



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

ESTUDIOS DE POSTGRADO

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

DISEÑO DE UN MODELO DE TOMA DE DECISIONES

GERENCIALES APLICABLE A ORGANIZACIONES

ODONTOLÓGICAS VENEZOLANAS

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA

PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA

Presentado por:

MIGUEL ANGEL CARDOZO MONTILLA

Para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TUTOR: ARMANDO R. COVA B.

Caracas, Abril de 2008



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

ESTUDIOS DE POSTGRADO

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado titulado “Diseño de un modelo de toma de decisiones gerenciales aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas: Aspectos metodológicos de la práctica clínica basada en evidencia”, presentado por el ciudadano Miguel Angel Cardozo Montilla, titular de la Cédula de Identidad N° V-14.015.023, para optar al Grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación por parte del jurado que se designe.

En Caracas, a los dos días del mes de abril de dos mil ocho.

Prof. Armando R. Cova B.

C.I. N° V-2.115.278

ÍNDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Objetivos de la Investigación	6
1.2.1. Objetivo General	6
1.2.2. Objetivos Específicos	6
1.3. Justificación	7
CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes de la Investigación	9
2.2. Bases Teóricas	11
2.2.1. La Toma de Decisiones en el Contexto de los Servicios de Salud ...	11
<i>Consideraciones Generales</i>	11
<i>Elementos del Proceso de Toma de Decisiones</i>	13

<i>Pilares de la Investigación en Toma de Decisiones en Salud</i>	17
2.2.2. Modelo Racionalista	18
2.2.3. Modelo Conductista	19
2.2.4. Modelo Político	20
2.2.5. Teoría de la Decisión Multicriterio	21
2.2.6. Teoría de Juegos	22
2.2.7. Decisiones Derivadas de la Práctica Clínica Basada en Evidencia ...	23
2.3. Bases Legales	27
 CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	31
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	31
3.2. Unidad de Análisis	32
3.3. Operacionalización de las Variables del Estudio	33
3.4. Análisis de la Información	35
3.5. Criterios para el Desarrollo de los Constructos Teóricos	35
 CAPÍTULO IV. CONSTRUCTOS TEÓRICOS Y REQUERIMIENTOS DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES GERENCIALES EN SALUD BASADA EN EVIDENCIA	38
4.1. Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia	38
4.1.1. Definición	38
4.1.2. Elementos	39

4.1.3. Pasos para su Aplicación	41
4.2. Requerimientos para la Efectiva Implementación del Modelo	43
4.2.1. Competencias del Gerente	43
4.2.2. Insumos Tecnológicos	46
 CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	 48
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 50
 GLOSARIO	 56

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

1. Guía de recomendaciones de los niveles de evidencia científica clínicamente relevante	26
2. Operacionalización de la variable “Toma de Decisiones Gerenciales”	34
3. Operacionalización de la variable “Práctica Clínica Basada en Evidencia” ..	34

FIGURAS

1. Modelo racionalista de toma de decisiones	18
2. Influencias en la toma de decisiones que contribuyen a la racionalidad limitada	20
3. Interrelación de los criterios establecidos como guía para la definición del Modelo	36
4. Interrelación de los elementos de la TDGSBE	40
5. Pasos del proceso de TDGSBE	44



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

ESTUDIOS DE POSTGRADO

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Título: Diseño de un modelo de toma de decisiones gerenciales aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas: Aspectos metodológicos de la práctica clínica basada en evidencia.

Autor: Miguel Angel Cardozo Montilla.

Tutor: Armando R. Cova B.

Fecha: Abril de 2008.

RESUMEN

Esta investigación, desarrollada en el marco del plan de estudios del Postgrado en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud de la Universidad Católica Andrés Bello, entre septiembre de 2007 y abril de 2008, con el propósito de diseñar un modelo de toma de decisiones gerenciales que incorpore aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia y sea aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas, surgió de la necesidad de proporcionar una herramienta efectiva a las personas que ocupan posiciones gerenciales en tales instituciones y, por extensión, en organizaciones de salud en general. En tal sentido, dicho modelo podría contribuir, por un lado, a reducir los niveles de incertidumbre en el gerente al contar con la posibilidad de definir cursos de acción orientados a la resolución de problemas sobre una base objetiva, y por otro, a incrementar la eficiencia y eficacia del proceso administrativo que sirve de soporte a las actividades asistenciales, mejorando así su calidad y, en consecuencia, la cobertura de las instituciones al minimizarse los desperdicios que suelen ocasionar decisiones inadecuadas. Asimismo, la generación de nuevos constructos teóricos asociados a la toma de decisiones constituye un valioso aporte al campo de la gestión de los servicios y sistemas de salud. Para el logro del objetivo planteado, se llevó a cabo un estudio de desarrollo teórico en el que se realizó un análisis crítico y sistemático de las teorías y modelos existentes, incorporándose a la propuesta aquellos elementos que se ajustaron de mejor manera a sus requerimientos. Estos a su vez se integraron a los métodos de búsqueda, análisis y uso de información propios de la Práctica Clínica Basada en Evidencia. El resultado fue la definición de un nuevo modelo de toma de decisiones gerenciales, centrado en el uso de información válida, que se denominó “Modelo de Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia”.

Descriptor: Evidencia, gestión, instituciones de salud, instituciones odontológicas, práctica clínica basada en evidencia, toma de decisiones.

INTRODUCCIÓN

La labor cotidiana del gerente se centra fundamentalmente en la toma de decisiones, de cuya efectividad depende el buen desempeño organizacional. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, los problemas que surgen durante el desarrollo de las actividades administrativas pueden comprometer la calidad de la atención. Es por ello que los responsables de emprender acciones para resolver esos problemas deben contar con herramientas que les permitan definir alternativas factibles, seleccionar la más adecuada a la situación e implementarla de manera oportuna.

Esta investigación aporta un nuevo modelo de toma de decisiones que se sustenta en el uso de evidencia asociada a cada situación en particular, con la finalidad de incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en el ámbito de las organizaciones odontológicas o de salud en general.

En su diseño, se partió del análisis del contexto en el que se toman decisiones dentro de tales instituciones, hasta finalmente definir los fundamentos de dicho modelo. Así, en el Capítulo I de este Trabajo Especial de Grado (TEG) se describe el enfoque gerencial de toma de decisiones predominante en los servicios

odontológicos, además de indicarse las interrogantes y los objetivos que en conjunto constituyeron el eje de la investigación.

En el Capítulo II se señalan los antecedentes de este trabajo, además de los enfoques de toma de decisiones en la esfera gerencial y en la práctica clínica. En el Capítulo III, por su parte, se mencionan las pautas que permitieron el diseño del nuevo modelo, haciéndose énfasis en los criterios que se emplearon para realizar su adecuada conceptualización.

En el Capítulo IV se indican los constructos teóricos que fundamentan el modelo y que constituyen, a su vez, una guía para su futura implementación. Esto último se vislumbra como una fase posterior en esta línea de investigación, la cual será desarrollada por el autor de este TEG en la Maestría en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud de la Universidad Católica Andrés Bello.

Finalmente, en el Capítulo V se señalan algunas reflexiones sobre el proceso de elaboración de este trabajo y sus resultados. Asimismo, se aportan una serie de recomendaciones que podrían ayudar a establecer el alcance de la siguiente etapa del proceso de consolidación del nuevo modelo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Tradicionalmente, la toma de decisiones en las instituciones odontológicas venezolanas, tanto en la dimensión de la actividad clínica como en el ámbito administrativo, ha respondido a un criterio arbitrario derivado, en la mayoría de los casos, de la experiencia propia y la formación adquirida en las universidades. La primera, dada por ensayo y error en el abordaje de algunos aspectos relacionados con la organización y dirección de las instituciones prestadoras de servicios de salud bucal, dejando de lado, a veces por desconocimiento y otras por incapacidad para desempeñarlas, las funciones administrativas de planificación y control, fundamentales para un desarrollo organizacional integral y eficaz. La segunda, reflejada en las decisiones clínicas relacionadas tanto con la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema estomatognático, así como de aquellas necesarias para la formulación e implementación de políticas públicas de salud bucal.

Unas y otras han estado ancladas a teorías y conceptos aprendidos en las escuelas de odontología, donde se erigen y defienden paradigmas incontrovertibles sustentados en la opinión de expertos de las distintas áreas que conforman el amplio

campo de las ciencias odontológicas, desestimando la investigación como fuente primordial de actualización. Esta última malentendida y, por ende, reducida a la asistencia a cursos complementarios enmarcados en el denominado proceso de formación continua, en los que muchas veces no se presenta información válida y vigente.

Este enfoque tradicional tiene un impacto directo sobre dos dimensiones claramente delimitadas pero fuertemente interdependientes. Por un lado, sobre la organizacional, en donde la práctica clínica y gerencial basada en la experiencia puede representar poca eficiencia en el manejo de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, que en términos globales comprometería la eficacia en el desempeño, la productividad y, subsecuentemente, la calidad de la atención. Por otro, sobre la dimensión social, en la que se podría generar una merma sustancial de la efectividad de las políticas públicas relacionadas con la salud bucal de la población.

Adicionalmente, la estructura resultante en las instituciones prestadoras de servicios odontológicos no está en consonancia con las necesidades de las comunidades en las que estas se insertan. Así, es frecuente toparse con centros en los que predominan especialistas en áreas que no corresponden a los procesos de salud-enfermedad más prevalentes en esas poblaciones. Esto se deriva del hecho de que son escasos los estudios desarrollados dentro de dichas organizaciones, en el marco de la epidemiología clínica, que estén orientados a identificar esos problemas.

Otro factor, que viene a agravar esta situación, es la falta de una metodología consistente para tomar decisiones en estos servicios de salud, por lo que la gestión en ellos se torna a menudo ineficaz y, por tanto, los esfuerzos se disipan en la resolución de problemas que de otro modo no se presentarían, perdiéndose de vista oportunidades que pudieran significar la adquisición de ventajas competitivas.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, surgen las siguientes interrogantes:

- ¿Es posible optimizar el proceso de toma de decisiones en las instituciones prestadoras de servicios odontológicos?
- ¿Se puede diseñar un modelo que combine diversos elementos de los enfoques tradicionales de toma de decisiones y algunos aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia?
- ¿Cuáles son los requerimientos para su implementación y eficiente aplicación?

Las respuestas a estas cuestiones se tradujo en la estructuración de una propuesta acorde con la realidad de las organizaciones odontológicas de nuestro país, tomando en consideración los diversos aspectos relacionados con la cultura predominante en ellas, que en términos globales, y al igual que en el resto de las

organizaciones de salud, está en función de la cultura ética de las personas que hacen parte de ellas (Antequera Vinagre y Arias Menéndez, 2005).

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Diseñar un modelo de toma de decisiones gerenciales que incorpore aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia y sea aplicable a organizaciones odontológicas venezolanas.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los elementos de los modelos tradicionales de toma de decisiones que se ajustan a los requerimientos del modelo propuesto, así como las debilidades, propias de aquellos, a ser superadas por este último.
- Determinar los aspectos metodológicos de la Práctica Clínica Basada en Evidencia a integrarse a dicho modelo.
- Definir sus bases conceptuales, las principales competencias que deberían reunir los gerentes para su adecuada implementación y sus posibles requerimientos tecnológicos.

1.3. Justificación

En el país son cada vez más numerosas las iniciativas, por parte de los profesionales del campo de las ciencias odontológicas, orientadas a la conformación de centros que cuenten con una gama de servicios que permitan satisfacer la creciente demanda por procedimientos altamente especializados. Esto ha generado la necesidad de contar con expertos del área gerencial que puedan ser capaces de integrar las distintas actividades requeridas para una asistencia de calidad.

Pero para esta labor no sólo se ha recurrido al recurso humano proveniente de otras disciplinas, sino que un gran número de odontólogos se ha sumergido en el fascinante mundo de la gestión sanitaria, incorporándose a programas académicos de cuarto y quinto nivel con la finalidad de obtener las herramientas necesarias para conducir exitosamente ese tipo de proyectos.

Por ello, se decidió llevar a cabo esta investigación con el propósito de proporcionarle a los actores responsables de la toma de decisiones dentro de las organizaciones de salud, y más específicamente en las instituciones odontológicas, un modelo que aglutine diversas teorías y métodos propios de la práctica gerencial e incorpore a su vez las técnicas de búsqueda y evaluación crítica de evidencia relevante asociada a problemas clínicos concretos, las cuales tienen como objetivo tomar decisiones efectivas para la resolución de estos, a fin de adaptarlas a las situaciones derivadas de la gestión de tales centros asistenciales.

Es así que esta propuesta podría mejorar la eficiencia y eficacia dentro de ellos, con un impacto positivo sobre aspectos tales como la productividad y sostenibilidad. Además, contribuiría potencialmente al logro de una prestación de servicios que cumpla con elevados estándares de calidad y mejoraría la satisfacción de los empleados al aumentar sus niveles de motivación, lo que vendría dado por una mayor participación de ellos en la toma de decisiones, afianzando así su sentido de pertenencia a las instituciones en las que laboran.

Adicionalmente, se minimizaría la incertidumbre en el abordaje de los problemas cotidianos de tales organizaciones al integrarse al proceso de toma de decisiones información confiable, siendo de este modo más objetiva la elección de las alternativas conducentes a la resolución satisfactoria de dichos problemas.

Por otra parte, la implementación de este nuevo modelo tendría un impacto significativo sobre los usuarios de las instituciones sanitarias, principalmente al incrementarse la cobertura de estas por la reducción de desperdicios derivados de decisiones erróneas, lo que obstaculiza frecuentemente sus planes de inversión, como por ejemplo en tecnología que permita la disminución de los tiempos operatorios.

Asimismo, y como un aporte significativo al área de la gestión de los servicios y sistemas de salud, esta investigación viene a enriquecer el *corpus* de conocimientos existente y, potencialmente, el proceso de enseñanza-aprendizaje en los programas de pre y postgrado enmarcados en este campo.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Desde hace algunos años ha surgido un movimiento que intenta redimensionar el enfoque de la Práctica Clínica Basada en Evidencia (PCBE) con el propósito de extender sus aplicaciones a la esfera gerencial. En tal sentido, Muir Gray (1997) señala que al aplicarse la metodología de la Medicina Basada en Evidencia, para resolver problemas en grupos de pacientes o poblaciones, lo que se está haciendo en realidad es la puesta en práctica de una gestión de servicios sanitarios y de salud pública sustentada en evidencia sólida.

Desde esa misma perspectiva, Molina y Sequeira (2004) publican un trabajo en el que se analizan las causas que llevaron a un mal funcionamiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, siendo este un reflejo, en opinión de las autoras, de la crisis de todo el sector público de esa nación como consecuencia de la implementación de políticas adoptadas a partir de los resultados de estudios de baja calidad o por los puntos de vista sesgados de quienes ejercían el poder en las instituciones gubernamentales. El análisis las lleva a concluir que se requiere de un

sistema de información y conocimiento que permita la toma de decisiones basada en evidencia a todos los niveles de esa organización.

Sutton y Pfeffer (2006), por su parte, sostienen que el desempeño gerencial puede ser más eficaz si se buscan nuevos conocimientos, con lo que no sólo se mejoraría la toma de decisiones sino que se podría aventajar a la competencia al tener una mayor velocidad y flexibilidad de respuesta ante los cambios del entorno. En esto, sin duda, la evidencia juega un rol determinante dado que ella constituye conocimiento científico de gran validez, por lo que su empleo podría garantizar, en gran medida, una solución satisfactoria de los problemas asociados a cada situación en particular, con el subsecuente beneficio para la organización mencionado por los citados autores.

García García y Royo Bordonada (2006) afirman que este tipo de gestión debe incluir la evaluación de la calidad asistencial y sus resultados, la información oportuna a la población impactada de forma directa o indirecta por las decisiones tomadas y, adicionalmente, la justificación del gasto, ya que mejores niveles de costo-efectividad constituyen un buen indicador de lo acertado de esas decisiones.

Sin embargo, y pese a todas estas iniciativas, no se ha diseñado hasta el momento un modelo formal de toma de decisiones que combine las ventajas de los enfoques tradicionales con el enfoque de la PCBE, por lo que este TEG proporciona un valor agregado importante a este fértil campo de estudio.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. La Toma de Decisiones en el Contexto de los Servicios de Salud

Consideraciones Generales

La toma de decisiones es el eje central en el proceso de solución de problemas, ya que se inicia en el momento en que se identifica y define la situación que se desea cambiar y culmina con la elección de una alternativa para eliminar o reducir la diferencia entre el estado actual y el deseado, tal y como lo señalan Anderson, Sweeney y Williams (2004). Esto coincide con la definición de Daft (2005) de toma de decisiones en el contexto organizacional como el proceso de identificación y resolución de problemas.

García-Tenorio Ronda, García Merino, Pérez Rodríguez, Sánchez Quirós y Santos Álvarez (2006), indican que se pueden identificar tanto problemas como oportunidades en dicho proceso, por lo que este incluye la selección de las vías para su adecuado abordaje de entre un conjunto de opciones halladas previamente, tomando en consideración para ello la disponibilidad de recursos, que como mencionan los citados autores, es siempre limitada. Este último aspecto, de acuerdo a David (2003), debe tener un peso importante a la hora de tomar decisiones estratégicas en la organización con un impacto a largo plazo, para asegurar así los mejores beneficios. Sin embargo, Robbins y DeCenzo (2002) advierten que la toma

de decisiones no debe circunscribirse a la simple elección de alternativas, sino que debe tener un alcance mayor a través de la evaluación de la eficacia del curso de acción implementado. Esta evaluación, en tanto que retroalimentación, puede servir de insumo para la introducción de modificaciones en el mismo de ser necesario.

En cuanto a los tipos de decisiones que se pueden tomar en el ámbito de las organizaciones, Herbert Simon, en el marco de lo que se conoció a mediados del siglo XX como la teoría de las decisiones (Fernández-Ríos, 1999), las agrupó en dos grandes categorías (Daft, 2004; DuBrin, 2003; Gibson, Ivancevich, Donnelly y Konopaske, 2006; Mosley, Megginson y Pietri, 2005; Smith, 1999):

- Las decisiones programadas, que intentan dar respuesta a situaciones rutinarias muy frecuentes. Generalmente, se toman en los niveles jerárquicos inferiores de la organización y se estructuran en torno a procedimientos ya establecidos, por lo que son características de los procesos estandarizados. Por su naturaleza, no revisten mayor riesgo para la institución.
- Las decisiones no programadas, que persiguen la resolución de situaciones complejas, poco predecibles e infrecuentes. Se toman en los niveles más altos de la organización por las importantes repercusiones que podrían tener en ella. Las situaciones que las originan, el que no existan reglas definidas para abordarlas y el que estén asociadas a un elevado riesgo, provocan

incertidumbre en los que las toman, por lo que se requiere de un análisis exhaustivo del problema y una cuidadosa elección de la alternativa.

En el ámbito de los servicios de salud, la primera categoría está más asociada a situaciones que se enmarcan en el quehacer administrativo, como por ejemplo, la compra de insumos, mientras que la segunda categoría puede derivarse de las distintas intervenciones sanitarias, tanto preventivas como terapéuticas, a distintos niveles, desde el individual, mediado por la relación profesional-paciente, hasta el colectivo, en el que las decisiones toman la forma de políticas públicas con un profundo impacto sobre el desarrollo social.

Elementos del Proceso de Toma de Decisiones

En términos globales, el proceso de toma de decisiones debe incluir los siguientes aspectos (Robbins y Coulter, 2005):

- Identificación del problema.
- Identificación de los criterios de decisión.
- Ponderación de los criterios.
- Desarrollo de alternativas.
- Análisis de las alternativas.
- Selección de una alternativa.

- Implementación de la alternativa.
- Evaluación de la eficacia de la decisión.

Gibson et al. (2006), introducen como un paso preliminar a la identificación del problema, el establecimiento de metas y objetivos específicos y la medición de resultados, lo que está estrechamente vinculado a la evaluación del desempeño en los niveles individual, grupal y organizacional, como una valiosa herramienta que permite evidenciar las brechas entre estos y las metas y objetivos planteados. Es lo que Daft (2005) reconoce como vigilancia de la información de las condiciones ambientales y organizacionales, que conduce al diagnóstico de las causas que generan esas brechas.

En la identificación del problema es fundamental involucrar a todos los actores de los distintos niveles jerárquicos de la organización, ya que se podría minimizar el tiempo para su resolución al tener una visión global de la situación, con todas sus causas y consecuencias, así como de las diversas percepciones de ella, permitiendo precisar su verdadera naturaleza (DuBrin, 2003). Esto es particularmente importante si se quiere evitar una perspectiva sesgada que comprometa el resultado del proceso.

En las organizaciones de salud, esta sería la forma idónea de identificar los problemas en la esfera administrativa, pero resulta limitada en el ámbito de la

actividad clínica, ya que aquí se hace imprescindible la participación activa del usuario de los servicios asistenciales.

Posterior a la identificación del problema, se deben establecer los criterios o requisitos que tendrán que cumplir las diferentes opciones o alternativas a fin de garantizar una toma de decisión efectiva. Algunos criterios serán de necesario u obligatorio cumplimiento y otros, aunque no posean un carácter obligatorio, se tratarán de satisfacer en la medida de lo posible por su conveniencia (Lamata Cotanda, 1998). Cada uno de los criterios establecidos se ponderará de acuerdo a su importancia, o dicho de otra manera, el impacto que su cumplimiento o no tendrá en la resolución del problema.

El surgimiento de una gama de alternativas que estén en consonancia con los criterios fijados es una fase crucial del proceso de toma de decisiones, ya que una de ellas será en definitiva el curso de acción a seguir. En el sector salud, estas alternativas están subordinadas a la ética inherente a la práctica asistencial, por lo que la cultura de las organizaciones que lo conforman se adhiere en mayor o menor medida a esta de acuerdo a los valores predominantes en ellas. Por tanto, cuando se realiza el análisis de las opciones en ese contexto, no sólo se debe tomar en consideración el grado en que cumplen con los criterios establecidos y el riesgo que su posible elección e implementación acarreará para la institución, sino también su impacto sobre los pacientes y, por extensión, sobre la comunidad. La consecuencia lógica de este análisis es la selección de una de las alternativas.

Para Rodríguez Valencia (2006), la implementación de la decisión debe seguir un plan establecido que responda a las siguientes interrogantes:

- ¿Qué se debe hacer?
- ¿Quién lo tiene que hacer?
- ¿Cuándo se debe hacer?
- ¿Cómo hay que hacerlo?
- ¿Cómo se medirá?
- ¿Cuánto costará y cuánto se ganará?

Este último aspecto, en la órbita de los sistemas sanitarios, supone un dilema ético importante, ya que las decisiones se toman en un entorno signado por el “enfrentamiento entre la justicia distributiva que representa el bien común y la justicia conmutativa que representa el bien individual” (Blanco Restrepo y Maya Mejía, 2005, p. 173). Esta situación es producto del incremento acelerado que ha experimentado la demanda por los servicios de salud, siendo cada vez más limitados los recursos para satisfacerla.

El proceso se completa con la evaluación de la decisión, que a su vez persigue un doble propósito. Por un lado, determinar el grado en que esta ha contribuido a cerrar la brecha entre el *statu quo* y el deseado, y por otro, identificar nuevos

problemas que servirán de insumo a nuevos procesos de toma de decisiones, en lo que podría considerarse un ciclo desde una perspectiva sistémica.

Pilares de la Investigación en Toma de Decisiones en Salud

Chapman y Sonnenberg (2000) sostienen que la investigación en procesos de toma de decisiones gerenciales en el sector salud ha buscado satisfacer tradicionalmente tres cuestiones fundamentales, cuya respuesta ha guiado el desarrollo de tres enfoques diferentes:

- El enfoque normativo, que ha intentado determinar cómo se pueden tomar mejores decisiones y ha sido el marco de desarrollo de la mayoría de las teorías y modelos en este campo.
- El enfoque descriptivo, que ha buscado identificar cómo se toman las decisiones realmente, por lo que ha prestado especial atención a los principios heurísticos que llevan a simplificar el proceso de toma de decisiones, los cuales no son más que guías cognitivas que los gerentes usan de manera intuitiva (Stoner, Freeman y Gilbert, 1996).
- El enfoque prescriptivo, que ha pretendido establecer cómo puede ser utilizada la teoría de las decisiones para mejorar el proceso por el que estas son tomadas.

2.2.2. Modelo Racionalista

Este modelo “visualiza el ambiente del administrador como cierto y estable y al administrador como racional” (DuBrin, 2003, p. 67), y se caracteriza por ser secuencial, es decir, que para tomar una decisión se deben seguir una serie de pasos establecidos en un orden específico. Hellriegel, Jackson y Slocum (2005), afirman que es más viable en la toma de decisiones rutinarias, con bajo riesgo asociado, que en aquellas de naturaleza adaptativa e innovadora (ver Figura 1).

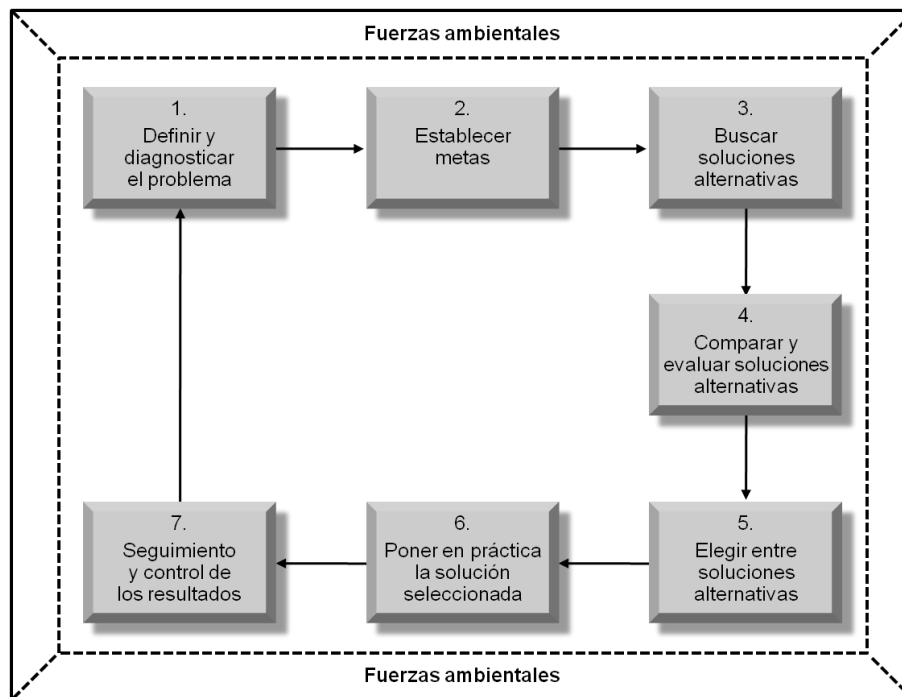


Figura 1. Modelo racionalista de toma de decisiones. Tomado de «Administración: Un enfoque basado en competencias» (10a. ed., p. 220) por D. Hellriegel, S. E. Jackson y J. W. Slocum, 2005, México, D. F., Thomson.

Una de las críticas que se le hace a este modelo es que parte de la premisa de que los gerentes se desenvuelven en un ambiente de total certidumbre y, por tanto, la probabilidad de lograr resultados óptimos es elevada. Además, supone que la racionalidad permite total objetividad en la búsqueda, análisis, elección e implementación de soluciones.

2.2.3. Modelo Conductista

También llamado modelo de racionalidad limitada, surge de los aportes de la corriente conductista, principalmente de los trabajos de Simon, quien enfatizaba que:

El objetivo de la administración no debe ser “maximizar” u “optimizar” la actividad, sino alcanzar una condición que “satisfaga”, es decir, adoptar un curso de acción que sea “bastante bueno” desde todos los puntos de vista, en lugar de procurar el mejor curso de acción posible. (Oliveira da Silva, 2002, p. 220)

En este modelo se reconoce que las percepciones y las emociones influyen en el comportamiento de los individuos en el ámbito organizacional y, en consecuencia, son factores determinantes en sus decisiones.

March y Simon (Fernández-Ríos, 1999) determinaron que ante un problema concreto los individuos definen la situación de manera limitada, ya que son incapaces de considerar todos los aspectos relacionados con ella, y que además los elementos con los cuales se realiza esa definición no son inherentes a la misma sino producto de

los procesos psicológicos y sociológicos de las personas que lo hacen. Por ello, Hellriegel et al. (2005) sostienen que los prejuicios guían el proceso de toma de decisiones, sobre todo en la medida en que se incrementan los niveles de riesgo e incertidumbre, lo cual puede llevar a un uso inadecuado de la información disponible. En ese sentido, son muchos los factores que influyen en la toma de decisiones y, en consecuencia, contribuyen a la racionalidad limitada del gerente, tal y como se puede observar en la Figura 2.



Figura 2. Influencias en la toma de decisiones que contribuyen a la racionalidad limitada. Tomado de «Fundamentos de comportamiento organizacional» (p. 71) por A. J. DuBrin, 2003, México, D. F., Thomson.

2.2.4. Modelo Político

Este modelo se sustenta en el hecho de que los diversos actores involucrados en el proceso de toma de decisiones poseen multiplicidad de intereses, disímiles la mayoría de las veces, y la información que poseen sobre una determinada situación,

de mayor o menor complejidad, es limitada y ambigua, por lo que esta se analiza de manera grupal para obtener puntos de vistas diferentes, formándose así coaliciones que pugnarán para que las contrapartes acepten los propios (Daft, 2004).

Mintzberg (1997) señala que aunque este modelo se ha asociado a diferencias irreconciliables entre las partes, dado que cada individuo o grupo intentará hacer prevalecer su propio interés, en realidad siempre habrá una combinación de los intereses propios y los comunes. Esto cobra vital importancia si el resultado esperado de la negociación para la elección de una solución es un ganar-ganar.

2.2.5. Teoría de la Decisión Multicriterio

La teoría de la decisión multicriterio se enmarca en lo que se ha denominado Investigación Operativa, en la que se intentan combinar tanto el análisis cualitativo como el análisis cuantitativo del problema (Rodríguez Cotilla, 2000). Esto se logra, de acuerdo al citado autor, mediante la creación de un modelo estructural en el que se definen las alternativas, las posibles consecuencias y los objetivos, pero dado que estos últimos suelen estar en conflicto, el enfoque multicriterio permite satisfacer de la mejor manera posible los requerimientos de la situación mediante el establecimiento de un equilibrio entre esos objetivos.

Para ello, sin embargo, se debe explorar la factibilidad de las opciones con el propósito de limitar el modelo y, en consecuencia, racionalizarlo. A este respecto,

Martínez y Escudey (1998) afirman que las alternativas factibles son mejores que otras en relación a algunos criterios y peores de acuerdo a otros, por lo que en realidad no hay soluciones verdaderamente satisfactorias.

Es por ello que en las decisiones multicriteriales se atiende al concepto de optimalidad paretiana, según el cual las soluciones factibles serán eficientes en la medida en que cumplan las restricciones, de manera tal que ninguna otra solución factible logrará mejorar un atributo sin empeorar al menos uno de los otros (Romero, 1993).

2.2.6. Teoría de Juegos

Monsalve (2003) define la teoría de juegos como:

El estudio del comportamiento estratégico cuando dos o más individuos interactúan y cada decisión individual resulta de lo que él (o ella) espera que los otros hagan. Es decir, qué debemos esperar que suceda a partir de las interacciones entre individuos. (p. 138)

En tal sentido, la alternativa seleccionada para resolver un problema determinado surge de las acciones de cada uno de los actores, las cuales son resultado a su vez de las acciones de los demás individuos (Fernández Ruiz, 2004), es decir, que las interacciones entre los sujetos que participan en el proceso de toma de decisiones son las que van a determinar el resultado del mismo. Esas interacciones

pueden determinar el establecimiento de una relación de cooperación, en la que los actores se beneficien de los resultados del proceso, siendo estos del tipo ganar-ganar, o una relación de competencia, que puede conducir a resultados pobres con escasos beneficios para las partes y el subsecuente deterioro de la confianza entre ellas (Parra de Párraga, 2004).

Nalebuff y Brandenburger (2005) sostienen que la aplicación de esta teoría es pertinente en aquellos casos en los que existen muchos factores interdependientes, por lo que no es posible tomar decisiones independientemente de otras decisiones.

2.2.7. Decisiones Derivadas de la Práctica Clínica Basada en Evidencia

Cerezo Sanmartín (2002) señala que la PCBE “incorpora a la experiencia o maestría individual la mejor información científica disponible con el fin de aplicarla a la toma de decisiones de los profesionales” (pp. 459-460). Este enfoque tiene sus orígenes en la evaluación realizada por Archibald Cochrane del sector salud británico en la década de los sesenta del siglo XX, llegando a la conclusión de que la efectividad del sistema mejoraría si la planificación y prestación de los servicios se sustentara en información proveniente de investigación científica poco sesgada, principalmente de ensayos clínicos controlados aleatorizados (Bonfill, Gabriel y Cabello, 1997).

David Sackett, junto con un grupo de colaboradores de la Universidad de McMaster, publicó en 1992 un artículo en el *Journal of the American Medical Association* donde describió un nuevo enfoque en la docencia y práctica de la medicina sobre la base de pruebas provenientes de la investigación y el análisis riguroso de información relevante (Cardozo Montilla, Sorate Marcano y Herrera Galarraga, *en imprenta*; Guerra Romero, 1996; Monteagudo Romero, 2003; Uribe, 2000). Posteriormente, se definió la Medicina Basada en Evidencia como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, obtenida a través de un proceso sistemático, para la toma de decisiones en pacientes individuales (Sackett, Straus, Richardson y Rosenberg, 2002).

La aplicación formal de estos principios en el campo de las ciencias odontológicas se inició con la publicación del primer artículo sobre Odontología Basada en Evidencia en el *British Dental Journal*, definiéndola sus autores como un proceso para tomar decisiones a partir de evidencia conocida (Richards y Lawrence, 1995), aunque más recientemente ha sido definida como un enfoque de atención de salud bucal que requiere la integración juiciosa del análisis sistemático de evidencia científica clínicamente relevante, relacionada con las condiciones y antecedentes de los pacientes, a las necesidades de tratamiento y preferencias de estos y a las destrezas clínicas del odontólogo (American Dental Association, 2003).

En líneas generales, la toma de decisiones en la PCBE resulta del análisis, llevado a cabo por un profesional de la salud, de los resultados obtenidos en estudios

epidemiológicos, fundamentalmente de los que han sido diseñados para determinar la efectividad de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como de la valoración de la posibilidad de lograr resultados iguales o similares si se emplean esos procedimientos en la situación abordada. Esto forma parte de un ciclo-proceso cuyas etapas son (Bonfill et al., 1997; Cardozo Montilla et al., *en imprenta*; Guerra Romero, 1996; Ruiz-Canela Cáceres y Louro González, 2005; Sackett et al., 2002; Uribe, 2000):

- Formulación de una pregunta concreta a partir de la evaluación de un problema clínico.
- Búsqueda sistemática de evidencia relevante o construcción de la misma.
- Análisis crítico de la evidencia a fin de determinar su validez y utilidad.
- Implementación de los hallazgos obtenidos para resolver el problema y valoración de su impacto sobre las condiciones de salud del paciente.

La confiabilidad de la información a emplearse para la toma de decisiones en el marco de este enfoque, puede determinarse por el tipo y calidad del estudio que la originó, siendo el ensayo clínico controlado aleatorizado el más confiable, siempre y cuando se hayan minimizado las fuentes de sesgos en su desarrollo. Pero este y otros tipos de estudios pueden ser agrupados para obtener una estimación global de sus resultados, a partir de la cual realizar inferencias válidas. Tal es el caso de las

revisiones sistemáticas y los meta-análisis, que proporcionan el más alto grado de evidencia (ver Cuadro 1).

Cuadro 1
Guía de Recomendaciones de los Niveles de Evidencia Científica Clínicamente Relevante

Niveles de Evidencia	
1⁺⁺	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos controlados y aleatorizados (ECA) o ECA con riesgo de sesgos muy bajo.
1⁺	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos bajo.
1⁻	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con riesgo de sesgos alto.
2⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos-controles. Estudios de cohortes o casos-controles con riesgo de sesgos muy bajo y alta probabilidad de que la relación sea causal.
2⁺	Estudios de cohortes y casos-controles bien realizados y con riesgo de sesgos bajo y probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2⁻	Estudios de cohortes y casos-controles con riesgo de sesgos alto y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (Ej. Serie de casos).
4	Opinión de expertos.
Fuerza de las Recomendaciones	
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ⁺⁺ ó 1 ⁺ .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ⁺ , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺⁺ .
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 ⁺ .

Fuente: «Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación» [Documento en Internet] por J. A. Guerra, P. M. Muñoz y J. M. Santos Lozano, 2003. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.htm [Consulta: 2007, Septiembre 20].

2.3. Bases Legales

El Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece que todo individuo tiene tanto el derecho a la protección de su salud como el deber de participar en forma activa en su promoción y defensa, lo que implica dos objetivos a alcanzar. El primero, consolidar una red de atención sanitaria con la capacidad de satisfacer las necesidades de toda la población con elevados estándares de calidad y, el segundo, garantizar la participación de la colectividad en la identificación de esas necesidades y en la toma de decisiones orientadas a implementar las medidas más efectivas para lograrlo. Sobre este último aspecto, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) afirma, en su declaración de principios, que una población informada y cooperativa es de crucial importancia para el mejoramiento de la salud colectiva.

Es por ello que el modelo aquí propuesto busca optimizar dicho proceso de toma de decisiones a fin de incrementar de manera progresiva la eficiencia y eficacia de los servicios de salud bucal, además de contribuir al mejoramiento de cualquier institución prestadora de servicios de salud, en un sentido más amplio, al ser fácilmente adaptable a sus características particulares.

Adicionalmente, su aplicación puede llevarse a cabo tanto en la esfera de los servicios privados como de los públicos. Estos últimos, en su conjunto, conforman el subsistema de salud del sistema de seguridad social de Venezuela, que de acuerdo a

la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002), concretamente a lo señalado en su Artículo 8, se rige por una serie de principios, entre los que cabe señalar:

- Universalidad.
- Integralidad.
- Eficiencia.

Son precisamente estos aspectos sobre los que esta investigación desea tener un impacto positivo y determinante, en la misma medida en que las decisiones que se tomen en el marco de este modelo demuestren una verdadera efectividad. Supone esto además la generación de mayores y mejores beneficios para la población, deber contemplado en la Ley Orgánica del Trabajo (1997), específicamente en su Artículo 23, al estipular el derecho de toda persona al trabajo de acuerdo a las capacidades y posibilidades particulares, tanto para su beneficio como el de la comunidad. En el caso concreto de los funcionarios públicos, el Artículo 33 de la Ley del Estatuto de la Función Pública (2002) establece claramente que es deber de ellos el prestar sus servicios con eficiencia, lo que viene a reafirmar lo anterior.

En lo relativo a los mencionados beneficios que la implementación del modelo traería a la población, con este trabajo se ha pretendido contribuir especialmente a la generación de los que corresponden a los niños, niñas y adolescentes, en concordancia con la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (1998), particularmente con su Artículo 41, que consagra su derecho al más alto grado de salud a

través del acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios orientados a proveerlo.

Las decisiones de los gerentes deben orientarse también a proporcionar a sus subordinados condiciones idóneas para un buen desempeño laboral, tal y como lo señala la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (2005) en su Artículo 53, que garantiza el derecho de los trabajadores a un ambiente de trabajo adecuado para el desarrollo de sus actividades, lo que implica condiciones óptimas de seguridad y salud.

Finalmente, y en la órbita de las organizaciones odontológicas, el Artículo 16 de la Ley de Ejercicio de la Odontología (1970) estipula el deber del odontólogo de contribuir tanto a la solución de los problemas de salud bucal como a los problemas de salud en general, esto último mediante la cooperación con los demás profesionales de la salud. En este mandato subyace una concepción integral de la misión del odontólogo, por lo que no debe circunscribirse sólo a la práctica clínica representada por la prestación directa de servicios, sino que debe involucrarse en la gestión y administración de los centros en los cuales desempeña esta labor asistencial, así como participar activamente en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas que tengan como finalidad proporcionar altos niveles de calidad de vida a la población.

El logro de tan nobles propósitos requiere del conocimiento de herramientas gerenciales por parte del odontólogo, a fin de que pueda tomar decisiones oportunas, eficaces y que, por sobre toda consideración, salvaguarden su dignidad profesional y la de sus pacientes.

A este respecto, el Código de Deontología Odontológica (1992), en su Artículo 32, establece como deber fundamental del odontólogo el impedir que su ejercicio profesional menoscabe su dignidad o el prestigio del gremio, ni que perjudique o defraude al paciente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Para el logro de los objetivos propuestos se llevó a cabo un proyecto factible, de acuerdo a la tipología señalada por Balestrini Acuña (2001), sustentado en un diseño de desarrollo teórico, que la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2003) define como la “presentación de nuevas teorías, conceptualizaciones o modelos interpretativos originales del autor, a partir del análisis crítico de la información empírica y teorías existentes” (p. 15).

Esta investigación se ajustó a las características de ese tipo de diseño, tanto por su propósito como por la metodología empleada, ya que se propuso un nuevo modelo para la toma de decisiones gerenciales en salud tomando como referentes teóricos los enfoques actuales, adaptándolos a los requerimientos de dicho modelo.

Adicionalmente, este trabajo se enmarcó dentro del enfoque de investigación-desarrollo de proyectos de aplicación, que tal y como señalan Yáber y Valarino (2003), permite “indagar sobre necesidades del ambiente interno o entorno de una

organización, para luego desarrollar un producto o servicio que pueda aplicarse en la organización o dirección de una empresa o en un mercado” (p. 8).

Sin embargo, esta investigación constituyó una primera fase que culminó con la formulación de los nuevos constructos teóricos, por lo que la implementación y posterior evaluación del impacto de la misma, en el contexto de las instituciones prestadoras de servicios odontológicos y de salud en general, abre nuevas posibilidades de abordaje.

3.2. Unidad de Análisis

Dada la naturaleza de este trabajo, se consideró conveniente definir el nuevo modelo a partir de una unidad de análisis, la cual estuvo representada por los constructos que dan sustento a los modelos tradicionales de toma de decisiones (Modelo Racionalista, Modelo Conductista y Modelo Político) y a la Práctica Clínica Basada en Evidencia.

De cada uno de los modelos de toma de decisiones se seleccionaron los siguientes elementos para el análisis:

- Características del entorno en el que puede implementarse de manera efectiva.

- Capacidad del gerente para hallar, valorar y aplicar la información de acuerdo a los supuestos del modelo.
- Tipo de decisiones que genera.

En el caso de la PCBE se analizó lo siguiente:

- Métodos de búsqueda de información válida y relevante.
- Análisis crítico y sistemático de la evidencia.

3.3. Operacionalización de las Variables del Estudio

Como consecuencia de lo anterior se pudieron identificar dos variables, a saber, “Toma de Decisiones Gerenciales” y “Práctica Clínica Basada en Evidencia”, abordadas conceptualmente en el Capítulo II de este trabajo. Para la primera se establecieron tres dimensiones, correspondientes a los modelos tradicionales considerados (Racionalista, Conductista y Político), con sus respectivas subdimensiones o elementos de análisis, evaluados cualitativamente en función de su nivel de ajuste al propósito del nuevo modelo (ver Cuadro 2). En el caso de la segunda variable, los elementos de análisis correspondieron a las dimensiones evaluadas a través del mismo indicador (ver Cuadro 3).

Cuadro 2
Operacionalización de la variable “Toma de Decisiones Gerenciales”

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Indicador
Toma de Decisiones Gerenciales	• Modelo Racionalista	• Características • Supuestos sobre la capacidad del gerente para hallar, valorar y aplicar la información • Tipo de decisiones derivadas del modelo	Nivel de ajuste al propósito del nuevo modelo
	• Modelo Conductista	• Características • Supuestos sobre la capacidad del gerente para hallar, valorar y aplicar la información • Tipo de decisiones derivadas del modelo	Nivel de ajuste al propósito del nuevo modelo
	• Modelo Político	• Características • Supuestos sobre la capacidad del gerente para hallar, valorar y aplicar la información • Tipo de decisiones derivadas del modelo	Nivel de ajuste al propósito del nuevo modelo

Cuadro 3
Operacionalización de la variable “Práctica Clínica Basada en Evidencia”

Variable	Dimensiones	Indicador
Práctica Clínica Basada en Evidencia	• Búsqueda de evidencia • Análisis crítico y sistemático de la información	Nivel de ajuste al propósito del nuevo modelo

3.4. Análisis de la Información

La valoración cualitativa del ajuste de los aspectos analizados a los requerimientos del modelo propuesto, se ciñó a tres niveles preestablecidos:

- Alto nivel de ajuste: Identificándose el aspecto como una fortaleza u oportunidad, lo que justificó su total integración al nuevo modelo.
- Mediano nivel de ajuste: Identificándose elementos positivos del aspecto pese a posibles debilidades o amenazas asociadas, por lo que se adaptó a fin de garantizar una verdadera contribución a la efectividad del nuevo modelo (cuya verificación será objeto de estudio en otra fase no incluida en esta investigación, como ya se mencionó).
- Bajo nivel de ajuste: Identificándose el aspecto como una debilidad o amenaza, por lo que se excluyó del nuevo modelo.

3.5. Criterios para el Desarrollo de los Constructos Teóricos

Se establecieron atendiendo a dos aspectos fundamentales. El primero, relacionado con la caracterización de los modelos de toma de decisiones existentes que sirvió de marco teórico a este trabajo. El otro, asociado a los problemas específicos de las instituciones sanitarias, tanto odontológicas como de salud en general.

En tal sentido, se definieron los fundamentos de la propuesta, o en otras palabras, del nuevo modelo, incluyendo sus elementos y la estructuración de una secuencia lógica para su aplicación, a través de la búsqueda de respuestas satisfactorias a tres cuestiones fundamentales (ver Figura 3):

- ¿Qué es?
- ¿Qué recursos utiliza?
- ¿Qué permitirá lograr?

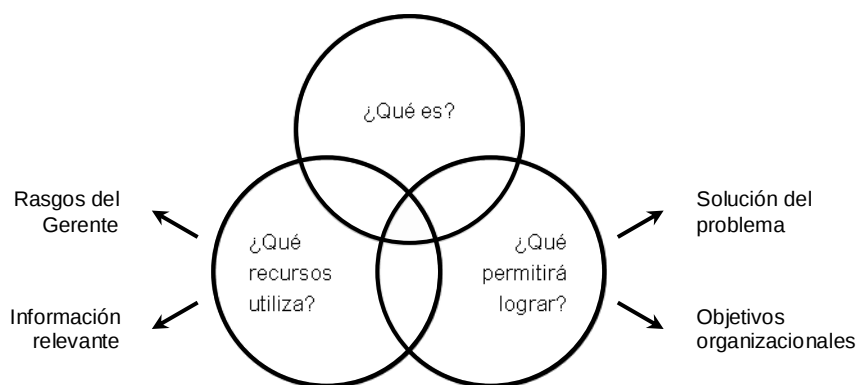


Figura 3. Interrelación de los criterios establecidos como guía para la definición del Modelo. Elaborado por el Autor.

Estas respuestas, derivadas de un proceso de análisis llevado a cabo con un alto nivel de abstracción, condujeron al desarrollo teórico del modelo propuesto. Por otra parte, y para el establecimiento de una secuencia que permita implementarlo de una manera sencilla, a la vez que óptima, se integraron elementos del proceso

tradicional de toma de decisiones gerenciales con métodos de la Práctica Clínica
Basada en Evidencia.

CAPÍTULO IV

CONSTRUCTOS TEÓRICOS Y REQUERIMIENTOS DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES GERENCIALES EN SALUD BASADA EN EVIDENCIA

En función del análisis de las variables del estudio, guiado por los criterios establecidos en el Capítulo III, se logró definir un nuevo constructo teórico, denominado “Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia” (TDGSBE), a partir del cual se conceptualizaron los distintos aspectos del modelo propuesto.

4.1. Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia

4.1.1. Definición

La TDGSBE es el proceso mediante el cual se selecciona e implementa una línea de acción factible, orientada a la resolución satisfactoria de un problema organizacional, a partir del análisis crítico y sistemático de toda la información relevante relacionada con el mismo y tomando en consideración los intereses de la institución, las necesidades de sus usuarios y las características del sector sanitario al cual pertenece.

4.1.2. Elementos

A los efectos de este trabajo se entiende por elementos del modelo todos aquellos factores que juegan un rol importante en el proceso de toma de decisiones. Dichos factores son:

- El gerente: Responsable de tomar decisiones en una determinada situación. El gerente puede o no ser un profesional de la salud.
- El entorno interno: Se refiere a la institución prestadora de servicios de salud entendida desde una perspectiva sistémica, es decir, que toma en cuenta su estructura, procesos, cultura, clima, miembros, entre otros aspectos, así como sus interacciones con su entorno externo.
- El entorno externo: Involucra el sector salud del que la institución forma parte y los determinantes socioeconómicos, culturales y políticos de la región en el que este se encuentra inmerso.
- Los usuarios: Son todos aquellos individuos o entes que poseen vínculos con el centro de salud, tales como los pacientes, proveedores, agentes gubernamentales, e incluso los empleados de la organización. A todos ellos se les debe facilitar la participación en el proceso de toma de decisiones.
- La información: Es el conjunto de datos que aportan los elementos anteriores, por lo que está constituida por una dimensión objetiva (resultados de investigaciones científicas llevadas a cabo en diversos momentos, lugares y

contextos, indicadores de la organización, indicadores macroeconómicos, índices epidemiológicos, entre otros) y una dimensión subjetiva (percepciones, creencias, experiencias, etc.).

En la Figura 4 se observa como esos elementos conforman un sistema en el que se encuentran interrelacionados por el constante flujo de información entre ellos, lo que constituye una visión holística de la prestación de los servicios de salud que no se circunscribe al mero ámbito de la relación profesional-paciente, ni tampoco a la esfera organizacional, sino que involucra a todos los agentes sociales y sus relaciones de poder.

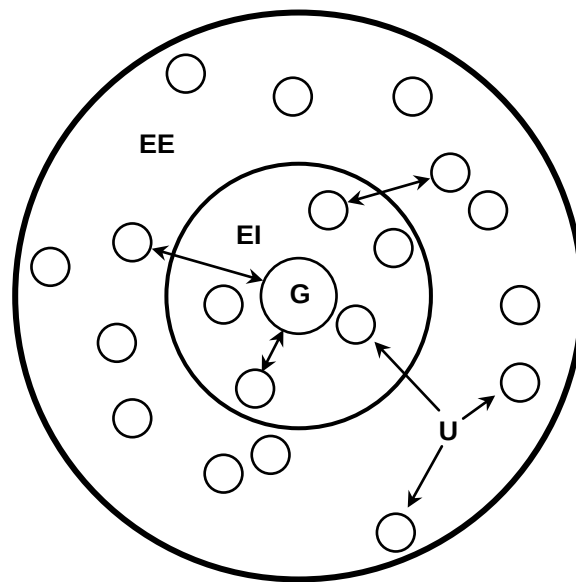


Figura 4. Interrelación de los elementos de la TDGSBE. Elaborado por el Autor.
Leyenda: ↔ = flujo de información; G = gerente; EI = entorno interno; EE = entorno externo; U = usuario.

Esta concepción integradora no deberá perderse de vista a la hora de implementarse el modelo, por cuanto permitirá un análisis multivariante de cada situación que requiera de una intervención efectiva para evitar alteraciones en el sistema organizacional, en aras de garantizar un soporte óptimo a las actividades asistenciales. Esto último se refiere al proceso administrativo que gira en torno a la prestación de los servicios de salud.

4.1.3. Pasos para su Aplicación

Se propone también una secuencia de pasos para la efectiva implementación del modelo (ver Figura 5), a saber:

- **Identificación del problema:** Deriva principalmente de la evaluación de los indicadores empleados para medir el desempeño organizacional, de la comunicación multidireccional dentro de ella y con el medio ambiente, de las variaciones en ese entorno externo, del surgimiento de nuevas necesidades en los usuarios, entre otros factores. Esta es quizás la fase más importante del proceso, ya que una identificación oportuna del problema, seguida de una pronta respuesta, minimizará las posibles consecuencias negativas sobre la institución y sus usuarios.
- **Evaluación del entorno interno y del entorno externo:** Permite identificar los actores involucrados en el problema así como las fortalezas y debilidades de

la organización y las oportunidades y amenazas de su entorno. Para ello, se pueden emplear cualquiera de las múltiples herramientas existentes de acuerdo a las características de la situación y del criterio del gerente.

- **Búsqueda de información relevante relacionada con el problema:** Consiste en una investigación exhaustiva de las fuentes documentales asociadas a la situación, fundamentalmente en repositorios de publicaciones digitales en línea, y de la recolección de datos estadísticos, epidemiológicos y de otra índole, provenientes de los diversos procesos que se llevan a cabo en la organización. También se debe indagar, cuando la naturaleza del problema lo requiera, sobre los determinantes socioeconómicos, culturales y políticos del entorno externo que estén incidiendo en él.
- **Análisis crítico de la información:** En esta etapa del proceso se lleva a cabo la valoración de la información en términos de su validez, vigencia y utilidad, lo que permitirá determinar con objetividad si constituye o no evidencia.
- **Integración de los datos:** Que puede ser estadística, si la naturaleza de los mismos lo permiten, o cualitativa. El objetivo es obtener una perspectiva global de los hallazgos.
- **Planteamiento de las alternativas:** Implica la definición de cursos de acción factibles tomando en consideración los resultados de la evaluación del entorno interno y externo, del análisis de la información relevante y de los intereses, expectativas y necesidades de los actores involucrados y de la organización.

- Construcción de escenarios probabilísticos para la evaluación de las alternativas: En esta fase se estiman los posibles beneficios y consecuencias de implementar cada una de las opciones propuestas.
- Selección e implementación del curso de acción más adecuado a la situación: Se debe escoger la alternativa que potencialmente pueda proporcionar más beneficios, tanto a la organización, como a sus usuarios.
- Evaluación del impacto: Lo cual implica el establecimiento de indicadores adecuados para medir el grado en que el curso de acción implementado contribuye a la resolución del problema u optimización de la situación. De acuerdo a su magnitud, la evaluación puede realizarse en el corto, mediano y/o largo plazo.

4.2. Requerimientos para la Efectiva Implementación del Modelo

4.2.1. Competencias del Gerente

Aunado a lo anterior, y a los propósitos de esta investigación, se establecen un conjunto de conocimientos, habilidades, valores y actitudes que deben poseer los individuos que ocupan posiciones gerenciales y que deseen aplicar este modelo para la toma de decisiones en forma cotidiana, considerando sólo las que más se relacionan con el mismo pero teniendo en cuenta que otras también pueden contribuir a su efectiva implementación.

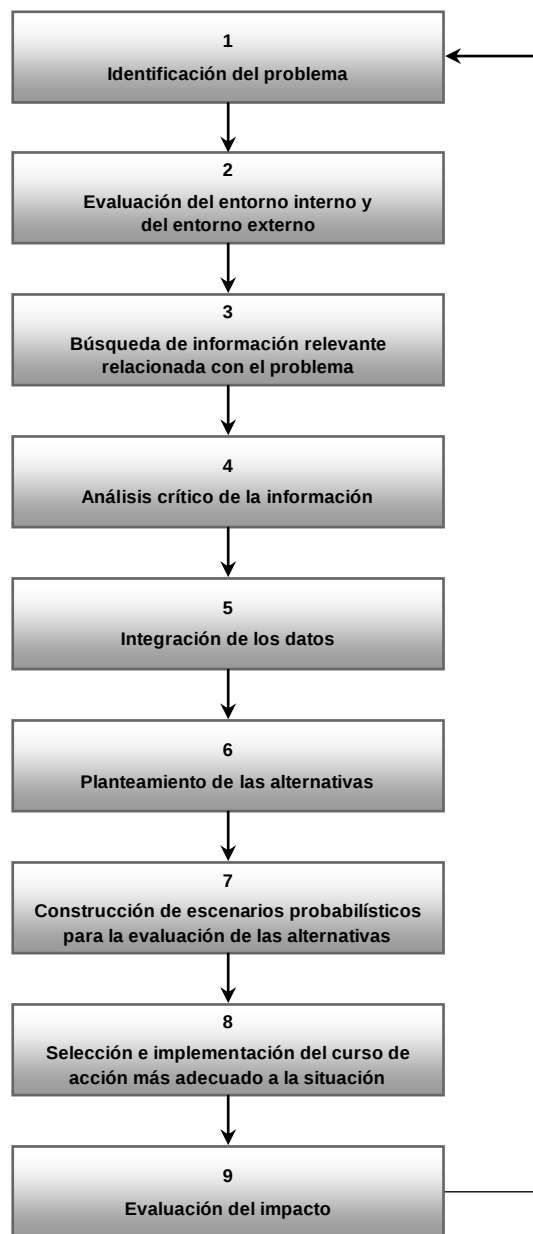


Figura 5. Pasos del proceso de TDGSBE. Elaborado por el Autor.

En ese sentido, las competencias consideradas se definen en el contexto de este nuevo modelo, aunque respetando su significado en el campo de las ciencias administrativas y de gestión. Dichas competencias son:

- Adaptabilidad: Capacidad de modificar hábitos y actitudes ante variaciones en el entorno, tanto interno como externo, con el propósito de alcanzar los objetivos planteados.
- Autocontrol: Dominio de un individuo sobre sí mismo en situaciones generadoras de altos niveles de estrés.
- Autonomía: Motivación intrínseca para emprender acciones tendientes a resolver problemas, así como para asumir responsabilidades y compromisos.
- Capacidad de síntesis: Facilidad para extraer y resumir el contenido relevante de gran cantidad de información relacionada con un tema específico.
- Cooperación: Disposición de colaborar con los demás en la resolución de problemas.
- Creatividad: Capacidad de idear respuestas novedosas a un problema.
- Habilidades de búsqueda y evaluación de información: Conjunto de conocimientos y destrezas aplicados a la recolección de información relevante relacionada con un tema específico y a su análisis en términos de validez y utilidad.
- Habilidades de comunicación: Facilidad para comunicarse con los demás y expresar ideas.
- Habilidades para negociar: Disposición para lograr consensos y llegar a acuerdos en situaciones de conflicto.
- Iniciativa: Constante disposición a actuar de manera proactiva en la búsqueda de soluciones.

- Liderazgo: Capacidad de influir en otros a fin de generar cambios en sus actitudes y conductas.
- Orientación al logro: Propensión a solucionar los problemas correctamente con miras a alcanzar niveles de excelencia más allá de los establecidos.
- Pensamiento analítico: Capacidad de entender una situación compleja descomponiéndola en partes a fin de compararlas, jerarquizarlas e identificar las múltiples interrelaciones entre ellas.
- Trabajo en equipo: habilidades para promover, desarrollar y fortalecer el trabajo grupal.

4.2.2. Insumos Tecnológicos

Para un gerente es fundamental el tener una perspectiva global de los distintos aspectos de su institución, a fin de poder diagnosticar oportunamente cualquier alteración del buen funcionamiento o desempeño organizacional. Por ello, debe contar con una plataforma tecnológica que le facilite la identificación de esas alteraciones, la búsqueda y procesamiento de información, la evaluación de las acciones acometidas para la resolución de los problemas y la comunicación con los demás miembros de la organización y con los usuarios de esta (pacientes, proveedores, entes gubernamentales, entre otros).

Una red automatizada, acorde con el tamaño del centro asistencial y su estructura organizacional, es indispensable para incrementar la velocidad de respuesta en esos aspectos, lo cual podría significar además una ventaja competitiva.

En el caso concreto de la aplicación del modelo aquí propuesto, se requiere el acceso a bases de datos electrónicas y sitios en Internet en los que se pueda localizar la información relevante, lo que permitirá construir las posibles alternativas para intervenir en la situación que motiva esa búsqueda. Asimismo, se deberán emplear programas informáticos para llevar a cabo el análisis y síntesis de la evidencia y la presentación de los resultados.

Poseer además un buen sistema de gestión de la información derivada de todos los procesos que se desarrollan en la organización, podría ser de vital importancia para identificar las fallas en forma incipiente, minimizando así los costos asociados a las intervenciones orientadas a su resolución.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El resultado del proceso de investigación llevado a cabo en el marco de este TEG, ha sido el esbozo de un nuevo modelo para la toma de decisiones en organizaciones odontológicas y de salud en general, cuyo eje central es un constructo teórico desarrollado durante ese proceso y que se denominó “Toma de Decisiones Gerenciales en Salud Basada en Evidencia”. Asimismo, se definieron tanto los elementos de ese modelo como una secuencia lógica y los requerimientos materiales (insumos tecnológicos) y humanos (competencias del gerente) para su implementación.

El reto ahora es intentar emplear este modelo en organizaciones de salud, tanto odontológicas como de otro tipo. Es por ello que en base al análisis crítico de la información realizado en este trabajo y a la experiencia laboral de su autor, se aportan las siguientes recomendaciones:

- Como se mencionó anteriormente, este modelo puede ser aplicado en cualquier institución sanitaria, por lo abre posibilidades de investigación en las diversas áreas de las ciencias de la salud. En tal sentido, se exhorta a los profesionales que se desempeñan en las distintas ramas a implementar y

evaluar el modelo, de acuerdo a las características y necesidades de sus organizaciones, con miras a su validación.

- Es fundamental que las personas que quieran utilizar esta herramienta en su práctica gerencial, desarrollen y fortalezcan competencias para la búsqueda de información científica en bases de datos especializadas, así como para su valoración y utilización.
- La efectiva aplicación del modelo no sólo depende del gerente, sino que debe requiere de la participación de todos los actores involucrados en el proceso de prestación de servicios de salud, lo cual debe ser propiciado por los individuos que ocupan posiciones de poder dentro de las instituciones asistenciales.
- Los resultados de las experiencias individuales derivados de la TDGSBE, deberían ser dados a conocer por distintos medios, tales como las revistas científicas y sitios web dedicados a divulgar información científica válida.
- Se exhorta a las instituciones de educación superior a ofertar programas de actualización en toma de decisiones, integrando estos nuevos conceptos, con el propósito de incrementar la gama de herramientas de gestión que podrían contribuir a resolver situaciones complejas en las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Dental Association. (2003). *ADA policy on evidence-based dentistry* [Documento en Internet]. Disponible en: <http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements/evidencebased.asp#top> [Consulta: 2007, Septiembre 16].
- Anderson, D. R., Sweeney, D. J. y Williams, T. A. (2004). *Métodos cuantitativos para los negocios* (9a. ed.). México, D. F.: Thomson.
- Antequera Vinagre, J. M. y Arias Menéndez, E. (2005). *Sistema sanitario y recursos humanos: Manual para gestores y profesionales*. Madrid: Díaz de Santos.
- Balestrini Acuña, M. (2001). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (5a. ed.). Caracas: BL Consultores Asociados.
- Blanco Restrepo, J. H. y Maya Mejía, J. M. (2005). *Fundamentos de salud pública. Tomo I: Salud pública* (2a. ed.). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Bonfill, X., Gabriel, R. y Cabello, J. (1997). La medicina basada en la evidencia. *Revista Española de Cardiología*, 50(12), 819-825.
- Cardozo Montilla, M. A., Sorate Marcano, Y. y Herrera Galarraga, M. (en imprenta). *Odontología basada en la evidencia: Paradigma del siglo XXI. Acta Odontológica Venezolana*.

- Cerezo Sanmartín, M. (2002). Práctica clínica basada en la evidencia científica: Papel del gestor de información como integrante de un equipo multidisciplinar. *Revista General de Información y Documentación*, 12(2), 457-464.
- Chapman, G. B. y Sonnenberg, F. A. (2000). *Decision making in health care: Theory, psychology, and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Código de Deontología Odontológica. (1992, Agosto 15). [Transcripción en Internet]. Disponible en: <http://www.elcov.org/ley2.htm> [Consulta: 2007, Octubre 24].
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1946, Julio 22). [Transcripción en Internet]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 2007, Octubre 19].
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.453 (Extraordinario), Marzo 24, 2000.
- Daft, R. L. (2004). *Administración* (6a. ed.). México, D. F.: Thomson.
- Daft, R. L. (2005). *Teoría y diseño organizacional* (8a. ed.). México, D. F.: Thomson.
- David, F. R. (2003). *Conceptos de administración estratégica* (9a. ed.). México, D. F.: Pearson Educación.
- DuBrin, A. J. (2003). *Fundamentos de comportamiento organizacional*. México, D. F.: Thomson.
- Fernández-Ríos, M. (1999). *Diccionario de recursos humanos: Organización y dirección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Fernández Ruiz, J. (2004). La teoría de juegos en las ciencias sociales. *Estudios Sociológicos*, 22(3), 625-646.

- García García, J. F. y Royo Bordonada, M. A. (2006). *Salud pública y epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos.
- García-Tenorio Ronda, J., García Merino, M. T., Pérez Rodríguez, M. J., Sánchez Quirós, I. y Santos Álvarez, M. V. (2006). *Organización y dirección de empresas*. Madrid: Thomson.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. H. y Konopaske, R. (2006). *Organizaciones: Comportamiento, estructura, procesos* (12a. ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Guerra, J. A., Muñoz, P. M. y Santos Lozano, J. M. (2003). *Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación* [Documento en Internet]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.htm [Consulta: 2007, Septiembre 20].
- Guerra Romero, L. (1996). La medicina basada en la evidencia: Un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 107(10), 377-382.
- Hellriegel, D., Jackson, S. E. y Slocum, J. W. (2005). *Administración: Un enfoque basado en competencias* (10a. ed.). México, D. F.: Thomson.
- Lamata Cotanda, F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ley de Ejercicio de la Odontología. (1970). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 29.288, Agosto 10, 1970.
- Ley del Estatuto de la Función Pública. (2002). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 37.522, Septiembre 06, 2002.

- Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38.236, Julio 26, 2005.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 37.600, Diciembre 30, 2002.
- Ley Orgánica del Trabajo. (1997). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.152, Junio 19, 1997.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. (1998). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.266 (Extraordinario), Octubre 02, 1998.
- Martínez, E. y Escudey, M. (Eds.). (1998). *Evaluación y decisión multicriterio: Reflexiones y experiencias*. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile/UNESCO.
- Mintzberg, H. (1997). *El proceso estratégico: Conceptos, contextos y casos*. México, D. F.: Prentice Hall.
- Molina, A. y Sequeira, D. (2004). Gestión institucional basada en la evidencia: El caso de la CCSS. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12(1), 41-50.
- Monsalve, S. (2003). John Nash y la teoría de juegos. *Lecturas Matemáticas*, 24(2), 137-149.
- Monteagudo Romero, J. (2003). *Qué es y qué no es la medicina basada en pruebas: La información médica y sus problemas* [Documento en Internet]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/11/que_es.htm [Consulta: 2007, Septiembre 12].

- Mosley, D. C., Megginson, L. C. y Pietri, P. H. (2005). *Supervisión: La práctica del empowerment, desarrollo de equipos de trabajo y su motivación* (6a. ed.). México, D. F.: Thomson.
- Muir Gray, J. A. (1997). *Atención sanitaria basada en la evidencia: Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid: Churchill Livingstone.
- Nalebuff, B. J. y Brandenburger, A. M. (2005). *Coo-petencia*. Bogotá: Norma.
- Oliveira da Silva, R. (2002). *Teorías de la administración*. México, D. F.: Thomson.
- Parra de Párraga, E. (2004). La teoría de juegos en la negociación: ¿Jugando a negociar o negociar jugando? *Revista de Ciencias Sociales*, 10(1), 172-188.
- Richards, D. y Lawrence, A. (1995). Evidence-based dentistry. *British Dental Journal*, 179(7), 270-273.
- Robbins, S. P. y Coulter, M. (2005). *Administración* (8a. ed.). México, D. F.: Pearson Educación.
- Robbins, S. P. y DeCenzo, D. A. (2002). *Fundamentos de administración* (3a. ed.). México, D. F.: Pearson Educación.
- Rodríguez Cotilla, Z. (2000). Teoría de la decisión multicriterio: Un enfoque para la toma de decisiones. *Economía y Desarrollo*, 126(1), 40-57.
- Rodríguez Valencia, J. (2006). *Dirección moderna de organizaciones*. México, D. F.: Thomson.
- Romero, C. (1993). *Teoría de la decisión multicriterio: Conceptos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Alianza Editorial.

- Ruiz-Canela Cáceres, J. y Louro González, A. (2005). Medicina basada en pruebas: Dónde y cómo buscar la información necesaria. *Investigación Clínica y Farmacéutica*, 2(2), 71-75.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S. y Rosenberg, W. (2002). *Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la MBE* (2a. ed.). Madrid: Elsevier.
- Smith, J. (1999). *30 minutos para tomar la decisión correcta*. Barcelona: Granica.
- Stoner, J. A. F., Freeman, R. E. y Gilbert, D. R. (1996). *Administración* (6a. ed.). México, D. F.: Prentice Hall.
- Sutton, R. I. y Pfeffer, J. (2006). Gestión Basada en la Evidencia. *Harvard Business Review América Latina*, 84(1), 46-60.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (2003). *Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales* (3a. ed.). Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Uribe E., S. (2000). ¿Qué es la odontología basada en la evidencia? *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso*, 2(4), 281-287.
- Yáber, G. y Valarino, E. (2003). *Tipología, fases y modelo de gestión para la investigación de postgrado en Gerencia*. Versión preliminar.

GLOSARIO

Actitud: Disposición anímica para la realización de una actividad o el logro de objetivos y metas.

Calidad: Propiedades y atributos que debe poseer un producto o servicio para satisfacer en forma óptima las necesidades del usuario.

Competencias: Conjunto de actitudes, aptitudes, valores, entre otras cualidades, necesarias para realizar una tarea.

Cultura ética organizacional: Sistema de creencias, valores, hábitos y preferencias, apegado a los más altos principios ético-morales, que condicionan las relaciones interpersonales e intergrupales dentro de una organización y que determina la forma en que sus miembros abordan los problemas.

Eficacia: Nivel de desempeño individual y organizacional ajustado a estándares de calidad previamente establecidos.

Eficiencia: Logro de los objetivos organizacionales en el tiempo estipulado para ello y mediante la utilización racional de los recursos disponibles.

Ensayo clínico controlado aleatorizado: Estudio epidemiológico diseñado para determinar la eficacia y seguridad de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de otra índole.

Epidemiología clínica: Ciencia que realiza inferencias sobre pacientes individuales a partir de los resultados de estudios epidemiológicos desarrollados en grupos poblacionales.

Heurística: Aplicación de reglas sencillas para la resolución de problemas en forma rápida, aunque no siempre óptima.

Meta-análisis: Análisis cuantitativo de los resultados de dos a más estudios epidemiológicos analíticos, u otros tipos de estudios, con el propósito de obtener una estimación del efecto de una intervención o el grado de asociación o correlación entre un determinado factor y un problema de salud.

Motivación: Conjunto de factores cognitivos, sensoriales, psicológicos y fisiológicos que dirigen la conducta del individuo.

Percepción: Manera en que cada individuo interpreta, mediante procesos psicológicos, los estímulos de su entorno.

Revisión sistemática: Análisis riguroso e integración cualitativa de la información derivada de estudios epidemiológicos analíticos, u otros tipos de estudios, a fin de extraer conclusiones extrapolables a situaciones similares.

Satisfacción laboral: Grado de bienestar que le aporta a un individuo la realización de su trabajo.

Sesgo: Error en el diseño de un estudio, o en el desarrollo de alguna de sus fases, capaz de distorsionar sus resultados.

Toma de decisiones: Proceso mediante el cual se valora un conjunto de alternativas y se selecciona la más idónea para la resolución de un problema específico.