero no pudieron aportar ni un solo dato.

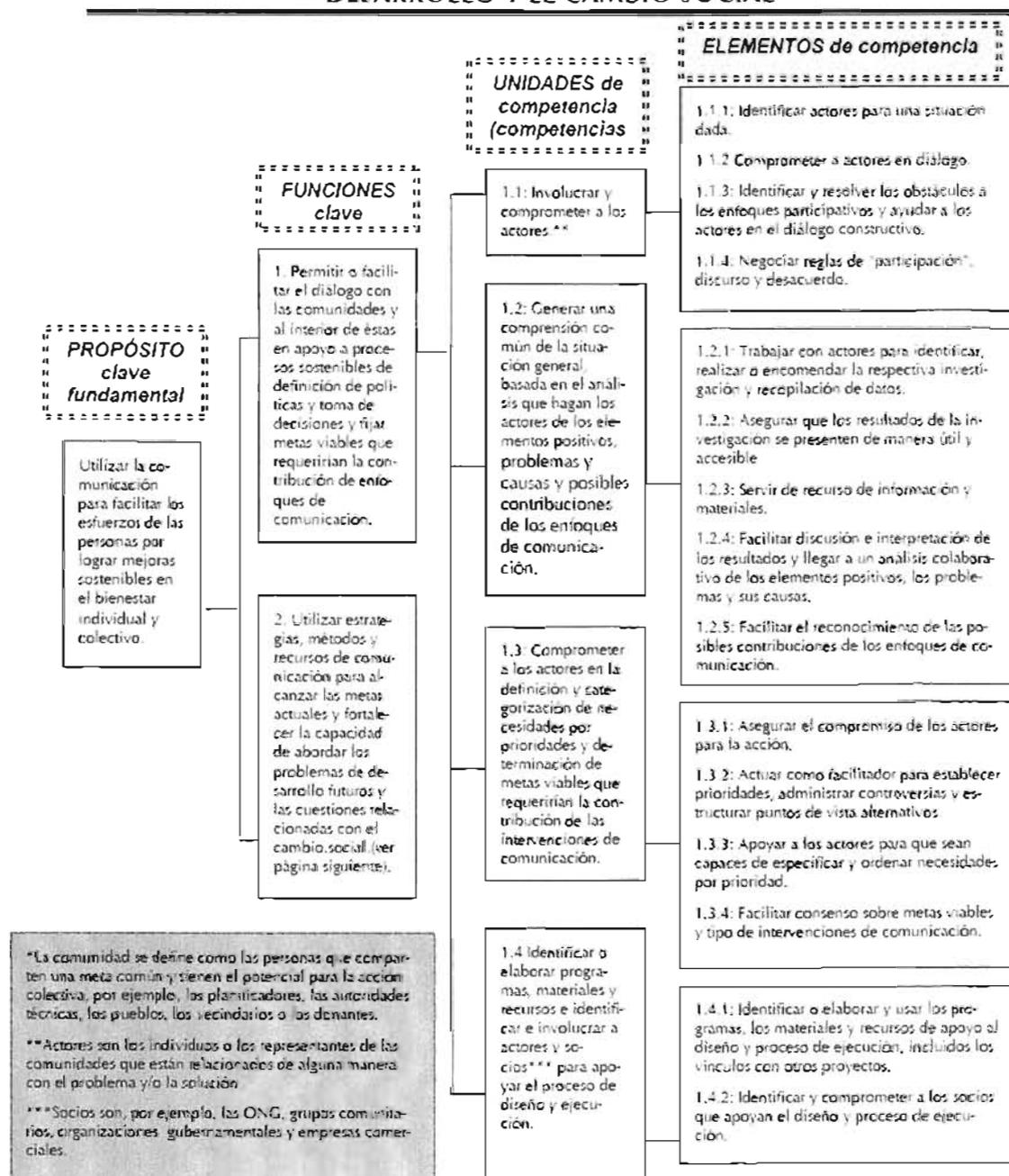
Los resultados que se resumieron de esta situación fue la siguiente:

1. Baja productividad de los servicios, aun que se ha mejorada la producción en los últimos meses por las mejoras que ha iniciado la institución.

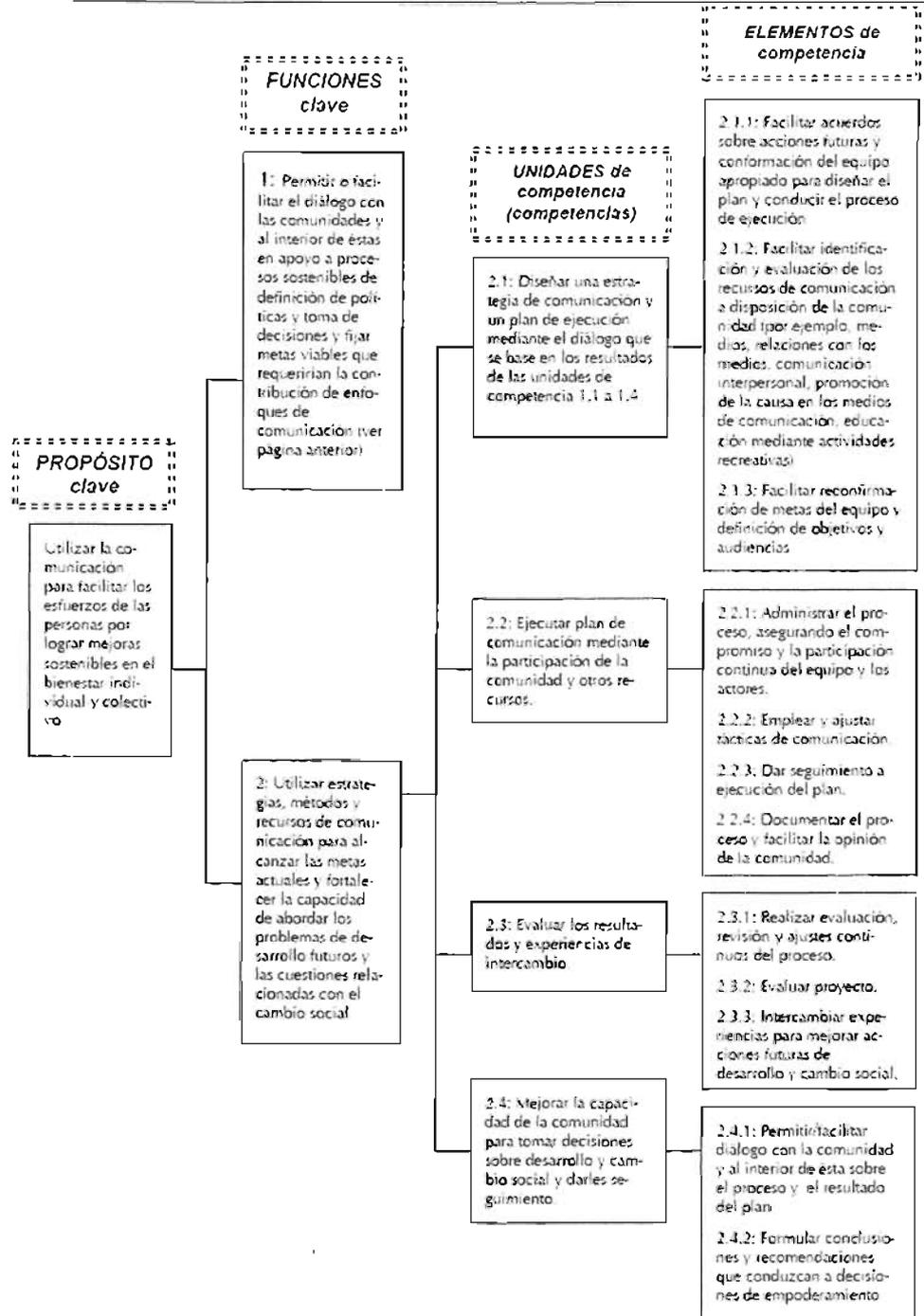
2. Baja calidad en la atención y en el control de los procesos de producción de servicios.
3. Mortalidad Infantil hospitalaria elevada a expensas de los Neonatos.
4. Carencia de un sistema estratégico de información.
5. Carencia de instrumentos de dirección y gestión con un proceso muy centralizado en la toma de decisiones.
6. Inadecuada organización de los servicios clínicos.
7. Sistemas inseguros para el control de desechos hospitalarios.
8. Elevadas tasas de infecciones nosocomiales.
9. Persisten déficit en infraestructura y equipamiento e incumplimiento de estándares de habilitación para el licenciamiento.

Anexo 4 Ejemplo de un Mapa Funcional de una Competencia

PARTE III. MAPA FUNCIONAL DE LA COMUNICACIÓN PARA EL
DESARROLLO Y EL CAMBIO SOCIAL



MAPA DE COMPETENCIAS DE LA COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO Y EL CAMBIO SOCIAL



Anexo 5. Hallazgos en la aplicación del cuestionario.

Este anexo contiene algunos de los principales hallazgos encontrados después de la aplicación de los cuestionarios a 47 profesionales de 4 hospitales seleccionados. Los encuestados forman parte de los equipos directivos de los hospitales (Director, subdirectores médico y administrativo, Directora de enfermería) y algunos jefes de los servicios claves como cirugía, urgencias, consulta externa, recursos humanos, recursos financieros y contabilidad, sistemas de información y servicios generales y mantenimiento.

El cuestionario se elaboró siguiendo la guía de competencias que se señalan en el *Cuadro 2* del *Capítulo 5*. Las respuestas del cuestionario se procesaron y se convirtieron en una parte crítica para el desarrollo del plan de desarrollo gerencial. Los detalles de estos cuestionarios se encuentran contenidos en una hoja de Excel en inglés.

Se utilizaron las categorías de competencias siguientes:

CATEGORIAS	COMPETENCIAS
1. Auto Gerencia	1. Administración del tiempo 2. Juntas y reuniones efectivas 3. Comunicación 4. Habilidades para hacer presentaciones 5. Retroalimentación 6. Habilidades para la Negociación
2. Planeación y Valoración	7. Gerencia Estratégica 8. Gerencia del cambio 9. Mercadotecnia social 10. Identificación y solución de problemas 11. Habilidades de Planeación 12. Gerencia de proyectos
3. Organización y Supervisión	13. Principios de administración y gerencia 14. Principios de supervisión 15. Organigramas, manuales de organización y de procedimientos
4. Administración de Recursos Humanos	16. Funciones de administración de personal 17. Evaluación del desempeño 18. Relaciones Laborales 19. Liderazgo y Desarrollo de equipos
5. Administración Financiera	20. Análisis de costos 21. Presupuestos
6. Administración de Instalaciones y Materiales	22. Administración de infraestructura e instalaciones 23. Administración de materiales 24. Administración de medicamentos 25. Mantenimiento y administración de equipos 26. Valoración de tecnología
7. Información y Toma de Decisiones	27. Principios de gerencia de la información 28. Recopilación y análisis de datos 29. Principios de toma de decisiones y Asignación de Recursos

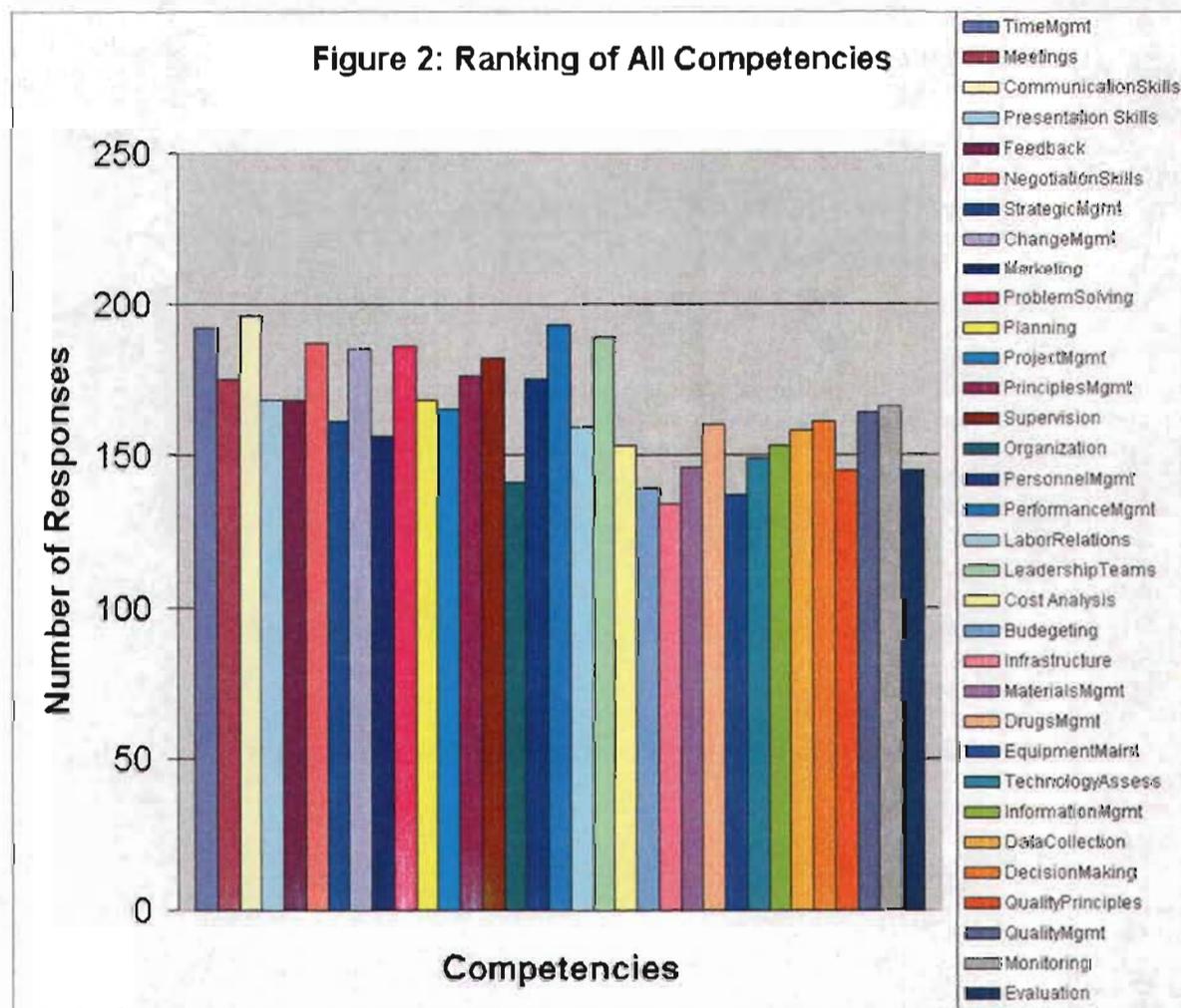
8. Gerencia de Calidad, Monitoreo y Evaluación	30. Principios de Calidad 31. Gerencia de Calidad 32. Monitoreo 33. Evaluación
--	---

El orden prioritario de las competencias (de mayor a menor) fue el siguiente:

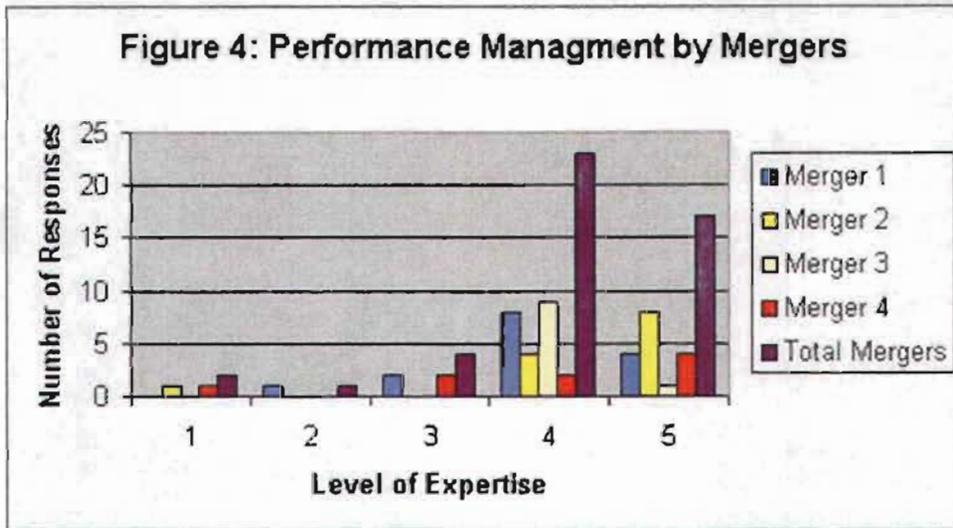
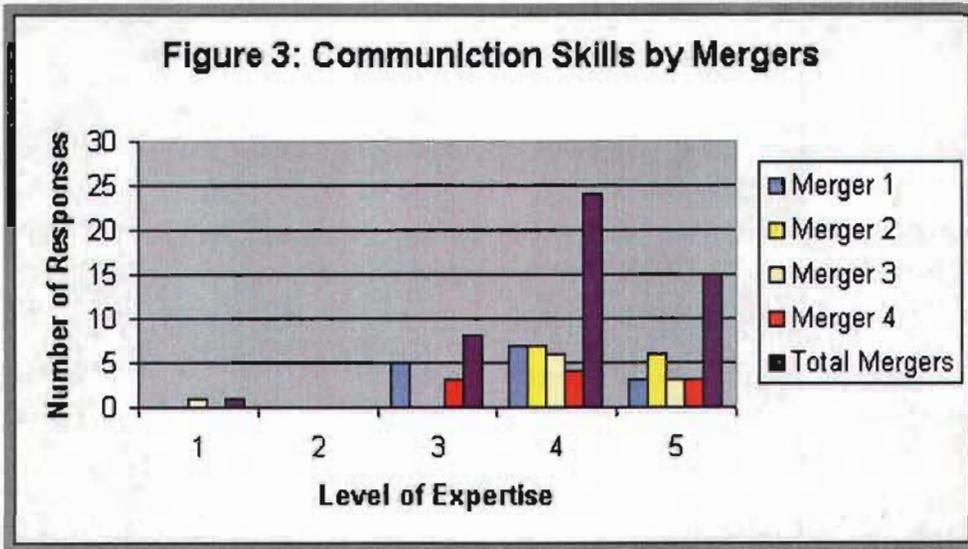
Rango	Competencia	Competencia en inglés
196	Habilidades de Comunicación	Communication Skills
193	Evaluación del Desempeño	Performance Management
192	Administración del Tiempo	Time Management
191	Habilidades para hacer Presentaciones	Presentation Skills
189	Liderazgo y Desarrollo de Equipos	Leadership and Teams
187	Habilidades de Negociación	Negotiation Skills
186	Identificación y Solución de Problemas	Problem Solving
185	Gerencia del Cambio	Change Management
182	Principios de Supervisión	Principles of Supervision
176	Principios de Administración	Principles of Management
175	Administración de Personal	Personnel Management
175	Juntas Efectivas	Effective Meetings
168	Habilidades de Planeación	Planning Skills
168	Retroalimentación	Feedback
166	Monitoreo	Monitoring
165	Gerencia de Proyectos	Project Management
164	Gerencia de Calidad	Quality Management
161	Gerencia Estratégica	Strategic Management
161	Toma de Decisiones	Decision Making
160	Administración de Medicamentos	Drugs Management
159	Relaciones Laborales	Labor Relations
158	Recopilación y Análisis de Datos	Data Collection
156	Principios de Mercadotecnia	Principles of Marketing
153	Gerencia de la Información	Information Management
153	Análisis de Costos	Cost Analysis
149	Valoración de Tecnología	Technology Assessment
146	Administración de Materiales	Materials Management
145	Principios de Calidad	Quality Principles
145	Evaluación	Evaluation
141	Habilidades de Organización	Organization Skills
139	Presupuestos	Budgeting
137	Mantenimiento de Equipos	Equipment Maintenance
134	Administración de Instalaciones	Infrastructure Management

En la Figura 2 abajo, podemos ver todas las competencias y los rangos señalados anteriormente. Las 5 competencias que resultaron mas altamente evaluadas fueron: habilidades de comunicación; evaluación del desempeño; administración del tiempo; habilidades de presentación y liderazgo y desarrollo de equipos. En general las

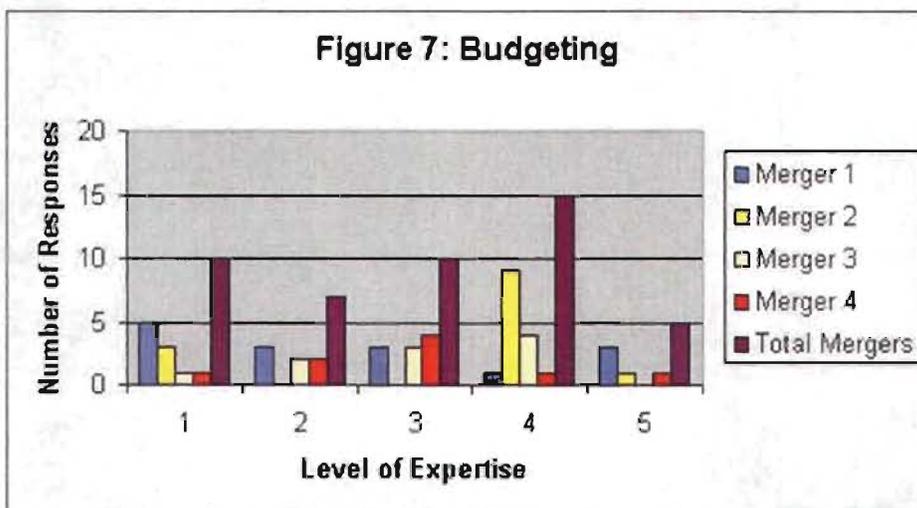
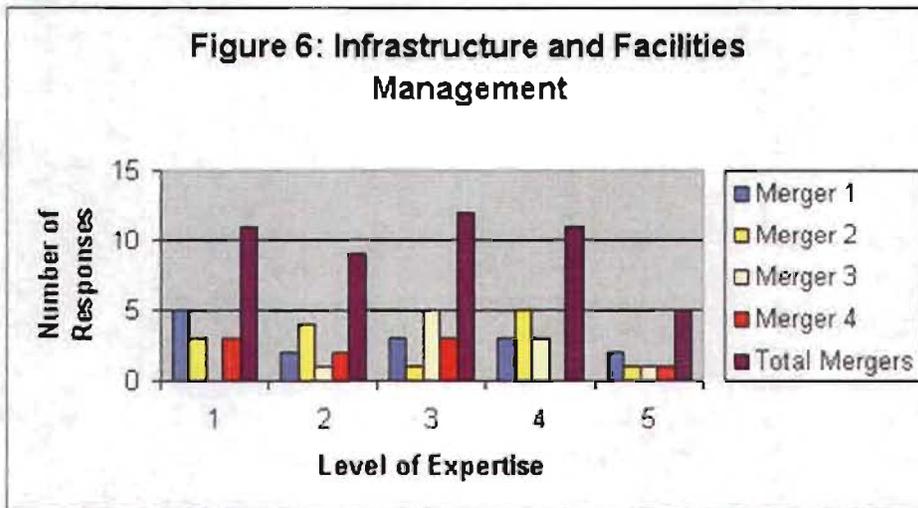
respuestas de los cuatro hospitales fueron similares, sin embargo el hospital numero 3 tiene un nivel de desarrollo un poco más alto en la evaluación del desempeño (lo que se corroboró con las entrevistas y visitas realizadas). En muchos casos, como se puede ver en los comentarios que pusieron los participantes en los cuestionarios, las tareas que soportan a las competencias son entendidas por los participantes sin una homogenización de los conceptos o a pesar de que faltan algunos elementos vitales en el sistema. Por ejemplo en el caso de evaluación del desempeño se pudo constatar que no hay buenas descripciones de puestos, ni se fijan metas definidas a alcanzar por el personal que pudieran ser evaluadas por los supervisores al final de un periodo definido. De manera que una evaluación del desempeño objetiva es difícil de alcanzarla sin esos elementos.

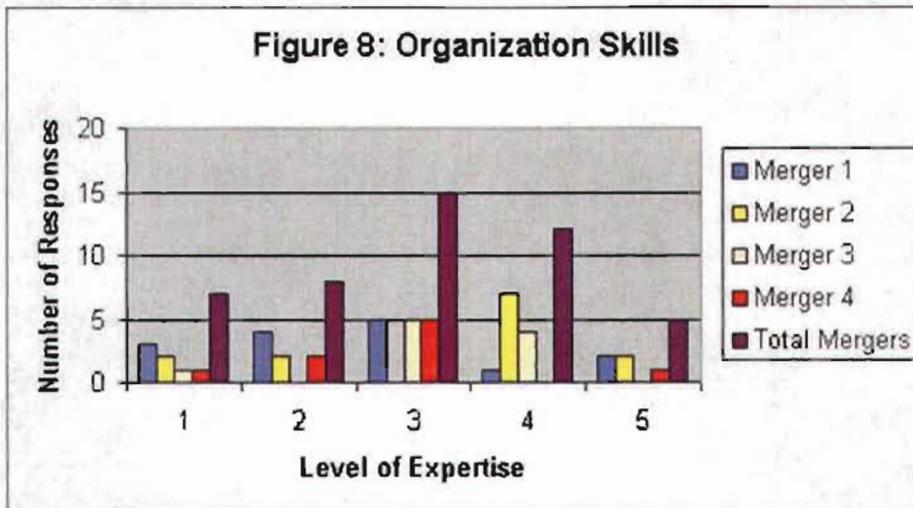


A continuación en las figures 3, 4 y 5 se pueden ver las respuestas de tres de estas competencias (Habilidades de comunicación; evaluación del desempeño y Liderazgo y desarrollo de equipos) por cada uno de los hospitales.



De la misma manera se pueden ver las tres competencias menos desarrolladas en las figuras 6, 7 y 8, incluyendo administración de infraestructuras, que como la mayoría de las competencias de administración de instalaciones y materiales calificaron bajo. Presupuesto y organización también están en este grupo de calificaciones bajas.





Cuando analizamos las competencias por categorías en la Figura 9 de la próxima página, podemos ver que la más baja de ellas es la Administración de Instalaciones y Materiales, seguida por Administración Financiera y por Gerencia de Calidad, Monitoreo y Evaluación. Información está relativamente baja, pero la más alta de las competencias en esa categoría es toma de decisiones, con recopilación y análisis de datos y principios de administración de la información relativamente más bajas. Eso probablemente quiere decir que la toma de decisiones se considera importante, pero los sistemas de información y los datos de que disponen para ellos pueden ser mejorados sustancialmente.

También es interesante observar que en algunas áreas como gerencia estratégica, que muestran un desarrollo alto relativamente, cuando se analizan los comentarios que hicieron los participante en los cuestionarios, se nota que solo se refieren a las fuerzas y debilidades internas de la organización. Casi ninguno de los encuestados menciona la relación que existe entre las capacidades de la organización y las amenazas u oportunidades del ambiente que rodea a la organización, lo que demerita el sentido estratégico de la gerencia que hacen. Este enfoque es incompleto y en algunas ocasiones hasta podría estar equivocado, cuando una determinada "fortaleza", dadas las condiciones del ambiente se convierte en una "debilidad".

El diseño del programa de desarrollo gerencial, debe tomar en consideración todas estas apreciaciones y los resultados del cuestionario.

Figure 9: All Competencies by Domains

