



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA: RELACIONES INDUSTRIALES
OPCIÓN: SIN OPCIÓN Y RECURSOS HUMANOS

TRABAJO DE GRADO

**COMPETENCIAS GERENCIALES DE LOS MÉDICOS CON RESPONSABILIDADES
GERENCIALES EN LOS HOSPITALES PRIVADOS DE CARACAS**

Realizado por:

Ojeda, Rosa C.I: 17.815.472

Zalzman, Brenda C.I: 19.370.556

Tutor:

Gustavo Pereda

Caracas, 30 de Septiembre de 2011

DEDICATORIA

Rosa Ojeda:

Quiero dedicar este trabajo de investigación en primer y único lugar a mis padres, ya que fueron ellos los que sembraron la semilla que dió como fruto esta investigación. Desde mi niñez, al compartir en su hogar las experiencias laborales del día a día. Por ser ellos siempre el soporte donde me apoyé cuando las cosas no iban bien y donde conseguía el aliento necesario para no decaer ante los obstáculos hoy superados a lo largo de mi preparación de pregrado.

Brenda Zalzman:

Quisiera comenzar por dedicarle mi esfuerzo realizando este trabajo de grado exclusivamente a mis padres, por darme todo su apoyo moral, pensamiento crítico y práctico. Las herramientas que me han dado, traen este y otros logros como producto de sus enseñanzas.

A Rosa, mi compañera de trabajo de grado por su paciencia, apoyo y su madurez ante la toma de decisiones personales y académicas.

En último lugar, y sin orden de importancia a Di-s ya que su energía fue la que mantuvo mi motivación para seguir en la UCAB después de un accidente automovilístico.

AGRADECIMIENTOS

Rosa Ojeda:

Agradezco a mi compañera de Tesis, por su capacidad de organización, por aportar el ánimo necesario cuando la energía disminuía. Su constancia, organización y disciplina aportaron al proyecto un valor sumamente importante. La combinación de nuestras aptitudes de trabajo logró la mezcla perfecta para ser un equipo con una dinámica y efectividad excepcional.

A nuestro tutor, el Profesor Gustavo Pereda, el cual guió nuestra investigación de una manera impecable, con sus aportes enriquecedores tanto a nivel teórico como práctico para lograr un proyecto lleno de conclusiones importantes para el mundo de la gerencia sanitaria en Venezuela. Agradezco enormemente, los aportes del profesor Gustavo García, ya que fue él el que guió los primeros pasos y creyó firmemente en la importancia de ésta investigación.

A mis colegas, Carolina Boscán y Rodolfo Castillo por ser más que colegas, unos amigos con un amplio y valioso concepto de la amistad, con los que compartí a lo largo de esta etapa mis triunfos y tropiezos, de los que hoy nos recordamos como un episodio inolvidable de nuestras vidas.

A mis padres y hermanas, por darme la solidez emocional y el apoyo incondicional que proporciona tener una hermosa familia, les doy gracias por estar siempre al pie del cañón, dispuestos a tenderme la mano sin importar el día, la hora ni el momento. Y por último pero no menos importante a mi futuro esposo, por tener siempre la capacidad de entender que el camino que me trajo hoy a escribir estas líneas no fue del todo fácil, por tener siempre una palabra de aliento que me reconfortó y me hizo recuperar energías para continuar, le agradezco muchísimo su capacidad de ser mi lado racional, cuando el mío se encontraba perdido.

Brenda Zalzman:

En primer debo agradecer a Rosa, por ser una persona tan racional y paciente. Sus constantes correcciones le dieron un verdadero vuelco a esta investigación. Su impecable metodología de evaluar la toma de decisiones rigurosamente fue la que aportó un valor agregado a este estudio de grado.

Seguido de mi compañera, nuestro tutor Gustavo Pereda ya que sin el nuestro estudio no hubiese avanzado a la velocidad que lo hizo. Gracias a este profesor, dedicado a la gerencia de gestión sanitaria pude alcanzar objetivos personales y académicos que no esperaba con tanta rapidez. Las reuniones por las cuales todos los miércoles quincenalmente nos asesoró, sin esperar nada a cambio, para corregir los avances fue lo que marco la rapidez de este estudio.

En tercer lugar debo agradecer a mis superiores en la compañía en la cual trabajo, Hewlett Packard, pues sin sus constantes permisos e implementación de políticas de flexibilidad laboral no estaría entregando lo que representa este aporte al conocimiento.

Para finalizar me gustaría agradecer a todos los profesores que de alguna forma, sea metodológicamente o teóricamente colaboraron con este estudio. Dentro de ellos están el profesor José Naranjo, Gustavo García y Josué Bonilla. Cada uno de ellos dieron críticas constructivas para el continuo desarrollo de la investigación.

Un especial reconocimiento a Héctor Acosta, por sus constantes asesorías estadísticas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I:	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
CAPÍTULO II:	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos.....	20
CAPÍTULO III:	22
MARCO TEÓRICO.....	22
1. Competencias.....	22
1.1 Concepto de Competencias.....	22
1.2 Componentes de una competencia.....	23
1.3 Tipos de Competencias.....	23
1.4 Clasificación de las competencias.....	24
1.4.1 Competencias Gerenciales.....	25
1.4.2 Competencias Médico-Gerenciales.....	26
1.5 Detección de Competencias.....	28
1.6. Metodología Tuning.....	30
1.6.1 Competencias Médico-Gerenciales extraídas del Proyecto Tuning Latinoamérica.....	32
2. Sistema de Salud.....	35
2.1 Concepto.....	35
2.2 Clasificación de las instituciones prestadoras de servicios de salud.....	35
2.3 Gestión de Instituciones de Salud.....	42
2.4 Problemas de Gestión en Instituciones de Salud.....	43
CAPÍTULO IV:	45
1. Tipo y Diseño de Investigación:.....	45
2. Unidad de Análisis, Población y Muestra.....	46
3. Definición de Variables (definición conceptual y operacional).....	47

3.1 Definición conceptual	47
3.2. Definición operacional	47
3.3. Operacionalización de la Variable de Estudio.....	50
3.4. Explicación de la Operacionalización de la Variable de Estudio	52
4. Estrategia para la recolección, procesamiento y análisis de la data.....	52
4.1 Diseño del instrumento para la identificación de competencias gerenciales.....	52
4.2. Validez del Instrumento:	53
4.3 Confiabilidad:	53
4.4 Desviación Estándar	54
4.4 Aplicación del Instrumento de Recolección de Información.	55
4.5 Procesamiento y análisis de los Datos.....	55
5. Consideraciones Éticas y Factibilidad de la Investigación.....	56
5.1 Consideraciones Éticas.....	56
5.2 Factibilidad de la Investigación.	56
CAPITULO V:	58
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	91
Instrumento de Medición	92
Información Estadística de las Competencias Gerenciales en Médicos Gerentes.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia	11
Tabla 2. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo.....	12
Tabla 3. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes	13
Tabla 4. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela	13
Tabla 5. Establecimientos Asistenciales.	35
Tabla 6. Descripción de los Hospitales Tipo I en Venezuela.....	38
Tabla 7. Descripción de los Hospitales Tipo II en Venezuela.	39
Tabla 8. Descripción de los Hospitales Tipo III en Venezuela.	40
Tabla 9. Descripción de los Hospitales Tipo IV en Venezuela.	41
Tabla 10. Operacionalización de la Variable Presencia de Competencias Gerenciales.	50
Tabla 11. Nivel de Relación	54
Tabla 12. Género y Edad de los Médicos Gerentes.....	58
Tabla 13. Moda de Especialidad Médica en los Médicos Gerentes	60
Tabla 14. Nivel de Importancia en las Competencias Gerenciales	62
Tabla 15. Competencias “Importante”	63
Tabla 16. Indicadores con Desviaciones Altas.....	74
Tabla 17. Promedio de Nivel de Importancia y Nivel de Desarrollo entre Competencias Gerenciales	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Género y Edad de los Médicos Gerentes.....	59
Tabla 13. Moda de Especialidad Médica en los Médicos Gerentes	60
Gráfico 2. Frecuencia de Universidades de Formación de Médicos Gerentes.....	61
Tabla 14. Nivel de Importancia en las Competencias Gerenciales	62
Tabla 15. Competencias “Importante”	63
Gráfico 3. Competencia Gerencial: Políticas y Procedimientos en Médicos Gerentes	64
Gráfico 4. Percepción del Nivel de Importancia de la Competencia Gerencial: Planificación Estratégica	65
Gráfico 5. Nivel de Desarrollo de la Competencia Gerencial: Planificación Estratégica.....	68
Gráfico 6. Nivel de Importancia de la Competencia Gerencial: Control.....	69
Gráfico 7. Nivel de Desarrollo de la Competencia Gerencial: Control	70
Gráfico 8. Competencia Gerencial: Finanzas en Médicos Gerentes	71
Gráfico 9. Percepción del Nivel de Importancia de la Competencia Gerencial: Recursos Humanos en Médicos Gerentes	72
Gráfico 10. Nivel de Desarrollo en la Gestión Diaria de La Competencia Gerencial: Recursos Humanos en Médicos Gerentes	73

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo identificar el nivel de desarrollo de competencias gerenciales de los profesionales de la salud venezolanos que ocupan cargos con responsabilidad gerencial en los hospitales Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas. La unidad de análisis de la investigación está compuesta por los profesionales de la salud de los hospitales privados Tipo II y III, que ocupan cargos con responsabilidades de alta gerencia y de gerencia media dentro de la organización. La población estuvo representada por todos los profesionales de la salud que se encargan de la alta gerencia y gerencia media de los hospitales: Centro Médico San Bernardino, Clínica La Floresta, Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico Docente La Trinidad y Clínica Metropolitana. La población tomada para este estudio son los médicos con responsabilidades gerenciales que ocupan cargos de gerentes en los hospitales privados más grandes del Área Metropolitana de Caracas, los cuales son los tipos II y III. Una vez recolectada la información, mediante un cuestionario diseñado por la metodología Tuning, se realizó un análisis descriptivo, con lo cual se obtuvo índices que determinaron las competencias gerenciales y su nivel de desarrollo, tanto en el grupo de profesionales de la salud gerentes donde se recolectó su auto percepción sobre la gestión administrativa desempeñada por ellos. Este estudio pretende aportar información sobre el perfil actual del gerente de salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de un modelo de gestión sanitaria planificada. Así los profesionales del sector salud, con cargos gerenciales deberán tener una capacitación previa en lo que respecta a las competencias gerenciales pertinentes para desarrollar una gerencia sanitaria exitosa.

Palabras claves: Profesionales de la Salud - Gestión de Salud - Competencias Gerenciales - Hospitales Privados.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó con el fin de crear el perfil actual de las competencias gerenciales de los médicos gerentes de las clínicas tipo II y III del área Metropolitana de Caracas. Esto se dio, gracias al estudio de Lane y Ross (1998), el cual fue una investigación realizada por la sociedad médica estadounidense para realizar un perfil de médicos gerentes. En este estudio, explicado a profundidad en el razonamiento del problema, se puede demostrar la importancia que tiene este problema a nivel mundial y como afecta a múltiples localidades. Este estudio pretende colaborar con el desarrollo de la gestión sanitaria en Venezuela, detectando cuales son las áreas de oportunidad de un médico gerente. Lo cual puede ser el punto de partida para una reestructuración tanto de los pensum de medicina de las universidades más importantes del país, como el reconocer la necesidad y establecer un programa que permita fortalecer ciertas competencias a nivel de gestión que permitirá tener un sistema de salud más planificado y con mejor calidad de servicio para toda la población.

En el **Capítulo I**, se plantea las bases y la importancia que tiene en un sistema de salud, tener a médicos con amplias capacidades gerenciales al frente del aparato sanitario de un país. El problema radica en la crisis a nivel gerencial y operativo del sector salud, debido a la mala planificación económica. Zárraga (2001), menciona que se necesita la consolidación de una cultura gerencial eficiente, para lo cual es necesario una formación gerencial que permita el desarrollo de modelos de gestión adecuados con proyectos, objetivos y racionalmente realizables, es decir, los proyectos deben ser claros, alcanzables, controlables y evaluables, y así como también deben estar basados en estructuras; además de que debe contar con el respectivo personal calificado. Mediante este y otros argumentos, descritos a continuación se razona el porqué de la presente investigación.

En el **Capítulo II**, se contempla el objetivo principal de la investigación, el cual es identificar las competencias gerenciales y su nivel de desarrollo en profesionales del sector salud, que hoy ocupan cargos con responsabilidades gerenciales en los centros de salud privados Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas. Luego se mencionan los cuatro objetivos específicos que se establecieron inicialmente para llevar a cabo el objetivo antes mencionado, es decir, fueron las líneas de acción para la planificación del estudio.

El **Capítulo III**, es el segmento que da pie a los basamentos teóricos del estudio presentado, este es el Marco Teórico. Este importante episodio, se enfoca en los conceptos de las competencias médicos gerenciales y el marco contextual del sector sanitario en Venezuela. Es aquí, donde podemos encontrar a los autores que través de sus teorías y conocimientos guiaron la investigación de una manera científica. La metodología Tuning es un pilar fundamental dentro de este episodio de la investigación, ya que a través de este procedimiento se logró relacionar las variables, debido a que es el instrumento de esta metodología el que sirve para la recolección de la data, de manera confiable y cuantificable.

En el **Capítulo IV**, tiene lugar el Marco Metodológico, dentro del cual se estableció la planificación de la metodología utilizada para desarrollar la investigación en su totalidad. El estudio que se realizó fue una investigación no experimental cuantitativa de tipo transversal descriptivo, con un muestreo no probabilístico intencional. La operacionalización de las variables en estudio, la validez y confiabilidad del instrumento, así como las consideraciones éticas tomadas en cuenta para realizar esta investigación y el procesamiento de la data, son aspectos científicos importantes desarrollados a lo largo de este capítulo.

El **Capítulo V**, contiene el análisis y la discusión de los resultados respectivos a la data recolectada. Estos análisis están acompañados de gráficos y tablas de datos para la fácil comprensión de los resultados.

Posterior a los análisis realizados, está el **Capítulo VI**, el cual contiene las recomendaciones en base a los resultados obtenidos en el capítulo anterior, así como también recomendaciones relacionadas con el procedimiento científico empleado y el uso del

instrumento de la Metodología Tuning.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Venezuela desde hace aproximadamente tres décadas se ha presentado una crisis en el sector sanitario, evidenciada a través de problemas que diariamente enfrentan las instituciones de servicios de salud. Pérez, Suárez, Betancourt y Cote (2008) señalan que estos problemas se deben a un mal funcionamiento del sistema administrativo, lo cual se ve reflejado en instituciones de salud carentes de planificación, alto nivel de desorganización, muy poca coordinación entre todos los entes que conforman el sistema público de salud y ausencia de mecanismos de control y evaluación; esto trae como consecuencia la crisis hospitalaria que se manifiesta en el país a través de la poca accesibilidad a los servicios de salud, cobertura, calidad y legitimidad. Zárraga (2001) plantea que las principales causas de la crisis del sector salud venezolano generalmente se presentan en situaciones de atención médica, políticas de servicios y procesos gerenciales.

En relación a la atención médica venezolana Zárraga (2001) señala que una de las causas de esta crisis se ha debido a la atención inadecuada hacia los pacientes, lo cual puede deberse a deficiencias en la adquisición y dotación de equipos médicos apropiados y a insuficiencias en la preservación de las condiciones físicas de los espacios de atención sanitaria.

Por otra parte, la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) (cp. Pérez, Suárez, Betancourt, y Cote, 2008) añade que para finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, el sistema de salud en Venezuela se caracterizaba por emplear modelos de atención médica de carácter curativo e individual, en vez de centrarse en medidas preventivas de carácter colectivo; sistema que habitualmente colapsa motivado por el impacto negativo en la atención médica de grandes grupos poblacionales y a la desarticulación existente, tanto en las instituciones de salud pública como en las instituciones privadas. Asimismo Zárraga (2001) indica que existe un déficit económico en el sector, es decir, la planificación sanitaria se enfoca con mayor frecuencia en la oferta que en la demanda de servicio, así como también en presupuestos inadecuados y escasos conocimientos con respecto a los costos reales de

operación y de atención médica, lo cual genera una crisis no solo a nivel gerencial sino también a nivel operativo, debido a que si no existe la planificación económica necesaria para que una organización pueda operar en un pleno estado de normalidad teniendo los recursos necesarios, y además la demanda de determinados servicios en estas instituciones no es el criterio a través del cual se establece la oferta, esta situación genera un colapso originado por el alto porcentaje de los servicios demandados por la población que no están siendo cubiertos y por otra parte existe una oferta de servicios poco necesaria para el contexto en el cual se desarrollan las organizaciones de salud.

Para inicios del siglo XXI, el sector salud venezolano continúa en crisis, lo cual se traduce en problemas de acceso, cobertura y calidad en la prestación de servicios médico asistenciales ofrecidos a la población. Adicionalmente, persisten el déficit de suministros médicos y paros de actividades laborales generados por las precarias condiciones de trabajo en las que se desempeñan los profesionales de la salud; por esta razón, actualmente el sistema de salud¹ venezolano atraviesa grandes dificultades que se manifiestan en el declive de la atención, calidad y cobertura de los servicios de salud prestados, además del desgaste progresivo de las condiciones de salud de la población. (Zárraga, 2001).

Los rasgos que caracterizan al sistema de salud venezolano según Pérez, Suárez, Betancourt y Cote (2008) son consecuencia de la gestión pública en el país, la cual se ha desarrollado bajo un sistema administrativo que ha evidenciado ser ineficiente, ineficaz e inefectivo; y aunado a esto la injerencia política dentro del sector, que se manifiesta a través de los problemas que enfrentan los entes gubernamentales designados para manejar el sistema de salud venezolano, resaltando como los principales: falta de efectividad en la atención de la demanda de salud, falta de continuidad administrativa en la gestión y ausencia de evaluación de los programas de salud. Estos autores sostienen que en el sector sanitario se necesita el establecimiento de varios modelos organizacionales que luchen contra la inapropiada

¹Se entiende por Sistema de Salud “un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles” (Manzanilla, 1989, p.10, cp. Pérez, Suárez, Betancourt y Cote, 2008).

administración de los recursos institucionales, debido a que existe un lento y poco participativo procedimiento para adelantar las negociaciones y la toma de decisiones; déficit presupuestario; y las fuertes tensiones que producen los conflictos entre las diferentes instancias de poder que se interrelacionan dentro de la dinámica del sistema de salud venezolano.

Con respecto a los procesos gerenciales, Zárraga (2001) indica que existe una situación donde predominan los antivalores, poca identificación del personal con la institución y un clima constante que carece de motivación, así como también se detecta una inapropiada formación de los recursos humanos en los distintos niveles de acción de las organizaciones de salud y un déficit de programas de capacitación que vayan en concordancia con las necesidades operativas; por último Zárraga (2001) destaca que existe una inadecuada gestión de los programas y servicios de salud por una tendencia a operar bajo una gerencia en crisis, y además, una incorrecta forma de planificación y control de proyectos. Adicionalmente, para el caso de instituciones del sector público, existe una constante rotación gerencial, como consecuencia de los cambios de dirección a nivel político (CNU², 1997, p.34, cp. Ferrer, 2001). Debido a que el modelo de salud en Venezuela se ha caracterizado por estar constantemente relacionado con el contexto político del país, estos constantes cambios generan un colapso a nivel gerencial en el sistema de salud debido a que los médicos que ocupan tales cargos no son sometidos a rigurosos procesos de selección, sino que son escogidos en la mayoría de los casos por su tendencia política.

Sin embargo, paralelamente a esta crisis del sector sanitario, han surgido nuevas alternativas de gestión con la finalidad de reestructurar la situación coyuntural que enfrenta dicho sistema. Para algunos, “llegó la era de la medicina gerenciada con la mira puesta en las ganancias y el acento en el control de los costos”. (Levi, 2.000)

Una de las alternativas que han surgido a raíz de esta crisis de las instituciones prestadoras de servicios sanitarios es la reingeniería³ en los sistemas de salud; según Carrada

²CNU (1997) Comisión Nacional de Perfil de Estudiante de Medicina: Informe de las actividades realizadas. LUZ-Venezuela

³El concepto de reingeniería se basa en “reconsiderar lo fundamental y rediseñar de manera radical los procesos de la

(2001):

“La reingeniería más que un método es un enfoque de liderazgo y dirección organizacional novedoso; mediante su aplicación es factible lograr un incremento de la calidad y del rendimiento de una empresa o institución“. (p.1)

Carrada (2001) sostiene que primordialmente esta estrategia tendría una función reestructuradora con la finalidad de adaptar los procedimientos de la época industrial a la etapa tecnológica que vive la sociedad en la actualidad, en lo que respecta a la prestación de servicios sanitarios y la estructura de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este autor afirma que lo principal en este proceso es optimizar el desempeño de los equipos de trabajo aumentando su motivación y competitividad en el trabajo, y a su vez lograr una total satisfacción en los usuarios del servicio. La reingeniería en los sistemas de salud es un proceso basado en el cambio creativo donde el objetivo principal es reinventar nuevas estructuras, procesos, sistemas y mecanismos de control tanto de resultados como de desempeño dentro de una organización. Esta nueva alternativa para gestionar la salud “convence, entusiasmo y con su propio ejemplo mueve al trabajo, en busca siempre del bien común.” (Carrada, 2001, p. 130).

Otra de las alternativas emergentes en la crisis del sector salud es la que sugiere Zárraga (2001), la implementación de un modelo de gestión organizacional fundamentado en valores, donde se conozca la importancia de basar un sistema de salud en principios éticos y morales, con la finalidad de reorientar la conducta de los profesionales de la salud hacia la ética, lo cual incentiva a la continua formación del recurso humano y a su vez les genera motivación y promueve cualidades muy importantes como lo son la creatividad, el liderazgo y la vocación de servicio; este autor propone aprovechar lo positivo tanto del sector público como del sector privado, para establecer modelos de cogestión y autonomía, donde exista una responsabilidad compartida entre Estado (sector público) y sociedad (sector privado).

institución para obtener mejoras dramáticas en variables críticas del desempeño, como coste, calidad, servicio, rapidez y flexibilidad”. (Hammer y Champy; cp. Carrada, 2001)

Sin embargo, los modelos de gestión emergentes también podrían tener debilidades a nivel de gestión y de planificación. Con respecto al modelo de gestión de salud propuesto por Zárraga (2001), este autor concluye que existen las siguientes debilidades a nivel administrativo: ausencia de manuales de organización, normas y procedimientos, la cobertura de la salud de la población continúa basada en la oferta de servicios y no en la demanda de los mismos, y por último, persisten las inconsistencias con respecto al establecimiento de políticas referentes a la conservación de la infraestructura y la correcta dotación de recursos como medicamentos, equipos e instrumentos.

Así mismo, Carrada (2001) señala que el proceso de reingeniería de los sistemas de salud presenta ciertas dificultades, las cuales son enfrentadas por las organizaciones sanitarias que implantan este mecanismo de restructuración en búsqueda de mejoras en su gestión y políticas de servicios, dichas dificultades son las siguientes: existe una alta propensión de resistencia al cambio en los trabajadores, causada por elementos como la negación a la modernización y descentralización de los sistemas, la inversión que se ha realizado en los sistemas actuales a través de los cuales se maneja la organización, el conocimiento que tiene cada uno de los empleados de sus funciones y la manera de desempeñarlas y a su vez, la incertidumbre que genera el hacer las cosas de una manera distinta a la habitual; conjuntamente, producen temor a la pérdida del empleo, se genera inestabilidad en los niveles de jerarquía, y además suele generarse un sentimiento de incompetencia y fracaso.

Lemieux-Charles (1992) plantea que la función del médico en la administración de recursos tales como presupuesto y asignación de personal es sumamente importante en el manejo de procesos gerenciales dentro de las instituciones sanitarias, pero dichos profesionales no se involucran con el ámbito administrativo de las instituciones debido a las siguientes razones: los médicos se niegan a asumir más responsabilidades administrativas de las que les corresponden sin recibir mayor remuneración; otra razón por la cual los médicos están renuentes a administrar las instituciones de salud es que al admitir responsabilidades administrativas se consiguen con conflictos éticos, así como también, los profesionales de la salud carecen de sentido de pertenencia hacia su organización debido a que en muchos casos no tienen oficinas ni personal administrativo dentro de la institución; y por último pero no

menos importante, otra de las razones por las cuales los profesionales del sector sanitario les cuesta involucrarse con el área administrativa de las instituciones de salud, se debe a que los programas de estudios universitarios en el área sanitaria carecen en gran medida de materias que capaciten a dichos profesionales en materia de gerencia, lo cual no despierta en el individuo durante su preparación universitaria ningún interés en el área de gestión, a pesar de que existan programas de postgrado enfocados hacia la gerencia de salud; una muestra de la falta de preparación en gerencia durante los estudios de pregrado, se puede observar en los siguientes pensum de estudios de medicina, los cuales pertenecen a las más importantes facultades del país.

Tabla 1. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia

AÑO I	AÑO II	AÑO III	AÑO IV	AÑO V	AÑO VI
Orientación I	Práctica Profesional I	Orientación II	Salud Pública	Medicina Familiar	Práctica Profesional III
Bioquímica	Historia de la Medicina	Histórico - Antropológica Ética	Cirugía y Ortopedia	Práctica Profesional II	Clínica Gineco Obstétrica
Ecológica, Científica Tecnológica: Informática	Fisiología Humana	Ciencias Sociales	Ginecología y Obstetricia	Urgencias y Desastres	Clínica Pediátrica
Anatomía Humana	Inmunología	Psicología Medica	Medicina Tropical	Clínica Quirúrgica	
Biología Celular	Bacteriología y Virología	Ética y Deontológica Medica	Anatomía Patológica	Psiquiatría	
Embriología	Parasitología	Farmacología	Puericultura y Pediatría	Biofísica y Tecnología Biomédica	
Histología	Epistemología: Metodología de la Investigación	Comunicación Humana: Inglés	Genética	Clínica Medica	

	Neuroanatomía	Anatomía Humana II		Salud Ocupacional y Ambiental	
		Semiología y patología Medica		Medicina Legal	

Tabla 2. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo

AÑO I	AÑO II	AÑO III	AÑO IV	AÑO V	AÑO VI
Anatomía Humana	Estadística y Demografía Medica	Parasitología	Farmacología	Clínica Psiquiátrica	Clínica Medico Terapéutica III
Histología y Embriología	Fisiología y Biofísica	Semiología	Anatomía Patológica	Medicina Legal	Clínica Quirúrgica III
Arte y Cultura	Salud Comunitaria	Fisiopatología	Clínica Medico Terapéutica I	Clínica Medico Terapéutica II	Clínica Pediátrica III
Practica Medica I	Bioquímica	Psicología Medica	Clínica Quirúrgica I	Clínica Quirúrgica II	Clínica Obstetricia y Ginecología III
Historia de la Medicina	Practica Modular II	Microbiología	Clínica Pediátrica I	Clínica Pediátrica II	Medicina Comunitaria
Inglés	Educación Física y Deporte	Medicina Preventiva y Social I	Clínica Obstetricia y Ginecología I	Clínica Obstetricia y Ginecología II	Tesis de Grado
	Electiva	Electiva	Psicopatología	Ética y Deontología Medica	
			Medicina Preventiva y Social II	Electiva	
			Proyecto de Investigación Medica	Tutoría de Tesis	

Tabla 3. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes

AÑO I	AÑO II	AÑO III	AÑO IV	AÑO V	AÑO VI
Aprendiendo con la Comunidad	Bioquímica	Farmacología	Anatomía Patológica	Cirugía II	Medicina Comunitaria
Anatomía Humana	Demografía	Fisiopatología	Cirugía I	Ginecología y Obstetricia II	Obstetricia III
Bioestadística	Epidemiología	Genética Medica	Infecciosas y Parasitarias	Medicina II	Pediatría III
Embriología	Fisiología	Inmunología	Medicina I	Pediatría II	Programa Médico Quirúrgico
Histología	Microbiología	Psicología Social en la Salud	Medicina Legal y Deontología Medica		Servicio Comunitario
	Parasitología	Semiología	Ginecología y Obstetricia I		
		Sociología Medica	Pediatría I		
		Salud Publica			

Tabla 4. Pensum de Estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela

AÑO I	AÑO II	AÑO III	AÑO IV	AÑO V	AÑO VI
Salud Publica I	Salud Publica II	Salud Publica III	Salud Publica IV	Salud Publica V	Salud Publica VI

Bioquímica	Fisiología	Medicina I	Medicina II	Medicina III	Medicina IV
Anatomía Normal I	Anatomía Normal II	Anatomía Patológica	Radiología	Clínica Médico Terapéutica II	Cirugía IV
Histología y Embriología	Psiquiatría I	Psiquiatría II	Psiquiatría III	Psiquiatría IV	Obstetricia y Ginecología III
	Microbiología	Fisiopatología	Clínica Pediátrica I	Clínica Pediátrica II	Pediatría IV
		Pediatría I	Pediatría III	Pediatría II	
		Parasitología	Obstetricia y Ginecología I	Obstetricia II	
		Cirugía I	Cirugía II	Cirugía III	
			Medicina Tropical	Técnica Quirúrgica	
				Medicina del Trabajo	

Sin embargo, Lemieux-Charles (1992) indica que la participación del personal médico es esencial debido a que es el único que tiene la capacidad de establecer relación entre factores como calidad y cantidad dentro de la organización.

Según Zárraga (2001) se necesita la consolidación de una cultura gerencial eficiente, para lo cual es necesario una formación gerencial que permita el desarrollo de modelos de gestión adecuados con proyectos, objetivos y racionalmente realizables, es decir, los proyectos deben ser claros, alcanzables, controlables y evaluables, y así como también de deben estar basados en estructuras además de que debe contar con el respectivo personal

calificado.

Como se observa en párrafos anteriores, debido al deficiente desarrollo del conocimiento gerencial en el área de planificación, los problemas de gestión en los sistemas de salud persisten, por la ausencia de una cultura y formación gerencial de los profesionales del sector.

Como consecuencia de tan recientes y profundos cambios, relacionados con la prestación de servicios de salud, aunado a la necesidad de reestructurar los sistemas de sanitarios, ha surgido la necesidad de gestionar la evolución de dichas organizaciones y de que esa gestión se lleve a cabo por médicos que estén capacitados y dispuestos a asumir un alto nivel de la responsabilidad. (Lane y Ross, 1998).

Lane y Ross (1998) en una investigación realizada en la sociedad norteamericana sobre detección de competencias⁴ y perfil en gerentes médicos, sostienen que en espacios como lo son las organizaciones de la salud, las cuales son cada vez más complejas y donde existe una urgente necesidad de profesionales de la salud con experiencia en el área de gestión sanitaria, el liderazgo del médico es fundamental para el logro del equilibrio entre las presiones conflictivas de la calidad de la atención respecto a la reestructuración de costos, la prevención frente a la alta tecnología en la intervención médica, y la práctica especializada frente a la atención primaria. Con esta investigación se puede observar que la carencia en la formación gerencial de los médicos, es una problemática a nivel mundial, la cual debe ser solucionada lo antes posible, con la finalidad de tener un mejoramiento en los sistemas de salud no solo en Venezuela sino en el mundo entero.

Según el estudio de Lane y Ross (1998), las competencias médico-gerenciales deben estar contenidas en dos aspectos principales, el primer aspecto está relacionado con el diseño, gestión y evaluación de la prestación de servicios sanitarios con la finalidad de mejorar la salud de la población; y el segundo aspecto que se debe tomar en cuenta para el desarrollo de

⁴Según Spencer y Spencer (1993; cp. Alles, 2005) una competencia “es una característica subyacente en un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación”. (p. 22)

competencias médico-gerenciales consiste en, la aplicación de gestión financiera y técnicas de negocios adecuadas, para asegurar la prestación eficiente de los servicios de salud.

Para definir la tarea de los gerentes, se debe definir con anterioridad conceptualmente lo que significa una competencia gerencial. Las competencias gerenciales son un “conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes afines que se relacionan con el buen desempeño del gerente”. (Robbins y Decenzo, 2002. p.12).

La gerencia de una organización de salud debe ser entendida como la integración de esfuerzos utilizando racionalmente los recursos, plenos de autoridad y responsabilidad, planificando, controlando, y guiando la institución hacia sus fines y objetivos. (Mora, 2006). Según Horwitz (2004) “la práctica médica hoy se realiza en ambientes organizacionales cada vez más estructurados y de alta complejidad tecnológica. En este entorno, el liderazgo médico debe ahora compartir el poder de decisiones con los administradores y gerentes y además con otros profesionales de la salud y con los propios pacientes.” (p.1)

Carrada (2001) establece el perfil de un gerente médico. Para Carrada, un gerente de salud debe poseer más que conocimientos, debe poseer cualidades innatas que puedan posteriormente desarrollar a través de estudios, para así poder desempeñar un cargo gerencial de una manera óptima, “El médico líder debe ser un docente nato, investigador, orientador, conductor y caudillo de su grupo de trabajo” (p.3) para que al convertirse en un gerente médico pueda ser capaz de prever, planificar, programar, dirigir, supervisar y evaluar las actividades respectivas del Sistema Local de Salud; así como también debe estar en plena capacidad de conocer las responsabilidades éticas y legales inherentes a la práctica médica, para así resolver las contingencias que puedan presentarse; y por último deberá ser un promotor permanente de la salud, bienestar y desarrollo del personal a su cargo y de la población del Sistema Local de Salud.

Sin embargo, la mayoría de los médicos no reciben ninguna preparación formal en gestión de los servicios de salud y sus respectivos sistemas. Los cambios en la escuela de medicina y la residencia en la educación se han quedado atrás en relación con los cambios en

el contexto de la práctica clínica y su reestructuración. Según estudios recientes, tanto los médicos jóvenes como los administradores de organizaciones de gestión sanitaria, han concluido que la formación médica no es la adecuada preparación de los profesionales de la salud para la realidad actual en la práctica médica. (Lane y Ross, 1998).

En consecuencia, basándonos en el estudio de (Lane y Ross, 1999) se realizó un estudio descriptivo sobre las competencias gerenciales de los profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de gestionar los sistemas sanitarios, determinados a través de la Metodología Tuning América Latina 2007, debido a la crisis de gestión hospitalaria que atraviesa este sector; se seleccionó como unidad de análisis los hospitales privados Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas, debido a que según su clasificación, los Tipos II y III son instituciones con las más amplias estructuras organizacionales, con una infraestructura de mayor tamaño, mayor número de médicos especialistas laborando dentro de la institución, dotada de las tecnologías más avanzadas, donde se manejan un alto índice de casos a nivel nacional, y además son instituciones que cuentan con los más sólidos procesos gerenciales establecidos.

Dado que los hospitales privados Tipo II y III establecen su funcionamiento en procesos organizacionales consolidados a lo largo del tiempo, además de poseer las características antes mencionada, se parte del supuesto de que, los hospitales privados Tipo II y III, deberían tener los mejores y más avanzados procesos gerenciales de todas las organizaciones prestadoras de servicios de salud, deben existir gerentes con amplios conocimientos en lo que a gestión de servicios de salud se refiere y tener un perfil con alto desarrollo de competencias gerenciales acorde con el cargo en el que se desempeña cada uno de ellos. Sin embargo, la crisis venezolana en lo que respecta a la gerencia de servicios de salud, nos invita a hacer una reflexión y a preguntarnos, ¿será que la crisis del sector salud en Venezuela es tan amplia que también tiene lugar en las empresas de servicios de salud con una sólida estructura en lo que a procesos de gerencia se refiere? esta reflexión nos hace comprender que el objetivo principal de la investigación es obtener de manera descriptiva el perfil del gerente de salud en la Venezuela de hoy, teniendo en cuenta que la población estudiada es la que debería encontrarse en mejores condiciones en lo que a gestión sanitaria se

refiere, por lo tanto se presume que las características encontradas en este sector de la población, son parte no sólo de los hospitales privados Tipo II y III, sino que forma parte del escenario nacional en lo que respecta a la gerencia de salud.

El punto de partida para esta investigación es que los profesionales de la salud venezolanos que tienen responsabilidades gerenciales en hospitales privados Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas, presentan un bajo nivel de desarrollo de competencias gerenciales para dirigir dichas instituciones, hecho que contribuye notablemente con la crisis sanitaria existente en nuestro país desde hace aproximadamente tres décadas. Partiendo de la premisa antes mencionada, la interrogante que funciona como eje central en esta investigación es la siguiente, **¿Cuáles son las competencias gerenciales y su nivel de desarrollo en los profesionales de la salud venezolanos que tienen responsabilidades a nivel gerencial en los hospitales privados Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas?**

Con respecto a la utilidad de la investigación, ésta busco dar aportes, identificando las competencias gerenciales presentes en la actualidad en el modelo de gestión de instituciones de atención en salud, tomando como referencia los hospitales privados, así como también determinar el nivel de desarrollo de dichas competencias en los profesionales que ejercen roles gerenciales, con la finalidad de realizar un análisis sobre las competencias presentes y las ausentes en la población por estudiar, para posteriormente establecer un modelo de perfil gerencial que contenga las competencias necesarias para que los profesionales del sector salud tengan un desempeño óptimo y de la misma forma fortalecer las organizaciones no sólo a nivel de gestión sino también a nivel operativo, donde todos los elementos formen una sinergia que abra paso a una gestión que se caracterice por la correcta planificación de recursos, procesos productivos y calidad de servicio, y no por ser una gerencia basada en la improvisación, la cual genera un estado de incertidumbre tal, que los individuos se acostumbran a operar bajo un sistema en crisis constante.

Otro aspecto que fue de mucha utilidad en esta investigación fue determinar la situación actual en el ámbito de gerencia de salud, debido a que la unidad de análisis de esta investigación es la que opera en mejores condiciones con respecto al resto de las instituciones

sanitarias existentes en el país, es decir, que los resultados arrojados por esta investigación están presentes no sólo en la población estudiada, sino también en el resto de las instituciones de servicios de salud, existentes en Venezuela, dado que al evaluarse los hospitales que operan bajo modelos bastante actualizados en lo que a gestión organizacional se refiere, no podemos esperar menos de los que operan bajo modelos gerenciales incompatibles con el actual contexto en el que se desarrolla la realidad venezolana.

Esta identificación de competencias existentes y ausentes en el modelo gerencial de salud venezolano, además de ser de mucha utilidad para corregir los errores del sistema en la actualidad, también sirve para que las instituciones de educación superior tanto de pregrado como de postgrado, establezcan estrategias de formación de competencias gerenciales dentro de sus programas educativos, con la finalidad de planificar a largo plazo la erradicación de la crisis en el sector salud, fomentando estrategias innovadoras y ampliamente beneficiosas tanto para la institución como para los individuos que laboran en ella, formando profesionales no sólo especialistas en el área clínica sino también profesionales capaces de tomar las riendas de una organización cumpliendo con los objetivos del negocio sin dejar a un lado su formación ética, factor clave en la prestación de servicios de salud.

CAPÍTULO II:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, se establecieron los objetivos, tanto el general como los específicos, que guiaron al investigador durante el desarrollo de la investigación.

Objetivo General

Identificar las competencias gerenciales y su nivel de desarrollo en profesionales del sector salud, que hoy ocupan cargos con responsabilidades gerenciales en los centros de salud privados Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas.

Objetivos Específicos

1.- Identificar competencias gerenciales de **carácter práctico** en los profesionales del sector sanitario que ocupan cargos con responsabilidades a nivel gerencial en los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas.

2.- Detectar competencias gerenciales de **carácter social** (responsabilidad social empresarial) en los profesionales del sector sanitario que ocupan cargos con responsabilidades a nivel gerencial en los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas.

3.- Determinar competencias gerenciales relacionadas al conocimiento del área de servicios de salud en los profesionales del sector sanitario que ocupan cargos con responsabilidades a nivel gerencial en los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de

Caracas.

4.-Identificar el nivel de desarrollo de las competencias gerenciales en profesionales del sector salud que laboren en los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas.

CAPÍTULO III:

MARCO TEÓRICO

Una investigación científica se desarrolla con base en un determinado marco conceptual, el cual le permite al investigador tener una clara visión sobre su objeto de estudio y la evolución o características identificables en el mismo, así como también le permite al lector tener un conocimiento básico sobre las variables, el objeto de estudio y el tema relacionado con la investigación, con la finalidad de que tenga una amplia comprensión tanto de la investigación como del fenómeno en cuestión. El marco teórico de esta investigación está compuesto por conceptos que le permitirá al investigador expresarse de manera clara y técnica sobre el fenómeno de estudio con los siguientes términos: competencias, competencias gerenciales, competencias gerenciales en los profesionales de la salud, modelos de gestión de competencias, así como también se definirá el sistema de salud venezolano, clasificación de las instituciones de salud en Venezuela y su situación en la actualidad.

1. Competencias.

1.1 Concepto de Competencias.

Dentro del mundo de la gestión humana existen múltiples acepciones sobre este concepto, debido a que existen numerosos profesionales que tienen décadas desarrollándose en el área de las competencias. Delgado (2.000) a través de su experiencia profesional, define el término competencias, como herramientas que permiten demostrar que el trabajo realizado por un determinado individuo, aporta de alguna u otra forma a los objetivos del negocio. Sin

embargo, Castro y Marchant (s/f) definen el término “competencias” como características esenciales del ser humano que indican formas del comportamiento o del pensamiento, que se diversifican en distintas situaciones y duran por un largo período de tiempo.

La definición de competencia a la que haremos referencia en esta investigación es la establecida por Spencer y Spencer (1993, cp. Alles, 2006) “*es una característica subyacente en un individuo que está casualmente relacionada a un estándar de efectividad y/o a una performance superior en un trabajo o situación.*” (p. 22)

1.2 Componentes de una competencia

Castro y Marchant (s/f) indican que una competencia se divide en tres componentes: “*el saber hacer (conocimientos), el querer hacer (factores emocionales y motivacionales) y el poder hacer (factores situacionales y de estructura de la organización)*” (p.3)

Las competencias referentes al conocimiento y habilidad son características visibles y superficiales, fáciles de desarrollar a través de la capacitación y el aprendizaje; a diferencia del componente relacionado con factores emocionales y motivacionales, así como también las concernientes al concepto de sí mismo, las cuales son más difíciles de detectar a simple vista por estar ocultas en el interior del individuo. (Castro y Marchant, s/f); y las competencias ligadas al poder hacer, tiene relación con todo lo referente al entorno institucional, y un análisis macro de la organización, con la finalidad de diseñar líneas de acción para el logro de los objetivos estratégicos de la institución.

1.3 Tipos de Competencias.

Spencer y Spencer (1.993 cp. Alles, 2006) establecen una clasificación de competencias basada en cinco tipos:

- Motivación: los intereses o deseos que impulsan las acciones del ser humano; según estos autores “*las motivaciones dirigen, conllevan y seleccionan el*

comportamiento hacia ciertas acciones u objetivos y lo alejan de otros”. (p. 22)

- Características: “*características físicas y respuestas consistentes a situaciones o información*” (p. 23), es decir, son las características físicas o de comportamiento que debe tener un individuo para el desempeño de una determinada labor.
- Concepto propio o concepto de uno mismo: las actitudes y valores que establecen una imagen de una persona. Todas las características de personalidad que influyan en el concepto de sí mismo en un individuo están relacionadas con este tipo de competencias, así como también los valores que cada ser humano tiene y en los cuales basa su comportamiento.
- Conocimiento: es la información que un individuo posee sobre un determinado tema. El conocimiento es una competencia de mucha complejidad y dificultad para ser medida, debido a que muchas veces en las pruebas de conocimiento se mide la capacidad de memorizar de un individuo cuando lo que realmente se quiere medir es cuánto conoce dicho individuo sobre un determinado tema, también se evalúa la capacidad de análisis del ser humano pero no, su capacidad de acción.
- Habilidad: “capacidad de desempeñar cierta tarea física o mental” (Alles, 2006, p. 24).

1.4 Clasificación de las competencias.

La clasificación de competencias que establecen Spencer y Spencer (1.993, cp. Alles, 2006) basada en los 5 tipos de competencias antes mencionados, es la siguiente: competencias de logro y acción (orientación al logro, preocupación por el orden, calidad y precisión; iniciativa, búsqueda de información), competencias de ayuda y servicios (entendimiento interpersonal, orientación al cliente), competencias de influencia (influencia e impacto, construcción de relaciones, conciencia organizacional), competencias cognoscitivas (pensamiento analítico, razonamiento conceptual, experiencia técnica/profesional/de

dirección), competencias de eficacia personal (autocontrol, confianza en sí mismo, comportamiento ante los fracasos, flexibilidad), competencias gerenciales (desarrollo de personas, dirección de personas, trabajo en equipo y cooperación, liderazgo).

Debido a que la investigación consiste en la detección de competencias gerenciales en los médicos gerentes de grandes instituciones de salud, prestaremos especial atención a la definición de competencias gerenciales y en qué consiste cada una de ellas.

1.4.1 Competencias Gerenciales.

Una gerencia y un sólido liderazgo deben ser oportunos y de calidad dentro del contexto actual en el cual vivimos para poder estudiar, explicar y orientar a los individuos dentro de una organización. (Castro y Marchant, s/f).

“Los líderes en las organizaciones deben ser capaces de adaptarse a los cambios, entender la historia, el entorno, la tecnología y a los empleados de la Empresa”. (Castro y Marchant, s/f, p. 4); en consecuencia deben tener una serie de competencias para poder desarrollar de manera exitosa la gerencia, cargo que requiere de alto nivel de responsabilidad dentro de la organización. Estos autores enumeran y explican cada una de las habilidades que debe tener el personal gerencial de una organización:

- Gerenciamiento de la Motivación del Personal: disposición de lograr que los individuos mantengan un fuerte ritmo de trabajo, adoptando una conducta auto direccionada hacia las metas más importantes.
- Conducción de Grupos de Trabajo: aptitud para desarrollar, consolidar y dirigir un equipo de trabajo motivando a sus miembros a trabajar bajo conceptos como autonomía y responsabilidad.
- Liderazgo: habilidad para orientar la acción de los equipos de trabajo por un

camino específico, estableciendo objetivos y metas, dándole un correcto seguimiento y retroalimentación, e integrando las opiniones del resto del grupo.

- **Comunicación Eficaz:** habilidad para escuchar, formular interrogantes, manifestar conceptos e ideas de manera efectiva. Capacidad de escuchar al otro y comprenderlo. Habilidad para reconocer las buenas acciones expresando emociones de manera positiva, lo cual refuerza la motivación tanto de los integrantes, como del equipo en general.
- **Dirección de Personas:** empezó por elevar la capacitación y desarrollo de las personas y de sí mismo, basándose en un estudio previo de detección de necesidades tanto de los integrantes del equipo como de la organización.
- **Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización:** aptitud para enfrentar el cambio con la finalidad de asegurar la competitividad y efectividad a largo plazo. Manifestar de manera receptiva cualquier tipo de conflictos, planteando soluciones efectivas para optimizar la calidad de las decisiones y a su vez garantizar la efectividad de la organización.

1.4.2 Competencias Médico-Gerenciales.

Lane y Ross (1998) como resultado de su investigación, determinaron la existencia de una serie de competencias médico gerenciales, que son de vital importancia a la hora de gestionar una institución prestadora de servicios de salud, estos autores hallaron que además de las competencias gerenciales presentes en cualquier modelo de gestión deben estar presentes:

1. Diseñar, gestionar y evaluar la prestación de servicios de salud con la finalidad de mejorar la salud de la población, competencia que debe demostrarse en:

- La planificación y ejecución de estrategias para promover tanto las buenas

condiciones de salud como la prevención de enfermedades.

- El diseño, ejecución y evaluación de las guías de práctica clínica.
- La gestión calidad, la cual consiste en el incremento de la calidad en programas de salud, estandarización de procedimientos tanto clínicos como administrativos, con la finalidad de optimizar los recursos de la organización y reducir los errores en la práctica.
- En la evaluación de los servicios de salud prestados, a través del mejoramiento de los procesos, evaluación comparativa de los resultados, y planificación de programas clínicos de epidemiología.
- Análisis del impacto de la atención administrada (por ejemplo, las compañías aseguradoras) y otros sistemas de prestación de servicios, modelos de reembolso (por ejemplo, tasa por servicio, tercero pagador, indemnización gestionados) en el área de la salud de las poblaciones con relaciones definidas por: el paciente, el responsable del pago por los servicios prestados, las necesidades de los proveedores y los comportamientos organizacionales referentes al rendimiento de la institución como proveedora del servicio.
- Uso de estrategias de marketing para promover la adecuada participación en una población en los servicios de salud, influir en el paciente, en el proveedor, o en el comportamiento organizacional, con el fin de mejorar la salud y la prestación de servicios de sanitarios, así como también, para apoyar el desarrollo de productos para el cuidado de la salud.
- Uso de los datos de la organización recolectados de forma sistemática para dar prioridad a problemas en el sistema, identificar y aplicar las mejores prácticas, seguir mejorando la prestación de servicios, y asegurar la utilización apropiada de los mismos.
- La evaluación de la eficacia, las necesidades médicas, y el uso adecuado de los productos y los recursos médicos.
- Diseño de sistemas de atención que respondan a las necesidades del paciente para el acceso y la satisfacción de los pacientes con estos sistemas.

2. Aplicación de gestión financiera y técnicas de negocios adecuadas, para asegurar la

prestación eficiente de los servicios de salud competencia que debe demostrarse en:

- La interpretación crítica de la capitalización y el nivel de información sobre gestión financiera, además, el desarrollo de conocimientos para mejorar la eficacia organizativa.
- El uso de técnicas como el análisis de costo-eficacia, análisis de costo-beneficio, y el análisis de toma de decisiones (incluyendo los aspectos referentes al establecimiento de prioridades) para asignar y gestionar recursos clínicos y financieros.
- Preparación de un plan de negocios y financieros que incorpore los principios básicos de contabilidad (por ejemplo, el análisis de balances, forma proyección de los resultados deseados, flujo de caja), y las técnicas de tales como la contabilidad de costos, la fijación de precios de los servicios, el análisis de retorno de la inversión, la predicción de mercado y el análisis de la valoración económica del servicio al cliente, el reconocimiento de la necesidad de la formación de capital y evaluación del desarrollo del presupuesto actual de los servicios que ofrece la organización.
- Evaluación, negociación y gestión de contratos de proveedores, incluyendo cuestiones tales como la base del pago por servicio, el riesgo compartido y requisitos de presentación de informes licitatorios por parte de los proveedores.
- La preparación de un plan estratégico, basado en una matriz DOFA a través del cual se podrá obtener un análisis global del entorno de la organización, tomando en cuenta los siguientes aspectos: los agentes externos de la organización (incluyendo la competencia y los cambios legislativos y reglamentarios), el medio ambiente interno (incluyendo al personal y las cuestiones éticas), y las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas relacionadas con el éxito de la empresa.
- Análisis de los principios las compañías aseguradoras (por ejemplo, la selección adversa, la ley de los grandes números, análisis de riesgos, la comunidad / Evaluación de experiencia) y las formas en las que éstas se benefician.

1.5 Detección de Competencias.

Para la autora francesa Jolis (1998, cp. Alles, 2006) las competencias poseen una correlación entre ellas, razón por la cual no pueden ser detectadas y analizadas de manera individual, todas están relacionadas e inmersas en una dinámica particular entre ellas, y tienen la siguiente división:

- Competencias teóricas: conexión de conocimientos adquiridos a lo largo de la formación con la información.
- Competencias prácticas: traducción de la información y conocimientos en accionar operativo o enriquecimiento de los procesos con calidad.
- Competencias sociales: lograr un trabajo en equipo armónico, donde todos los integrantes sean capaces de relacionarse.
- Competencias del conocimiento: combinar información con saber, coordina acciones, busca nuevas soluciones, el poder y el saber incorpora innovación y creatividad.

Las competencias teóricas, prácticas y sociales convergen en las competencias del conocimiento; la identificación de competencias tiene mucha importancia en la gestión de recursos humanos, tanto para evaluar el desempeño como para crear planes de capacitación aptos para cada empleado.

Para los autores Spencer y Spencer (1993, cp. Alles, 2006), las competencias pueden clasificarse en dos categorías para lograr una identificación de las mismas con mayor facilidad, son las siguientes:

- Competencias de punto inicial: son características o habilidades básicas como leer, lo cual es una característica necesaria en cualquier puesto de trabajo. Otro ejemplo pudiera ser el manejo de programas informáticos básicos para cualquier puesto administrativo dentro de una organización.
- Competencias diferenciales: las habilidades o características que distinguen a un individuo de un nivel superior al resto. Un ejemplo claro es cuando una persona tiene un nivel de desempeño superior al establecido por la organización, esto es una

competencia adicional a las requeridas para el cargo.

1.6. Metodología Tuning.

Antes de comenzar a profundizar sobre la Metodología Tuning, se debe saber que Tuning proviene del verbo en inglés “tune”, que tiene como traducción afinar, prepararse o ejercitarse. Lo que debe ser tomado en relación al verbo son las estructuras educativas, los autores destacan que es una investigación constante, ya que la educación superior debe ser un proceso abierto (Hanne, 2007).

Hanne (2007), menciona que en 1998 en Europa comenzó un proyecto para converger todos los sistemas de educación superior, esto fue con el objetivo de realizar una consolidación de todos los institutos de educación superior antes del año 2010. La causa por la cual se dio este estudio fue por la demanda de mejoras en los mencionados institutos de Europa, también se realizó para que el estudiantado tenga una inserción en el mercado laboral sin fronteras. Los principales objetivos que persigue la Metodología Tuning según Hanne (2007), son los siguientes:

- Obtener un sistema de educación comparable en toda Europa.
- Crear un sistema académico sistematizado en el pregrado y doctorado.
- Establecer un sistema de pensum asociados al aprendizaje.
- Reforzar el nivel de calidad para el desarrollo de criterios profesionales.
- Focalización de desarrollo de las síntesis curriculares de los estudiantes.
- Desarrollar una cultura entrada en el estudiantado.

Una vez finalizado el planteamiento de objetivos, la Universidad de Deusto y de Groeningen realizó una prueba piloto, finalizada en el 2002, en diferentes áreas como Matemáticas, Geología, Historia, Química, Física, Filología, Derecho, Ingeniería y Medicina entre otras. Ese mismo año, en la cuarta reunión de Seguimiento el Espacio Común de Enseñanza superior de la Unión Europea, América Latina y el Caribe, los representantes

latinoamericanos manifestaron querer implementar la Metodología Tuning, por lo que crearon objetivos como los que se describen a continuación, en base a lo escrito por Hanne (2007):

- Afinar las estructuras educativas
- Lazos de uniformidad académica entre Europa y América Latina
- Optimizar el desarrollo regional de la calidad de la educación superior
- Intercambio de instrumentos para el mejoramiento de la educación
- Desarrollar la facilidad de comparación de titulaciones
- Desarrollar perfiles de pre grado por competencias genéricas y específicas
- Impulsar el aprendizaje a través de experiencias
- Estimular la innovación en los estudiantes

El proyecto Tuning América Latina fue iniciado en el año 2004 se realizó en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela con el objetivo principal de “identificar e intercambiar información y mejorar la colaboración entre las instituciones de educación superior, para el desarrollo de la calidad, efectividad y transparencia”. La metodología que plantea este proyecto está orientada a la reforma de la oferta académica de cuarto nivel buscando facilitar la homologación de estudios a nivel continental (Tuning América Latina, 2007).

Las competencias establecidas en el Proyecto Tuning América Latina fueron validadas por académicos, graduados, estudiantes y empleadores de las diferentes áreas de estudio (Tuning América Latina, 2007). Hanne (2007), acota que en el área de Medicina se obtuvo como resultado que la formación curricular en los países que participaron fue dividida en ciclos básicos, clínicos y prácticas profesionales.

La investigación se caracteriza por el estudio de doce disciplinas; que son administración de empresas, enfermería, medicina, arquitectura, derecho, educación, física, geología, historia, química, ingeniería civil y matemáticas (Tuning América Latina, 2007). El presente estudio se enfocará en las dos primeras clasificaciones ya que son las que tienen relación directa con el objetivo de la investigación.

En la actualidad, a partir del año en el cual se iniciaron las investigaciones a través de la metodología Tuning, se realizan reuniones a cada dos años para revisar los avances y tomar en cuenta las líneas de acción a tomar en el futuro. La última reunión fue en el 2007 en Londres. (Hanne, 2007).

1.6.1 Competencias Médico-Gerenciales extraídas del Proyecto Tuning Latinoamérica.

Como fue mencionado anteriormente, para cada profesión se hizo un conglomerado de todas las competencias pertinentes para el ejercicio profesional de los respectivos oficios. Para la investigación actual, no se utilizaran todas las competencias ya que no todas son pertinentes para cumplir el objetivo de esta investigación científica.

En el caso de las competencias referentes al campo de la medicina, se tomaran en cuenta las que se presentan a continuación, las cuales están clasificadas en las distintas áreas de capacidades que deben tener los médicos con responsabilidades gerenciales.

1. Capacidad para llevar a cabo la práctica clínica:

-Capacidad para derivar los casos a otro nivel de atención.

2. Capacidad para proveer atención media de urgencias:

-Capacidad para reconocer, evaluar y categorizar las emergencias médicas.

3. Capacidad para comunicarse en su ejercicio profesional:

-Capacidad para comunicarse eficazmente, de forma oral y escrita, así como también de manera no verbal teniendo en cuenta las múltiples variables que pueden dificultar la comunicación con: los pacientes, la familia, el equipo de salud y la comunidad.

-Capacidad para obtener el consentimiento informado cuando corresponda.

4. Capacidad para el uso de la información y sus tecnológicas efectivamente en un contexto médico:

- Capacidad para el uso de computadores.
- Capacidad para acceder a las fuentes de información.

5. *Capacidad para aplicar los principios éticos y legales en la práctica de la medicina:*

- Capacidad para aplicar principios y análisis éticos en el ejercicio clínico.
- Capacidad para mantener la confidencialidad.
- Capacidad para respetar los derechos del paciente, del equipo de salud y de la comunidad.

6. *Capacidad para trabajar efectivamente en los sistemas de salud, en la toma de decisiones gerenciales:*

- Capacidad para reconocer la estructura y funcionamiento del sistema de salud.
- Capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas de salud de la población.
- Capacidad para participar efectiva y activamente dentro del equipo de salud y en la comunidad.
- Capacidad para reconocer y aplicar las políticas y programas de salud del país.
- Capacidad para reconocer y gestionar los recursos para la atención en salud.
- Capacidad para reconocer y aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Capacidad para conocer, aplicar, y respetar las normas de bioseguridad.

En el campo de las ciencias administrativas, en lo que a administración de empresas se refiere, se tomaran en cuenta las siguientes competencias:

1. Desarrollar un planeamiento estratégico, táctico y operativo.
2. Identificar y administrar los riesgos de negocios de las organizaciones.
3. Identificar y optimizar los procesos de negocio de las organizaciones.
4. Desarrollar, implementar y gestionar sistemas de control administrativo.
5. Identificar las interrelaciones funcionales de la organización.
6. Elaborar, evaluar y administrar proyectos empresariales en diferentes tipos de organizaciones.

7. Tomar decisiones de inversión, financiamiento y gestión de recursos financieros en la empresa.
8. Ejercer el liderazgo para el logro y consecución de metas en la organización.
9. Identificar aspectos éticos y culturales de impacto recíproco entre la organización y el entorno.
10. Mejorar e innovar los procesos administrativos.
11. Detectar oportunidades para emprender nuevos negocios.
12. Utilizar las tecnologías de información y comunicación en la gestión sanitaria.
13. Formular y optimizar sistemas de información para la gestión sanitaria.
14. Formular planes de marketing en función a la demanda sanitaria.

En tercer y último lugar, del área de Enfermería se extrajeron las competencias específicas con más relevancia. Es por esto que las siguientes son las consideradas para el estudio.

1. Capacidad para utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para la toma de decisiones asertivas y la gestión de los recursos para el cuidado de la salud.
2. Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de la salud prioritaria, emergente y especial.
3. Capacidad de participar activamente en el desarrollo de las políticas y planes de salud.
4. Capacidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperación de la enfermedad, con criterios de calidad.
5. Capacidad de trabajar dentro del contexto de los códigos éticos, normativos y legales de la profesión.
6. Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios en la formulación de proyectos educativos.
7. Habilidad y capacidad para promover el proceso de aprendizaje permanente con personas y grupos de trabajo.
8. Conocimiento de las distintas funciones, responsabilidades y papeles que debe desempeñar el profesional de enfermería.

9. Capacidad para participar activamente en los comités de ética de la práctica de la enfermería y la bioética.
10. Capacidad de gestionar de forma autónoma nuevos servicios de enfermería.

2. Sistema de Salud.

2.1 Concepto.

Conjunto de servicios de salud de una nación, integrados en una estructura de organización, con niveles de atención definidos e interrelacionados, cuyo propósito es asegurar cobertura universal, equidad, eficacia y eficiencia, así como la atención integral de la salud. (Ballesteros, s/f, p. 21)

Según Linger (1989, cp. Ballesteros, s/f) la relación del sistema de salud de un país con los demás sectores de la economía, conceptualiza a la salud como un ente resultante de tres espacios sociales: jurídico, administrativo y operativo, donde las decisiones que se tomen en cualquiera de estos espacios impactará directamente a la sociedad como un todo.

2.2 Clasificación de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Desde 1983, existe una normativa sobre la clasificación de establecimientos de asistencia médica del sector salud en Venezuela, implantada a través de la Gaceta Oficial el día 21 de Enero de 1983 ejemplar 32.650, en el decreto numero 1.798, por el Presidente de Venezuela para ese entonces, Dr. Luis Herrera Campins. El cual tiene la siguiente estructura:

Tabla 5. Establecimientos Asistenciales.

	Tipo	C/Población	C/Camas
Hospitales	I	< 20.000 hab.	20-60

	II	>20.000 hab.	60-150
	III	>60.000 hab.	150-300
	IV	>100.000 hab.	>300

(Decreto de la Gaceta Oficial N° 1.798)

“Los hospitales tipo I presentan servicios básicos a nivel primario y secundario de medicina, cirugía, Gineco-obstetricia, y pediatría, tienen entre veinte y sesenta camas y están ubicados en la poblaciones de hasta veinte mil habitantes, con un área de influencia de hasta sesenta mil habitantes. Los tipos II prestan, además de los servicios básicos primarios, secundarios y algún terciario, los de cardiología, psiquiatría, dermato-venereología y neumología, traumatología, oftalmología y ORL⁵; tienen entre sesenta y ciento cincuenta camas y están ubicados en poblaciones mayores de veinte mil habitantes, con un área de influencia de hasta cien mil habitantes. Los tipos III presentan atención médica integral en los tres niveles clínicos, tienen entre ciento cincuenta y trescientas camas y están ubicados en poblaciones de sesenta mil habitantes con un área de influencia de hasta cuatrocientos habitantes. Finalmente, los de tipo IV, también prestan ayuda una atención médica integral en todos los niveles, cuentan con más de trescientas camas y cuentan con una población de cien mil habitantes con un área de influencia superior del millón de habitantes.”
 Normativa Legal Vigente República de Venezuela (1983), p.5

Según el Decreto 1.798, los hospitales prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario, según su categoría. Dentro de su organización, cuentan con camas de observación y de hospitalización. En los hospitales Tipo I se presta atención médica integral a nivel primario y secundario. La primera categoría se caracteriza por ser de carácter ambulatorio, es definida por la Nacional de Salud Integral (2008) como:

“La atención Médica realizada por profesionales de orientación generalista

⁵ Según Suarez (2007), ORL es la abreviación de Otorrinolaringología

como son el Médico Familiar, el Internista, y por supuesto el Médico general, el uso del término atención primaria obedece a que se trata de la primera consulta o primer contacto con el médico por una determinada dolencia, sus ventajas incluyen que por lo general se resuelve el caso en esta primera consulta (80%) y que permite también remitir el caso al especialista más indicado en caso de ser necesario”.

En los hospitales Tipo II: Prestan atención de nivel primario y secundario. La segunda clasificación se determina por ser la que es dada por médicos especialistas que tienen una línea de estudio específico de una enfermedad (Nacional de Salud Integral, 2008). En el caso de los hospitales tipo III se proveen las tres tipos de atención médica integral.

Hospitales tipo IV: Prestan atención médica de los tres niveles con proyección hacia un área regional.

La clasificación, características, estructura organizativa y servicios prestados de los hospitales en Venezuela es la siguiente:

Tabla 6. Descripción de los Hospitales Tipo I en Venezuela

Clasificación	Características	Estructura	Servicios Prestados
Hospitales Tipo I	1.- Prestan atención ambulatoria de nivel primario y secundario, tanto médica como odontológica.	1.- Dirección a cargo de un médico con experiencia comprobada en salud pública, preferiblemente con Curso Medio diversificado.	Medicina
	2.- Sirven de centro de referencia de nivel ambulatorio.	2.- Servicios clínicos básicos dirigidos por médicos especialistas.	Cirugía
	3.- Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de veinte mil (20.000) habitantes y con área de influencia demográfica hasta de sesenta mil (60.000) habitantes.	3.- Administración de personal a cargo del jefe de la Oficina de Personal.	Gineco-obstetricia
	4.- Tienen entre 20 y 60 camas.	4.- Administración a cargo de un intendente.	Pediatría.
	5.- Cuentan con los siguientes servicios de colaboración: laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, anestesia, hemoterapia, y emergencia.	5.- Servicio de Mantenimiento a cargo del jefe de Mantenimiento.	

(Decreto de la Gaceta Oficial N° 1.798, Artículo 10)

Tabla 7. Descripción de los Hospitales Tipo II en Venezuela.

Clasificación	Características	Estructura	Servicios Prestados
Hospitales Tipo II	1.- Prestan atención de nivel primario, secundario y algunos de nivel terciario.	1.- La dirección estará a cargo de un médico especialista en Salud Pública y un médico adjunto con Curso Medio diversificado en Epidemiología.	1.- Servicios clínicos básicos: a.- Medicina, servicio de Cardiología, Psiquiatría, Dermato-venereología y Neumonía. b.- Cirugía: Traumatología, Oftalmología y O.R.L.- Gineco-obstetricia: Ginecología y Obstetricia-Pediatria.
	2.-Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de veinte mil (20.000) habitantes y con área de influencia hasta de 100.000 habitantes.	2.- Los servicios clínicos básicos con los jefes de servicios; sus adjuntos y las sub-especialidades.	2.-Servicios de colaboración y diagnóstico.
	3.- Tienen entre 60-150 camas de hospitalización.	3.- Deben contar como mínimo con dos Nutricionistas, una Licenciada en Enfermería en la jefatura del Departamento, un Intendente para las actividades administrativas y de logística y un jefe de la Oficina de Personal.	3.-Servicios diferenciados de enfermería, trabajo social y dietética.
	4.-Podrán desarrollar actividades docentes asistenciales de nivel pre y post-grado, paramédico y de investigación.	5.- Cuentan con los siguientes servicios de colaboración: laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, anestesia, hemoterapia, y emergencia.	5.- Servicio de Mantenimiento a cargo del jefe de Mantenimiento.

(Decreto de la Gaceta Oficial N° 1.798, Artículo 11)

Tabla 8. Descripción de los Hospitales Tipo III en Venezuela.

Clasificación	Características	Estructura	Estructura Jerárquica y Técnico – Administrativa
Hospitales Tipo III	1.- Prestan servicios de atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos.	1.- Dirección. Cada departamento está formado por el jefe de Departamento y los respectivos jefes de servicio.	1.- La Dirección a cargo de un médico con maestría de Salud pública y contará con: a.- Un Médico adjunto de atención médica, con Maestría en Salud Pública. b.- Un Médico adjunto Epidemiólogo con su correspondiente especialidad. c.- Un adjunto administrativo de nivel universitario, con título preferentemente de Economista, Administrador Comercial o de Profesiones afines.
	2.- Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes, con áreas de influencia hasta de cuatrocientos mil (400.000) habitantes.	2.- Departamentos de: a.- Medicina: Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación. b.- Cirugía: Urología, O.R.L., Oftalmología y Traumatología. c.- Gineco-obstetricia. d.- Pediatría.	2.- Contará además con el siguiente personal: a.- Un Ingeniero Electro – mecánico o de Electro-medicina para la jefatura del departamento de Ingeniería y Mantenimiento. b.- Un farmacéutico. c.- Un Licenciado en Bioanálisis. d.- Un jefe de la Oficina de Personal para el área de Recursos Humanos. Cumple funciones de docencia a nivel de pre-grado de Medicina, así como a nivel tecnológico, es sede de Residencias programadas de post-grado en las especialidades básicas y cumple funciones de investigación.
	3.- Dentro de su organización contarán con una capacidad que oscilará entre 150 y 300 camas.	3.- Servicios de colaboración.	
		4.- Disponer, por lo menos, de cuatro (4) Nutricionistas y dos (2) Licenciados en Enfermería.	

(Decreto de la Gaceta Oficial N° 1.798, Artículo 12)

Tabla 9. Descripción de los Hospitales Tipo IV en Venezuela.

Clasificación	Características	Estructura	Estructura Jerárquica y Técnico – Administrativa
Hospitales Tipo IV	1.- Se encontrarán ubicados en poblaciones mayores de cien mil (100.000) habitantes y con área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes.	1.- Dirección a cargo de un Médico Director, especialista en Salud pública y amplia experiencia en Administración de hospitales.	1.- Dirección: Un médico director, médicos adjuntos de atención médica y epidemiológica, con los correspondientes cursos de post-grado.
	2.- Prestan atención médica de los tres niveles con proyección hacia un área regional.	2.- Departamentos clínicos básicos. Departamentos de emergencia y medicina crítica.	2.- Jefes de Departamento y sus adjuntos, con el post-grado correspondiente, al igual que los jefes de servicios y sub-especialidades.
	3.- Tienen más de 300 camas.	3.- Los mismos servicios de especialidades que correspondan al Hospital tipo III.	3.- Seis (6) Nutricionistas como mínimo.
	4.- Cuentan con unidades de larga estancia y albergue de pacientes.	4.- Servicios de cirugía compuestos por. Neuro-cirugía, Ortopedia y Proctología.	4.- Tres Licenciados en Enfermería en la jefatura del Departamento.
		5.- Servicios de medicina compuestos por Inmunología, Endocrinología, Geriatria, Medicina del Trabajo, Medicina Nuclear, Genética Médica.	5.- Administración a cargo de un Licenciado en Administración Comercial, economía o disciplina afín.
		El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social podrá agregar otras especialidades de acuerdo a la demanda y en función del estudio de movilidad del área respectiva.	6.- Jefe de la Oficina de Personal con amplios conocimientos en Administración de Personal.
			7.- Servicio de Ingeniería y Mantenimiento bien estructurado, que sirva de apoyo a los demás establecimientos de la región. Este tipo de hospital cumplirá además actividades de docencia de pre y post-grado a todo nivel y podrá ser sede de una Facultad de Medicina y desarrollar también actividades de investigación a todos los niveles.

(Decreto de la Gaceta Oficial N° 1798, Artículo 13)

2.3 Gestión de Instituciones de Salud.

Ayuso y Grande (2006) enumeran una serie de factores que describen la situación actual de las organizaciones prestadoras de servicios de salud:

1. Las organizaciones sanitarias han sobrellevado grandes cambios condicionados por valores y cambios generados debido a la demanda social y los roles profesionales.
2. La figura de la institución sanitaria ha pasado a ser un centro de cuidado, donde los actores principales del sistema son los enfermos y sus familiares, dejando en segundo lugar los actores encargados de los procesos administrativos y de gestión de dichas instituciones, los cuales son de vital importancia para la permanencia de las mismas en el tiempo; los individuos que forman parte de una organización son los encargados de crear el prestigio de la misma marcando la diferencia del resto de las organizaciones que se encuentran en el mercado.
3. Estos autores consideran determinante la tarea de los directivos o gerentes encargados de concertar las necesidades de los pacientes y las expectativas de los profesionales que laboran dentro de la institución sanitaria; el comportamiento de los miembros de la organización debe estar basado en cuatro pilares, el trabajo en equipo, el trabajo basado en procesos, el respeto y en competencias profesionales, y a su vez las competencias deben estar basadas en conocimientos, características personales y actitud de superación.

Finalmente todos los factores antes mencionados deben medirse y controlarse para lograr una gestión óptima, a través de la evaluación de resultados. Ayuso y Grande (2006) consideran que “gestionar cuidados supone promover un entorno favorable para las personas, llevando a cabo un enfoque directivo orientado al cuidado” (p. 307).

2.4 Problemas de Gestión en Instituciones de Salud.

Una institución sanitaria tiene por objetivo prestar un servicio, en el caso de un hospital se basa en integrar los intereses del personal y de los pacientes para obtener un valor agregado. (Errasti, 1997). Esto, trae como consecuencia una problemática, debido a que la asistencia sanitaria, frecuentemente se encuentra en conflicto por razones de ética y estratégicas a la hora de gestionar las instituciones de salud. Errasti (1997) acota que según Vuori (1988) la asistencia sanitaria en lo que a calidad se refiere, posee las siguientes categorías: aspectos éticos, aspectos de seguridad y aspectos relacionados con la eficiencia de la gestión.

En su mayoría las instituciones de la salud se gestionan bajo un sistema en el que el poder en numerosos aspectos lo tienen profesionales de la salud, colocados en puestos estratégicos con la finalidad de que ellos gestionen y tengan el mando en determinadas situaciones que impliquen tomar decisiones referentes a las prácticas de salud que tengan un impacto significativo dentro de la organización, en estos casos los médicos se apegan más al código profesional que a la organización donde laboran (Errasti, 1997).

Lo cual trae como consecuencia numerosos conflictos de gestión debido a que los médicos con amplias responsabilidades, no velan por el cumplimiento de los objetivos generales de la organización, ni porque exista una gestión de procesos donde se asegure el cumplimiento de los mismos, sino que actúan constantemente apegados a su código de ética como médico clínico y no como administradores de la salud. Recientemente la gestión sanitaria ha cobrado protagonismo en el ámbito laboral, pasando a ser un oficio bastante importante en las organizaciones pertenecientes al sector salud. Cuando el médico ocupa cargos gerenciales, es su deber tomar decisiones ejecutivas, y para que estas resulten exitosas, los médicos gerentes deben tener una formación adicional a los conocimientos médico-científicos (Alarcón, 2006).

La segunda clasificación es la seguridad. Esto implica garantizar que las instalaciones del hospital sean las mejores y más nuevas, es por esto que una obligación básica de los médicos es la continua educación y actualización científica, así como también la necesidad de

adquirir nuevos conocimientos relacionados con los avances tanto de la ciencia como de la tecnología. Esta categoría es considerada también como una obligación ética, ya que con esto el paciente recibirá el mejor diagnóstico, servicio y tratamiento para sus afecciones de salud (Errasti, 1997).

Otro problema que puede presentar la gestión sanitaria es la eficiencia. Muchas veces los usuarios identifican la calidad de un hospital público o privado mediante las técnicas empleadas. Esta concepción es errónea ya que existen tratamientos que pueden resolverse con mecanismos más sencillos y con un menor coste. Sin embargo, la sociedad mantiene estos parámetros con relación a la calidad de gestión de un hospital (Errasti, 1997).

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo y Diseño de Investigación:

Para realizar la detección de competencias gerenciales en los médicos que tiene responsabilidades a nivel gerencial, se utilizó un diseño de investigación no experimental cuantitativo; el estudio científico será no experimental debido a que las variables estudiadas en la investigación no serán manipuladas, se observó el fenómeno tal y como es, para posteriormente realizar un análisis de su comportamiento, dado que el objetivo principal de la investigación es la identificación de competencias en los médicos gerentes que ocupan cargos con responsabilidades gerenciales, en los hospitales Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas.

El tipo de estudio fue transversal descriptivo, debido a que la recolección de datos se efectuó en un solo momento, se describieron las variables y se analizó el comportamiento de los individuos y su impacto en una determinada circunstancia (Hernández, Fernández y Baptista, 2001). Según Hernández, Fernández y Baptista (2001) “los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren (...) pueden integrar mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se relacionan las variables medidas” (p.61), y esto es lo que se buscó, detectar las competencias gerenciales para establecer un perfil a través de la descripción de las variables encontradas y las ausentes en la gestión sanitaria actualmente. Es por esto que se escogió este tipo de investigación debido a que el estudio consiste en la detección del perfil de competencias gerenciales en la gestión de organizaciones venezolanas de la salud.

Arias (1999) recomienda para los estudios descriptivos seleccionar entre un diez (10%) y veinte por ciento (20%) de la población accesible. Sin embargo, Ramírez (1999) señala que para las investigaciones sociales se debe trabajar con el 30% de la población.

2. Unidad de Análisis, Población y Muestra.

La unidad de análisis fue conformada por profesionales de la salud, específicamente médicos. Los cuales forman parte del personal que labora dentro de los hospitales privados Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas, que ocupan cargos con responsabilidades de la alta y media gerencia dentro de la organización.

La población dentro de la investigación “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Selltiz, 1974; cp. Hernández, et al, 2002, p.204), por consiguiente la población en esta investigación está representada por todos los médicos que se encargan de la alta gerencia y gerencia media de los hospitales privados Tipo II y III de la Zona Metropolitana de Caracas; esta clasificación está conformada por las siguientes instituciones de salud: Centro Médico San Bernardino, Clínica La Floresta, Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico Docente La Trinidad y Clínica Metropolitana. La Clínica El Ávila, no fue parte de la población debido a que los médicos gerentes no contaban con la disponibilidad de tiempo necesaria para responder las encuestas en el tiempo necesario. La escogencia de los hospitales del sector privado tipo II y III, se debe a que el acceso a la información en el sector público del país es sumamente restringido.

La muestra de la investigación es un subconjunto de la población (Hernández, et al, 2002). En esta investigación se definió una muestra de forma no probabilística e intencional, la cual consiste en “subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación” (Hernández, et al, 2002, p.241), razón por la que se tomó a todos los sujetos que cumplían con los criterios establecidos para definir a la población de estudio. Se identificaron cuántos cargos con responsabilidades de alta gerencia y gerencia media, están siendo desempeñados por médicos, a partir de dicha información se tomó la totalidad de la población en cargos gerenciales dentro de estas instituciones. En total se tomo como población cincuenta y un sujetos de los cuales se pudieron encuestar a treinta y siete debido a la dificultad de contacto con los médicos gerentes y por la disponibilidad de tiempo de los sujetos.

La selección de la muestra poblacional se realizó a través de un muestreo no probabilístico de sujeto tipo o intencional. El muestreo no probabilístico según Sampieri, Fernández, y Baptista (2003) “*en las muestras de este tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores*”. Estos autores explican que este tipo de muestreo es el ideal cuando no se requiere de representatividad de una población exacta, sino que se busca una selección específica de sujetos de acuerdo a un perfil determinado y previamente explicado en el planteamiento del problema de investigación. En el caso de esta investigación se recolectó la información de los médicos gerentes de Centro Médico San Bernardino, Clínica La Floresta, Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico Docente La Trinidad y Clínica Metropolitana.

3. Definición de Variables (definición conceptual y operacional).

La variable de esta investigación es el nivel de desarrollo de competencias gerenciales en los médicos a la hora de ocupar cargos de altos gerentes y de gerencia media dentro de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

3.1 Definición conceptual

“Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes afines que se relacionan con el buen desempeño del gerente” (Robbins y Decenzo, 2002, p. 14).

3.2. Definición operacional

Una definición operacional constituye el conjunto de procedimientos que describe a las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado. (Reynolds, 1971; cp. Hernández, et al. 2002, p.99).

En esta investigación, la definición operacional de la variable, competencia gerencial, ha sido clasificada de acuerdo lo mencionado por Zárrega, en el capítulo I de este proyecto de investigación; dicho autor explica que los principales problemas en la gerencia de salud son a nivel de gestión administrativa. En base a la clasificación planteada se realizó un estudio de las competencias médico-gerenciales proporcionadas por la Metodología Tuning explicada anteriormente. Lo que permite dividir la variable en la siguiente clasificación:

Políticas y Procedimientos:

Según Álvarez, M. una política es “una orientación clara hacia donde deben dirigirse todas las actividades de un mismo tipo” (p.28, 1996). Un procedimiento según el mismo autor es “la guía detallada que muestra secuencial y ordenadamente como dos o más personas realizan un trabajo” (p.35, 1996).

Planificación Estratégica:

“Es el conjunto de elementos que permiten alcanzar los objetivos previstos” (Muñiz, L. 2009.p.27).

Control Gerencial:

“Proceso mediante el cual los ejecutivos se aseguran de que los recursos se obtengan y sean usados eficiente y eficazmente en el logro de las metas de la empresa”. (Cedeño, A. 1988. p.299)

Gestión Financiera:

Para el autor Pedro Hernán Sepúlveda Gutiérrez, “La función financiera garantizara la innovación, exigirá la creación, deberá liberar recursos para conseguir los objetivos generales”. (2004, p.2)

Gestión Humana:

“La gestión de recursos humanos puede definirse como una aproximación estratégica, coherente y completa, a la gestión y el desarrollo de los recursos humanos de la organización,

en la cual cada proceso está totalmente integrado en la gestión de la organización”.
(Armstrong, 1992. Cp. Valverde, M. s/a. P.7)

3.3. Operacionalización de la Variable de Estudio

Tabla 10. Operacionalización de la Variable Presencia de Competencias Gerenciales.

Variable	Clasificación	Indicadores*	Descripción	Reactivo Tuning	Numero de Reactivo
Presencia de Competencias Gerenciales	Políticas y Procedimientos	Participación	Capacidad para participar activamente en el desarrollo de las políticas y planes de salud.	Desarrollar un planeamiento estratégico, táctico y operativo	1
		Seguimiento de Proyectos	Gestionar sistemas de control administrativo.	Desarrollar, implementar y gestionar sistemas de control administrativo	5
		Canales Informativos	Utilizar las tecnologías de información y comunicación en la gestión sanitaria.	Utilizar las tecnologías de información y comunicación en la gestión	17
	Formular y optimizar sistemas de información para la gestión			19	
	Planificación Estratégica	Mercadeo	Formulación de planes de marketing en función a la demanda sanitaria.	Formular Planes de Marketing	20
		Planificación de Calidad	Evaluación y Seguimiento con altos criterios de calidad.	Identificar aspectos éticos y culturales de impacto recíproco entre la organización y el entorno	14
		Gestión de Calidad	Elaborar y administrar diferentes proyectos gerenciales dentro de la organización con altos criterios de calidad.	Administrar un sistema logístico integral	4
		Innovación Administrativa	Innovar y Mejorar en procesos administrativos.	Mejorar e innovar los procesos administrativos	15
				Administrar la infraestructura tecnológica de una empresa	18
		Conocimiento de los Procesos	Capacidad para reconocer la estructura y funcionamiento de la organización.	Identificar las interrelaciones funcionales de la organización	6
		Análisis Externo	Formulación de planes de gestión para la organización tomando en cuenta el contexto en el cual se desarrolla.	Evaluar Marco Jurídico aplicado a la gestión empresarial	7
		Diagnóstico	Identificar las necesidades reales tanto de la organización como de su entorno.	Detectar oportunidades para emprender nuevos negocios y/o desarrollar nuevos productos	16
		Mercadeo	Establecer y Promover planes de proyección a la Comunidad.	Identificar aspectos éticos y culturales de impacto recíproco entre la organización y el entorno	14
	Optimización de Recursos	Identificar y optimizar los procesos de negocio de las organizaciones.	Identificar y optimizar los procesos de negocio de las organizaciones	3	

Control Gerencial	Canales Informativos	Formular y optimizar sistemas de información para la gestión sanitaria.	Usar la información de costos para el planeamiento, el control y la toma de decisiones	10
			Formular y optimizar sistemas de información para la gestión.	19
	Control Administrativo	Capacidad para administrar y gestionar las distintas áreas de la organización.	Desarrollar, implementar y gestionar sistemas de control administrativo	5
Gestión Financiera	Gerencia de Riesgos	Identificar y administrar los riesgos de negocios de las organizaciones.	Identificar y administrar los riesgos de negocios de las organizaciones	2
	Presupuesto	Conocimientos financieros para establecer un presupuesto basado en la demanda de los usuarios.	Interpretar la información contable y la información financiera para la toma de decisiones gerenciales	9
Gestión Humana	Toma de Decisiones de Recursos Humanos	Toma de decisiones para mejorar el capital humano de la organización.	Tomar decisiones de inversión, financiamiento y gestión de recursos financieros	11
	Trabajo en Equipo	Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de la salud prioritaria, emergente y especial.	Identificar las interrelaciones funcionales de la organización	6
	Aprendizaje Organizacional	Habilidad para promover el proceso de aprendizaje del equipo de trabajo.	Administrar y desarrollar el talento humano en la organización	13
	Liderazgo	Ejercer el liderazgo para el logro de los objetivos.	Ejercer el liderazgo para el logro y consecución de metas de la organización	12
	Gestión de Manejo de Conflicto	Reconocimiento y manejo de conflictos dentro de la organización.	Elaborar, evaluar y administrar proyectos empresariales en diferentes tipos de organizaciones	8
	Administración de Personal	Evaluación de la gestión de cada una de las áreas.	Identificar aspectos éticos y culturales de impacto reciproco entre la organización y el entorno	14

* Los indicadores identificarán la presencia de competencias médico-gerenciales.

3.4. Explicación de la Operacionalización de la Variable de Estudio

La operacionalización detallada anteriormente se realizó en función de las competencias gerenciales descritas en el Marco Teórico de la autora Martha Alles y los reactivos de la Metodología Tuning. Este cruce de conceptos fue guiado por el catedrático Gustavo Pereda, experto en Gerencia del Sistema Sanitario.

Mediante este útil cruce de teorías, se hará la clasificación del análisis de la data recolectada para que posteriormente se concluya con el estado actual de la formación médica gerencial en las distintas universidades de Medicina en Venezuela.

4. Estrategia para la recolección, procesamiento y análisis de la data.

4.1 Diseño del instrumento para la identificación de competencias gerenciales.

Con la finalidad de recolectar la información el objetivo principal de la investigación, se realizó una recolección de datos basada en un enfoque cuantitativo, mediante el instrumento de la metodología Tuning. Este es un instrumento de recolección de datos que “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos” (Hernández, et al., 2002, p.236). El instrumento fue diseñado para el proyecto Tuning Latinoamérica, basándose en la convención de Bologna de 1998, la cual fue punto de partida para el proyecto Tuning de la Unión Europea, el cual busca alinear la formación de cada profesión para la aplicación de la educación basada en competencias (Hanne, 2007).

El instrumento de la Metodología Tuning fue aplicado 1.902 veces, distribuidas de la siguiente forma: 609 estudiantes, 518 profesores, 448 graduados y 327 empleados del sector sanitario. Obtuvo una correlación de 0,79 entre empleadores y estudiantes y 0,98 entre académicos y empleadores (Hanne, 2007).

4.2. Validez del Instrumento:

La validez “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (Hernández, et al., 2002, p.236). Para medir la validez del instrumento de medición, se debe hacer un Análisis Factorial, el cual es el método estadístico que tiene por objetivo determinar el número y la naturaleza de un grupo de sujetos con relación a un conjunto de mediciones (Sampieri, Fernández, y Baptista, 2003). Para obtener la validez del instrumento de medición, se tomo en cuenta a validez de todos resultados de los indicadores. Estos autores definen la varianza como el porcentaje que explica una variable en función de otra. El coeficiente se distingue por el coeficiente r^2 , será descrito en el siguiente capítulo (Sampieri, Fernández, y Baptista, 2003).

4.3 Confiabilidad:

“La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (Hernández, et al., 2002, p.236).

La confiabilidad puede ir desde -1 (una relación perfectamente negativa entre dos variables) a 1 (una relación perfectamente positiva entre dos variables).” (Hayes, 2.000, p. 180). Una vez obtenido este índice se procedió a elegir cuáles reactivos son pertinentes para el estudio mediante el empleo de la técnica del coeficiente alfa de Cronbach, con la que se obtienen índices que van de cero a uno, dichos índices que representan el grado de confiabilidad de cada ítem del cuestionario. Para el estudio se mantendrán los ítems que obtengan un alfa de Cronbach mayor a 0,77; ya que son estos los que tienen alta confiabilidad (González, 2005). La fórmula establecida para este índice será:

$$\alpha = \frac{K \cdot p}{1 + [(K-1) \cdot p]}$$

Siendo:

K: el número de ítems en el instrumento de recolección de datos.

P: media de correlaciones.

Las correlaciones son una prueba estadística para observar la relación que existe entre dos variables. En este caso, se utilizara el coeficiente de Pearson denominado r , el cual se calcula a partir de dos puntuaciones Sampieri, Fernández, y Baptista (2003). Los rangos de este indicador están comprendidos desde menos uno, siendo este una relación perfectamente negativa en la cual no hay relación alguna en las variables, hasta uno siendo una relación directa entre las variables Sampieri, Fernández, y Baptista (2003).

Estos autores, definen los siguientes niveles de relación directa:

Tabla 11. Nivel de Relación

r	Nivel de Relación
0,5	Media
0,75	Considerable
0,9	Muy Fuerte
1	Perfecta

Fuente: “Metodología de la Investigación” de Sampieri, Fernández, y Baptista (2003).

En el caso de esta investigación se calculo la correlación entre el nivel de importancia y de desarrollo de cada indicador, esta se puede detallar en el análisis de resultados o en la tabla de data estadística presentado en el anexo.

4.4 Desviación Estándar

Sampieri, Fernández, y Baptista (2003), definen la desviación estándar como el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media, se interpreta en base a la media. Su interpretación se realiza toma en cuenta dependiendo de cuanto mayor sea la dispersión de los datos de la media, mayor será la desviación.

Este dato se tomo en cuenta para conocer que indicadores que no representan en su

totalidad la puntuación del nivel de desarrollo y nivel de importancia de su respuesta.

4.4 Aplicación del Instrumento de Recolección de Información.

El instrumento de recolección de datos fue diseñado en forma de cuestionario, éste se aplico de manera personal para el grupo de médicos con responsabilidades de alta gerencia y gerencia media, a través de los cuales se recolectar la auto percepción sobre las competencias gerenciales que desarrollan en su gestión administrativa.

Cada uno de los individuos que forman parte de la muestra deberá seleccionar una respuesta de forma excluyente por cada ítem del cuestionario, de forma tal que se pueda obtener un solo puntaje por cada categoría de respuesta, dentro de cada una de las afirmaciones o ítems que conforman el instrumento de recolección de datos, y a su vez sea posible obtener índices de respuesta por cada indicador de la variable, con la finalidad de observar cuáles competencias están presentes en la gestión de los médicos gerentes de los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas.

4.5 Procesamiento y análisis de los Datos.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos recolectados, mediante la descarga de data en el programa SPSS versión 17.0, con el cual se determinó la presencia de cada una de las competencias gerenciales, tanto en el grupo de médicos gerentes donde se recolecto su auto percepción sobre la gestión administrativa desempeñada por ellos, como del grupo de empleados administrativos que reportan directamente a los médicos gerentes.

Conjuntamente, se determino en qué medida están presentes las competencias médico-gerenciales, en la gestión de los médicos que ocupan cargos con responsabilidades de alta gerencia y gerencia media en los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas. Esto fue través de la ponderación de los resultados obtenidos tanto de la auto percepción de los médicos gerentes con respecto a su gestión, como de los datos recolectados referentes a la percepción que tienen los empleados administrativos que ocupan cargos de subordinación

directa al grupo de médicos gerentes; asignándole un determinado valor porcentual a cada uno de los grupos que forman parte de la investigación. Al sumar los valores porcentuales de cada indicador, se obtuvo un índice total o global que determinó el nivel de presencia de cada una de las competencias gerenciales que se pretenden medir y encontrar en la gestión de los médicos gerentes que ocupan cargos con responsabilidades de alta gerencia y gerencia media en los hospitales Tipo II y III del área Metropolitana de Caracas.

5. Consideraciones Éticas y Factibilidad de la Investigación.

5.1 Consideraciones Éticas.

Durante el desarrollo de esta investigación se ejecutó una recolección de información en diferentes fases, respetando siempre los derechos de autor de las fuentes teóricas consultadas y de los estudios empíricos a los que se hace referencia tanto en el planteamiento de la problemática como del marco teórico en el que se sustenta de esta investigación.

Así mismo, se efectuó una recolección de datos de forma práctica donde se obtuvo una serie de resultados sobre la presencia de competencias gerenciales en los médicos gerentes de los hospitales Tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas, dichos resultados fueron tratados con la mayor confidencialidad posible, garantizando la fiabilidad de los resultados obtenidos en la investigación.

5.2 Factibilidad de la Investigación.

La viabilidad de esta investigación se determinó en base a una serie de factores tales como: disponibilidad de recursos (financieros, humanos y materiales), políticas de las clínicas y hospitales, y aspectos de seguridad ciudadana.

Con respecto al acceso a la información, se evaluaron aspectos como la zona geográfica donde están situados los centros de salud tipo II y III del Área Metropolitana de Caracas, y aspectos de seguridad ciudadana también fueron tomados en cuenta a la hora de evaluar cuales centros de salud se tomarían en cuenta para esta investigación.

En relación con el acceso a las fuentes de información se escogió una población ubicada en zonas geográficas de fácil acceso, y con el menor riesgo de integridad física, tomando en cuenta que el estudio fue desarrollado en una de las ciudades más peligrosas de Latinoamérica para la fecha. Sin embargo, se presentaron inconvenientes con la recolección de la información; ya que, durante las distintas visitas que se realizaron al personal de recursos humanos de cada una de las organizaciones de la salud, al plantearles la investigación, en algunos casos no fue de su interés y en otros casos no podían cooperar con la investigación ya que, la información requerida en la mayoría de los casos era confidencial. Razón por la cual, la recolección de datos, fue efectuada bajo el método denominado por los investigadores del proyecto “el método del puerta a puerta”, donde a través de conversaciones sostenidas con el personal que labora en los diferentes centros de salud, se llegaba a los sujetos claves, que formaron parte de la muestra. Las clínicas en la que se logró recolectar información fueron: Hospital de Clínicas Caracas, Centro Médico San Bernardino, Clínica La Floresta, Centro Médico Docente La Trinidad y Clínica Metropolitana; quedando Clínica El Ávila, fuera de la muestra.

Finalmente, en lo que a factibilidad de la investigación se refiere se puede decir que existieron inconvenientes con respecto a la disponibilidad de horario de los médicos gerentes que laboran en los diferentes centros de salud evaluados en esta investigación, sin embargo, se logró disminuir el obstáculo de disponibilidad de tiempo, aplicando un cuestionario compuesto por reactivos con respuestas cerradas y adicionalmente los investigadores se adaptaron al horario de los sujetos claves para la investigación.

El resto de los factores, los cuales se refieren a aspectos materiales y financieros. Se puede decir que fueron elementos que estuvieron controlados, ya que la investigación no requirió de altos costos de dinero, ni de escasos o exclusivos materiales.

CAPITULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan tanto los resultados obtenidos a través de la recolección de datos, como sus análisis respectivos. La información recolectada se encuentra sustentada en análisis estadísticos, expresados en gráficos y tablas con la finalidad de ofrecer comprensión fácil de la data recopilada a lo largo de esta fase de la investigación.

Los datos obtenidos para realizar el siguiente análisis están avalados por el nivel de confiabilidad que tiene el instrumento de recolección de data. Mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, el cual define el nivel de confiabilidad se obtuvo que el instrumento tiene un nivel de 0,978 y un porcentaje de varianza de 47,9%, por lo que se considera que la herramienta de la Metodología Tuning arrojó datos validos para proceder a analizar cada uno de ellos.

Con respecto a los datos socio demográfico de la muestra, se ejecutó un procesamiento de datos donde se tiene un cuadro y un gráfico donde podemos observar la distribución de la población tanto por edad como por sexo.

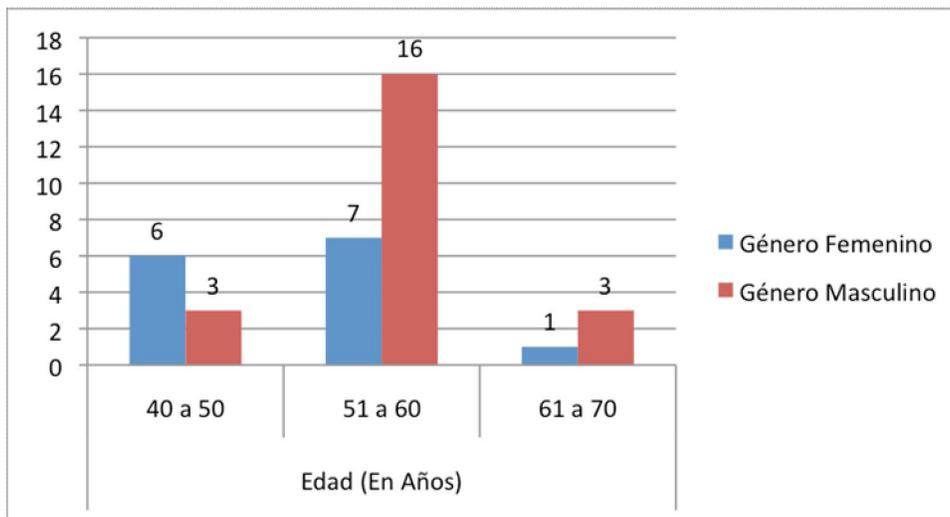
Tabla 12. Género y Edad de los Médicos Gerentes

	Edad (Años)		
Género	40 a 50	51 a 60	61 a 70
Femenino	6	7	1
Masculino	3	16	3

En la tabla número 12 podemos observar la distribución de la muestra tanto por edad como por sexo. La muestra fue dividida en rangos de edad de 10 años. Siendo el primer grupo de médicos los que se encuentran en edades entre 40 y 50 años, este grupo esta compuesto por 9 gerentes sanitarios, lo cual representa un 25% de la muestra. El segundo grupo según la edad son aquellos que tienen edades que oscilan entre los 51 y 60 años, dicho grupo esta compuesto por 23 médicos gerentes lo cual representa un 63,88% de la muestra y por último tenemos al

grupo con edades entre 61 y 70 años, el cual esta conformado por 4 médicos con experiencia en el área gerencial lo cual representa un 11,11% de la población a la cual se le aplicó el instrumento.

Gráfico 1. Género y Edad de los Médicos Gerentes



El grupo etario correspondiente al rango que va desde 40 a 50 años, está compuesto en un 66,66% por gerentes de sexo femenino lo cual esta representado por 6 individuos, y en un 33,33% por gerentes de sexo masculino, dicho porcentaje esta compuesto por 3 especialistas en el área médico-gerencial. El grupo con edades que oscilan entre 51 y 60 años, está conformado en un 69,57% por médicos de sexo masculino, dicho porcentaje representa a un número de 16 personas, con respecto a la población de sexo femenino, se tiene que un 30,43% de mujeres especialistas en el área médico-gerencial, pertenece a este grupo, lo cual se traduce en 7 profesionales. Por último la distribución por género del grupo con edades que van desde 61 hasta 70 años, está conformada en un 75% por gerentes de sexo masculino, y en un 25% por gerentes de sexo femenino, porcentajes que representan a un número de 3 y 1, respectivamente. Por lo que se puede observar que la mayoría de los médicos con cargos gerenciales son, en mayoría del género masculino y oscilan entre 51 y 60 años de edad.

Tabla 13. Moda de Especialidad Médica en los Médicos Gerentes

Especialidad Médica	N
Internista	10
Ginecobstetricia	6
Cardiología	4
Oncología	3
Infectologo	3
Pediatría	2
Cirujano Cardiovascular	2
Cirujano Traumatólogo	2
Intensivista	2
Ginecología	1
Dermatólogo	1
Total	36

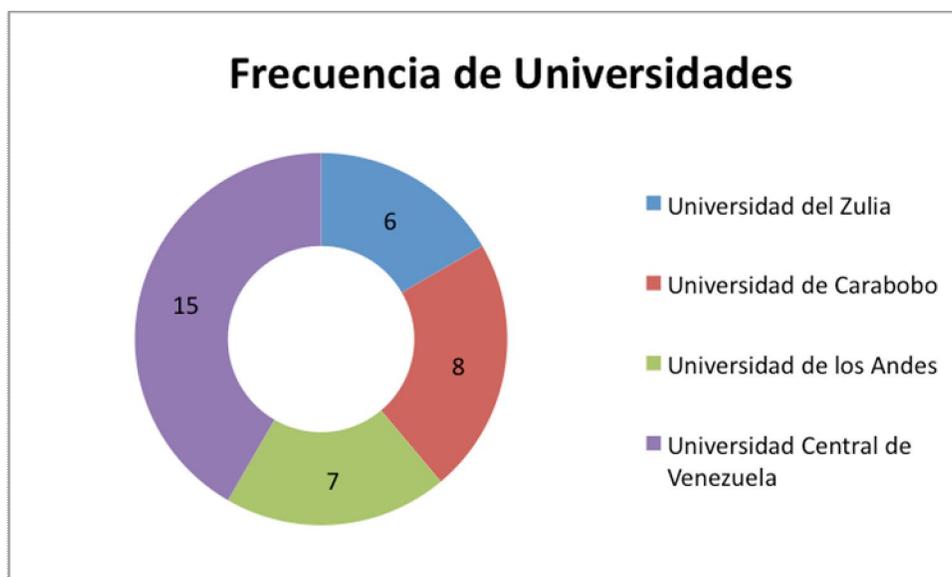
Según la tabla 13, la cual se refiere a la distribución de la muestra según especialidades médicas. En esta distribución de datos, se observó que la especialidad que mayor presencia tiene dentro del área gerencial es la de médico internista con un total de 10 profesionales del área, lo cual representa un 27,77%, de la población estudiada. Luego sigue la especialidad de Ginecobstetricia este perfil fue encontrado en su mayoría en la coordinación del área de maternidad o sala de parto de las instituciones de salud; el número de especialistas con responsabilidades gerenciales en esta área fueron 6 lo cual representa un 16,66% de la totalidad de la muestra. Con respecto al área de cardiología, encontramos que ésta representa un 11,11% de la muestra, el cual esta conformado por 4 profesionales como se puede observar en la tabla 13.

Las especialidades con menor cantidad de especialistas dentro de la muestra fueron el área de infectología, oncología, pediatría, cirugía cardiovascular, cirugía en traumatología, terapia intensiva, ginecología y dermatología.

Con respecto a las especialidades con menor presencia dentro de la muestra. Se logró obtener la percepción del nivel de importancia y nivel de desarrollo de las competencias gerenciales de 3 especialistas en el área de infectología, los cuales representan el 8,33% y que ocupaban cargos en la coordinación del área de investigación infectológica, lo cual se refiere a todos los casos que pueden propagarse, los casos de enfermedades desconocidas, y las nuevas patologías, etc. Así como también, se logró obtener información sobre 3 especialistas en el área de oncología, los cuales tenían cargos importantes dentro de los servicios de oncología de las instituciones de salud y que tienen una representación en la muestra de un 8,33%. Las especialidades de pediatría, cirugía cardiovascular, cirugía en traumatología y los intensivistas o especialistas en el área de terapia intensiva, tuvieron una presencia de 2 profesionales por especialidad lo cual representa un porcentaje de la muestra de 5,55%, por cada una de ellas.

Por último tenemos la percepción del nivel de importancia y nivel de desarrollo de un profesional del área de ginecología y uno del área de dermatología, cada uno de ellos con responsabilidades gerenciales en sus áreas, lo cual representa un 2,77% de la muestra, por cada una de las especialidades.

Gráfico 2. Frecuencia de Universidades de Formación de Médicos Gerentes



Clasificando un poco la muestra según las universidades de egreso, tenemos que el 41,66% de los médicos con responsabilidades gerenciales, que desempeñan un rol importante en los hospitales privados tipo II y III del área metropolitana de Caracas son egresados de la Universidad Central del Venezuela (UCV) , en un 22,22% son egresados de la Universidad de Carabobo (UC), en un 19,44% pertenecen a los egresados de la Universidad de los Andes (ULA), y en un 16,66% forman parte de los egresados de La Universidad del Zulia (LUZ).

Estos datos son importantes debido a que al encontrar competencias con un nivel de desarrollo por debajo del promedio, se deberá analizar si las competencias fueron desarrolladas o reforzadas durante el tiempo de estudio de pregrado de cualquiera de las universidades lo cual permitirá ir un poco a la raíz del problema, y ver de que forma se puede fortalecer el desarrollo en la formación de profesionales de las generaciones futuras.

Tabla 14. Nivel de Importancia en las Competencias Gerenciales

Rango	Nivel de Importancia
De 0 a 1	No Tiene Importancia
De 1,1 a 2	Poca Importancia
De 2,1 a 3	Importante
De 3,1 a 4	Extremadamente Importante

En tabla superior, número 14 se presentan los cuatro rangos de clasificación de las competencias gerenciales. Esto se realizó en cuatro clasificaciones ya que, el instrumento de medición de la metodología Tuning clasificó sus respuestas en cuatro categorías por lo que se clasificaron de cero a uno como una competencia que no tiene importancia, de 1,1 a 2 que tiene poca relevancia, en tercer lugar competencias importantes las que irían en el nivel de 2,1 a 3 y en último lugar teniendo un categoría de 3,1 hasta cuatro las competencias extremadamente importantes. Una vez definido esto, se puede proceder al análisis de los gráficos y tablas restantes pues en base a la puntuación de esta tabla es que se encuentran las restantes.

El siguiente análisis pretende recalcar los indicadores que obtuvieron una media menor al promedio. Sin embargo, esto no quiere decir que sean estadísticas inferiores puesto que la

tendencia de todas las medias es superior a tres, razón por la cual su nivel de importancia es extremo. En la tabla posterior, número 15 se puede observar que los indicadores Canales Informativos, correspondiente a la Competencia Gerencial Políticas y Procedimientos, Innovación Administrativa, Optimización de Recursos y Canales Informativos de la Competencia Gerencial Control obtuvo niveles por debajo del promedio.

Tabla 15. Auto percepción de Competencias “Importante”

Clasificación de Competencias Gerenciales	Indicador		Media	Desviación Estándar
Políticas y Procedimientos	Canales Informativos	Nivel de Importancia	3,11	0,89
		Nivel de Desarrollo	2,69	0,92
Planificación Estratégica	Innovación Administrativa	Nivel de Importancia	3,06	0,98
		Nivel de Desarrollo	2,83	0,97
	Optimización de Recursos	Nivel de Importancia	3,25	1,00
		Nivel de Desarrollo	2,97	1,00
Control	Canales Informativos	Nivel de Importancia	2,99	0,93
		Nivel de Desarrollo	2,64	1,02

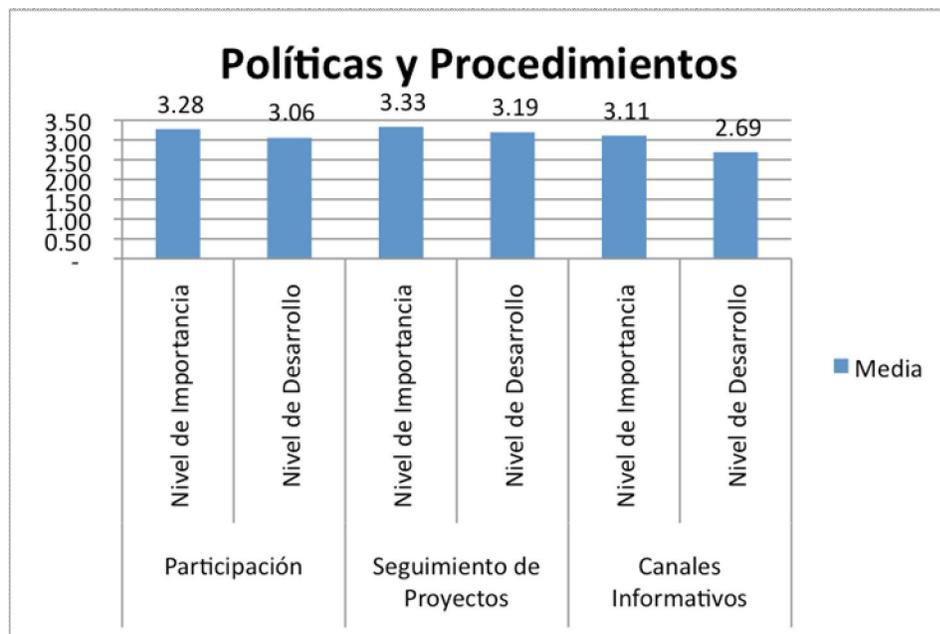
En la tabla 15, se logra observar un análisis exhaustivo de los resultados de cada uno de los indicadores, tanto en lo que se refiere a los promedios de respuestas como a su desviación estándar, los resultados de dicha tabla se interpretan de la siguiente manera:

- La competencia gerencial Políticas y Procedimientos obtuvo una media que se ubica en la categoría “importante” dentro de la tabla 14. el Indicador de ésta competencia denominado “Canales Informativos” alcanzó una media de 2,68, razón por la cual se

puede inferir que la utilización de tecnologías de la información, no tiene un valor significativo en la gestión médica dentro de los hospitales privados tipo II y III del área metropolitana de Caracas.

- En la competencia gerencial de Planificación Estratégica, la Innovación Administrativa y la Optimización de Recursos obtuvieron una media en el nivel de desarrollo de 2,83 y 2,97 respectivamente. Por lo que se puede concluir que existe una baja actualización en los procesos administrativos y en consecuencia, el hecho de que los resultados arrojen una media ubicada en la categoría “importante” según la tabla 14, es totalmente comprensible.
- La competencia gerencial llamada Control Administrativo, arrojó en lo que se refiere a canales informativos y su respectivo nivel de desarrollo un 2,64 como resultado, lo que se clasifica como “importante” según la tabla 14. Este resultado permite inferir que, posiblemente no se han desarrollado ni implementado en una medida significativa, sistemas de información que permitan la obtención de mejores indicadores de gestión.

Gráfico 3. Competencia Gerencial: Políticas y Procedimientos en Médicos Gerentes



Cuando se habla de las competencias que fortalecen la gestión en lo que a políticas y procedimientos se refiere, los resultados obtenidos durante esta investigación; con respecto a la percepción sobre el nivel de importancia, como se refleja en la tabla 14, se establece una escala del 1 al 4 siendo 1 el menor valor y 4 el mayor valor; tenemos que el indicador relacionado con seguimiento de proyectos, es el que parece ser mas importante con un promedio de 3,33 según la percepción de los médicos que participaron en el estudio. Después de este indicador según la percepción de los especialistas en el área médico-gerencial, se encuentra el de la participación el cual tiene un promedio de 3,28 y finalmente en lo que respecta al tema de Políticas y Procedimientos, el indicador que obtuvo un menor promedio fue el de Canales Informativos con un puntaje de 3,11. Lo que se traduce en que en el área médico gerencial, la percepción del nivel de importancia para estos 3 indicadores, es alta ya que todos los puntajes se encuentran muy por encima de la mitad de la escala.

Gráfico 4. Percepción del Nivel de Importancia de la Competencia Gerencial: Planificación Estratégica



Como es posible observar, en la percepción del nivel de importancia de las competencias relacionadas con la planificación estratégica, existen diferencias significativas

entre unas y otras. Un ejemplo de ello son las relacionadas directamente con la gestión diaria de los centros de salud, como lo son la gestión de la calidad y el diagnóstico con unas medias de 3,53 y 3,56 respectivamente. Sin una diferencia significativa en los resultados de la percepción del nivel de importancia de los profesionales de la salud, le siguen los valores de conocimiento de procesos con un valor de 3,42 y planificación de la calidad con una ponderación de 3,39. De las ocho competencias que componen el grupo clasificado en planificación estratégica, las 4 con la ponderación mas baja en lo que se refiere a la percepción del nivel de importancia tenemos a la optimización de recursos y el mercadeo con un valor de 3,25 cada uno de ellos, y las competencias de innovación adminsitrativa y análisis externo que obtuvieron un puntaje de 3,06 como promedio.

Los indicadores de Gestión de Calidad y Diagnóstico en un profesional sanitario, son competencias sine qua non, debido a que un médico sin la habilidad de llegar a conclusiones científicas, o de ofrecer una atención con amplia calidad humana y de servicio, no tuviese una gestión impecable. La formación de un experto de la salud en Venezuela, se encarga de desarrollar en ellos una alta capacidad de diagnóstico a través de las múltiples prácticas profesionales que realizan antes de culminar su etapa del pregrado. Con respecto a los estándares de calidad que manejan estos profesionales, vienen dados por baremos atencionales establecidos por la legislación venezolana, a través de los cuales deben regirse todos los médicos que prestan servicios en el país.

A pesar de que la gestión de la calidad posee un valor significativamente alto en el nivel de importancia obtenido, los resultados del indicador de planificación de la calidad arrojan ser menos importante. Conceptos que teóricamente deberían ir de la mano, según los resultados de esta investigación parecen tener para los profesionales de la gerencia médica distintos niveles de importancia. La planificación de la calidad, se basa en la normativa ISO, la cual es un sistema de acreditación mundial que tiene por objetivo la estandarización de actividades, con la finalidad de globalizar los sectores económicos, tecnológicos y científicos, entre otros (Valdés, 1996). Esta diferencia de valores, donde se prioriza la gestión y no la planificación de la calidad, se debe a que en Venezuela, el sistema de salud se encuentra basado en la improvisación y no en la planificación, en la salud curativa y no en la salud

preventiva (Zárraga, 2001).

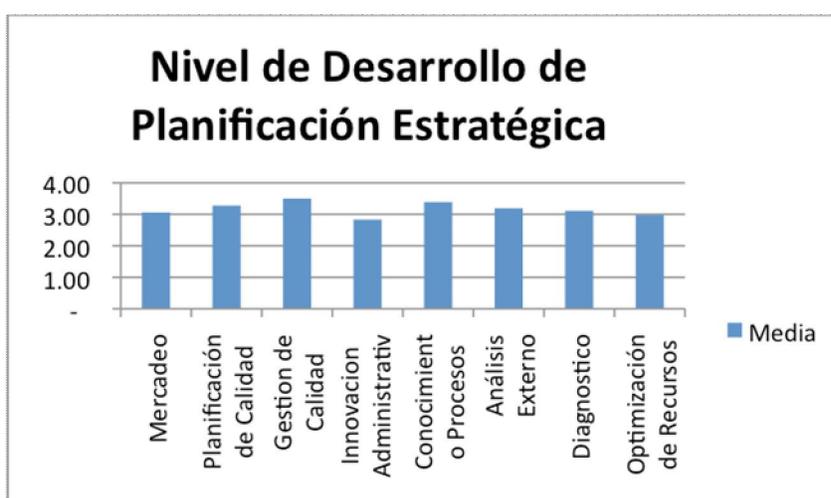
Después de la planificación de la calidad tenemos en orden descendente con respecto a los valores de la variable planificación estratégica, el indicador “Optimización de Recursos”. El valor de este indicador es uno de los más bajos dentro de esta variable, debido a que existen múltiples factores en Venezuela que no permiten que se tenga un máximo aprovechamiento de los recursos. Uno de estos factores es la escasez que existe en materiales médico-quirúrgico, medicamentos, entre otros; esto se debe al control de cambio implementado por el gobierno venezolano desde el año 2003, lo cual limita no solo la importación de productos terminados, sino también el ingreso al país de materia prima para la posterior fabricación dentro del territorio venezolano.

Otra limitante para la optimización de recursos en el sistema de salud venezolano es que al haber publicado en el decreto N° 8.331, de la Gaceta Oficial N° 39.715 la ley titulada: “la Ley de Costos y Precios Justos” la cual tiene por objetivo regular a aquellas instituciones que mantienen un aumento sostenido de los precios sin aprobación de la superintendencia nacional; las instituciones de salud privadas en el país, si esta ley se llevará a su aplicación, estarían ahora mas lejos de la optimización de recursos debido a que si les llegaran a regular los precios y honorarios médicos, las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios estarían subvaluando sus recursos; a los médicos se les reduciría su ingreso mensual, y la calidad de los equipos médico-quirúrgicos sería inferior, ya que al tener que hacer una disminución de costos, obligatoriamente se tiene que hacer una disminución de calidad tanto de productos como de servicios. En el caso de las clínicas privadas, el mencionado ente público tomó la decisión de realizar un baremo mediante el cual las clínicas serán evaluadas para demostrar si sus honorarios profesionales y tarifas son los adecuados con relación a la economía venezolana (El Universal, 2011).

Seguidamente tenemos los indicadores con el menor índice de percepción de importancia, los cuales son “Análisis Externo” e “Innovación Administrativa”. A pesar de que la formación de pregrado contempla asignaturas tales como, epidemiología, salud pública, medicina comunitaria, entre otras, que llevan al profesional a estar en contacto directo con el

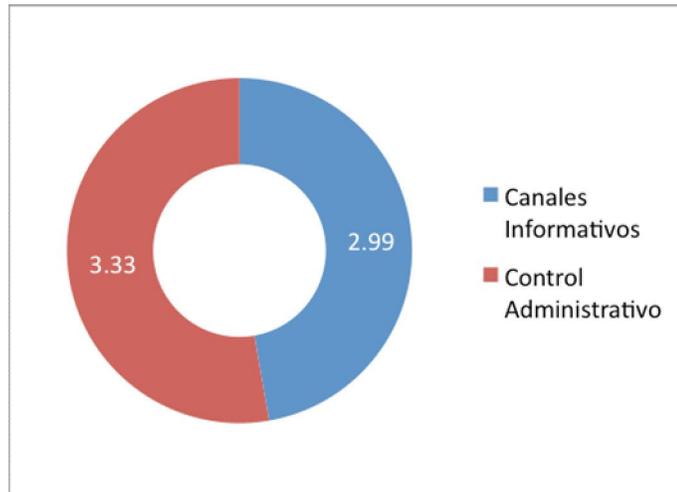
medio que lo rodea, sin embargo, para los médicos gerentes en la actualidad no parece ser una prioridad. Con respecto al indicador denominado “Innovación Administrativa”, es totalmente comprensible que sea uno de los menos importantes según la percepción de la población estudiada, debido a que durante su formación universitaria, no reciben ningún tipo de acercamiento con las ciencias administrativas y financieras, aspecto que en la actualidad es medular para cualquier gerente en una organización.

Gráfico 5. Nivel de Desarrollo de la Competencia Gerencial: Planificación Estratégica



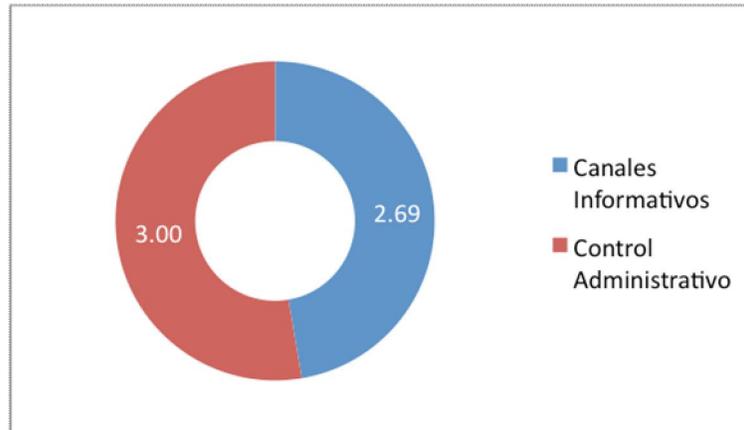
Los resultados obtenidos en relación al nivel de desarrollo de la planificación estratégica en los médicos gerentes, arrojaron un mayor nivel de desarrollo en lo que respecta a la gestión de la calidad y a los conocimientos de los procesos teniendo una ponderación cada uno de ellos de 3,50 y 3,39 respectivamente. A este grupo en cuando a nivel de desarrollo le siguen la planificación de la calidad con un puntaje de 3,28 y el análisis externo con valor de 3,19, posterior a estos valores está el nivel de desarrollo de la variable diagnóstico con un 3,11 de promedio y la variable mercadeo con una ponderación de 3,06. Los valores que obtuvieron un menor nivel de desarrollo en lo que respecta al aspecto de planificación estratégica fueron la optimización de recursos y la innovación administrativa con unas medias de 2,97 y 2,83 respectivamente.

Gráfico 6. Nivel de Importancia de la Competencia Gerencial: Control



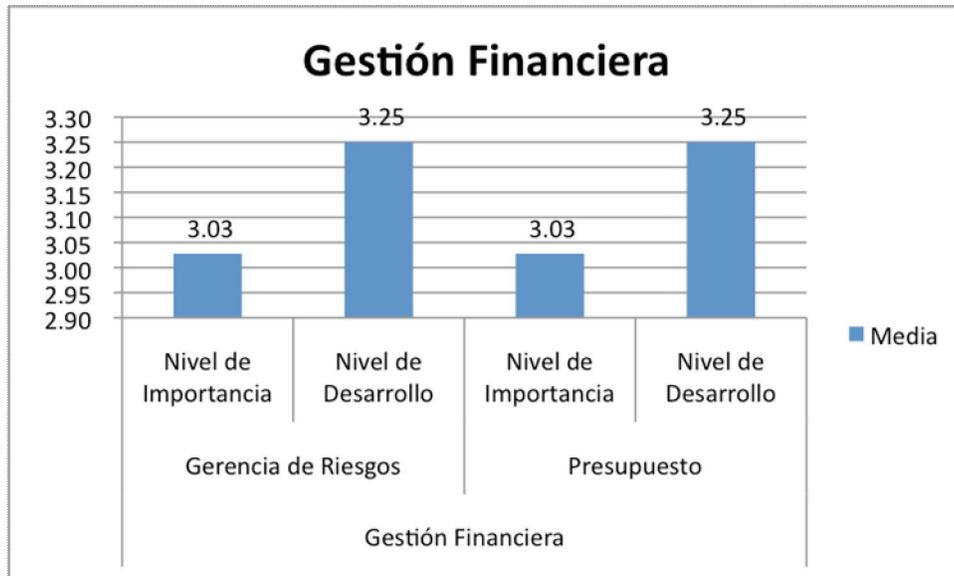
Con respecto a la competencia gerencial llamada control gerencial, en los resultados de la investigación se logra observar la percepción que tienen los profesionales de la salud con experiencia en el área de gestión. En relación a los dos indicadores encargados de medir dicha competencia, podemos decir que la media del indicador de control administrativo fue superior al indicador de canales informativos, siendo uno de 33,33 y de 2,99 respectivamente. Valores que nos permiten inferir que para la población en estudio es más relevante el control administrativo que el control de los canales informativos en un 0,34 puntos. En el caso de la variable con menor valor, vale la pena resaltar que si los médicos gerentes le dieran mayor importancia a este aspecto, pudiese ser parte de uno de los requerimientos de la normativa ISO. El Control Gerencial, se define como un proceso que permite avalar que las actividades planteadas estratégicamente en un inicio, se ajuste a los resultados deseados. (Stoner, J., Freeman, R., y Gilbert, D., 1996).

Gráfico 7. Nivel de Desarrollo de la Competencia Gerencial: Control



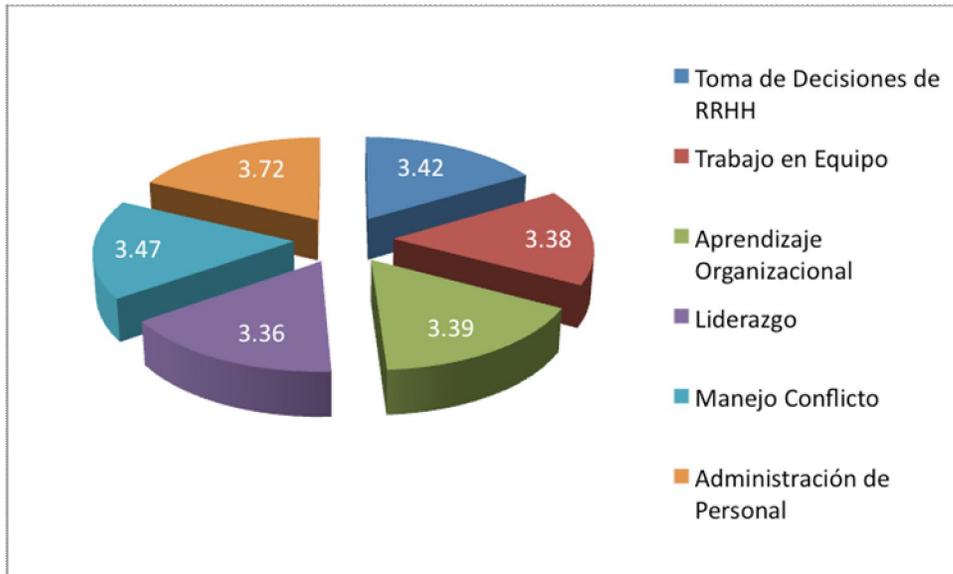
En relación al nivel de desarrollo durante la gestión diaria de la competencia gerencial llamada control, la cual se basa en dos indicadores: canales informativos y control administrativo. Según los resultados obtenidos el nivel de desarrollo de los controles administrativos en la gestión diaria es superior al nivel de desarrollo de los canales informativos. Con una diferencia de 0,31 en el puntaje de las medias obtenidas en ambos indicadores. Datos que al relacionarlos con el gráfico 4, se puede inferir que el nivel de desarrollo en la gestión diaria, en lo que respecta a la competencia control va de la mano con la percepción del nivel de importancia que tenga dicha competencia para los profesionales del área gerencial de la salud.

Gráfico 8. Competencia Gerencial: Finanzas en Médicos Gerentes



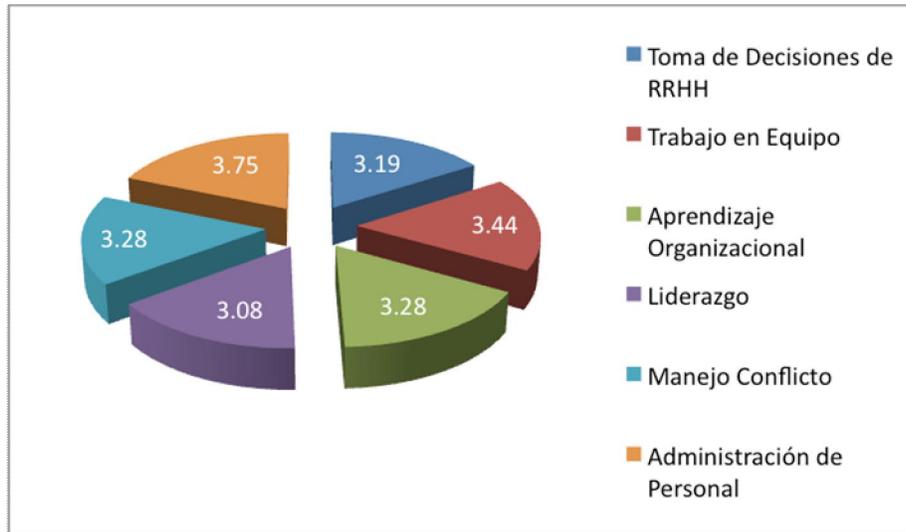
En lo que respecta a las competencias gerenciales referentes al área de finanzas, los resultados obtenidos son uniformes tanto en la percepción del nivel de importancia de los profesionales, como en el nivel de desarrollo que tienen estas competencias en la gestión diaria de cada uno de ellos. En la percepción del nivel de importancia de cada uno de los dos indicadores que miden dicha variable se obtuvo una media de 3,03. Así como en lo que se refiere al nivel de desarrollo en la gestión diaria tanto del área de presupuesto como del área de gerencia de riesgos, se obtuvo una media de 3,25. Con estos resultados, se puede decir que la percepción del nivel de importancia las competencias financieras durante la gestión sanitaria esta por debajo del nivel de desarrollo de dichas competencias, lo cual pudiera estarse subestimando su nivel de importancia, en lo que a la gestión financiera en el área de salud se refiere.

Gráfico 9. Percepción del Nivel de Importancia de la Competencia Gerencial: Recursos Humanos en Médicos Gerentes



Según la percepción de los profesionales del área médico gerencial, con respecto al nivel de importancia de las competencias gerenciales, relacionadas con el área de Gestión Humana. La media que resultó más alta fue la de la competencia Administración de Personal con un valor de 3,72, la siguiente competencia que resultó con la media más alta, es decir la segunda más importante en la escala de la percepción de los médicos gerentes, es la que se refiere al manejo de conflictos con una ponderación de 3,47 y la tercera más alta fue la toma de decisiones de RRHH con un valor de 3,42; estos resultados reflejan que en la gestión médico venezolana, tienen mayor relevancia todos los aspectos relacionados con la administración de personal, la parte mas operativa de gestión humana, ya que esta área tiene como funciones administrar las obligaciones contractuales entre los empleados y la organización. Las siguientes competencias son las que están relacionadas con situaciones difíciles donde se necesita cierto fortalecimiento de habilidades para la toma de decisiones y manejo de conflictos; con respecto al aprendizaje organizacional, trabajo en equipo y el liderazgo encontramos que son los que tuvieron las medias de percepción de importancia mas bajas, con respecto a este grupo de competencias, sin embargo obtuvieron puntajes igualmente altos ya que en la escala del 1 al 4 siento 1 el menor y 4 el mayor, los resultados que se obtuvieron de las últimas 3 competencias fue bastante cercano a 4.

**Gráfico 10. Nivel de Desarrollo en la Gestión Diaria de La Competencia Gerencial:
Recursos Humanos en Médicos Gerentes**



En lo que se refiere a la gestión humana en el ámbito sanitario, los aspectos que se midieron fueron los que aparecen en la leyenda del gráfico 10. Siendo la media más alta la competencia llamada Administración de Personal con un valor de 3,75, la cual va de la mano con la percepción del nivel de importancia que tiene éste indicador para los médicos gerentes, debido a que la gestión humana dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud está más enfocada a las obligaciones contractuales que al fortalecimiento de competencias blandas, las cuales son fundamentales para los profesionales de esta área. Posterior a esta se encuentra la competencia de trabajo en equipo, lo cual se traduce en que es un aspecto bastante desarrollado en el área de la gerencia médica, posterior a estas dos competencias, están el manejo de conflictos y el aprendizaje organizacional, estos aspectos los relacionamos con estos profesionales, en lo que respecta al manejo de conflictos debido a que se enfrentan constantemente a situaciones conflictivas ya sea por problemas de insumos o por situaciones donde están en riesgo vidas humanas, y cuando hablamos de aprendizaje organizacional comprendemos por que es una competencia altamente desarrollada en la gestión diaria porque cada una de las instituciones a las que pertenece un profesional de la salud se convierte en su escuela práctica, donde tendrá la oportunidad de desarrollar su carrera. Las medias que salieron más bajas en lo que al nivel de desarrollo se refiere fueron la que se refiere a la toma de decisiones con un valor de 3,19 y la competencia que se refiere al liderazgo gerencial con

una ponderación de 3,08.

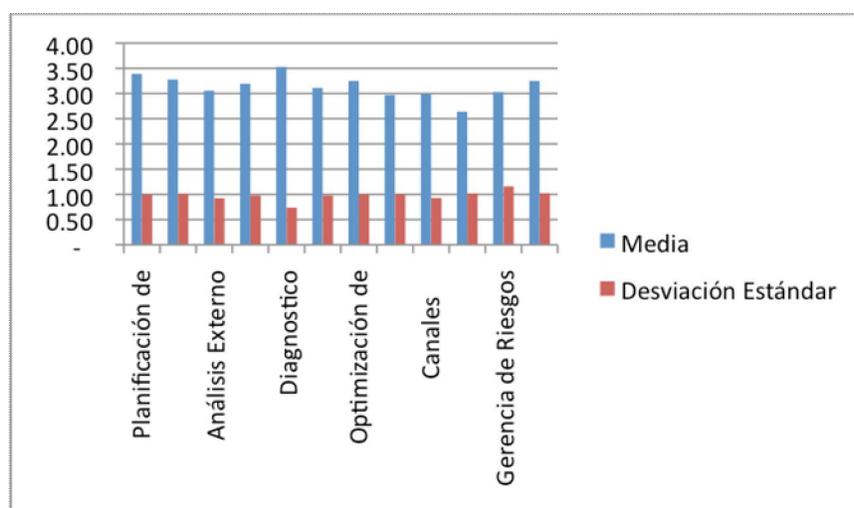
Tabla 16. Indicadores con Desviaciones Altas

Clasificación de Competencias Gerenciales	Indicadores		Media	Desviación Estándar	
Planificación Estratégica	Planificación de Calidad	Nivel de Importancia	3,39	0,99	
		Nivel de Desarrollo	3,28	1,00	
	Análisis Externo	Nivel de Importancia	3,06	0,92	
		Nivel de Desarrollo	3,19	0,98	
	Diagnóstico	Nivel de Importancia	3,53	0,74	
		Nivel de Desarrollo	3,11	0,98	
	Optimización de Recursos	Nivel de Importancia	3,25	1,00	
		Nivel de Desarrollo	2,97	1,00	
	Control	Canales Informativos	Nivel de Importancia	2,99	0,93
			Nivel de Desarrollo	2,64	1,02
Gestión Financiera	Gerencia de Riesgos	Nivel de Importancia	3,03	1,16	
		Nivel de Desarrollo	3,25	1,02	

Como fue mencionado en el capítulo cuatro, la desviación estándar es el promedio de desviación de las puntuaciones, en este caso de las medias de cada indicador. Se hace un especial enfoque en estos indicadores, ya que, son los que no miden en su totalidad la descripción del reactivo del instrumento de medición.

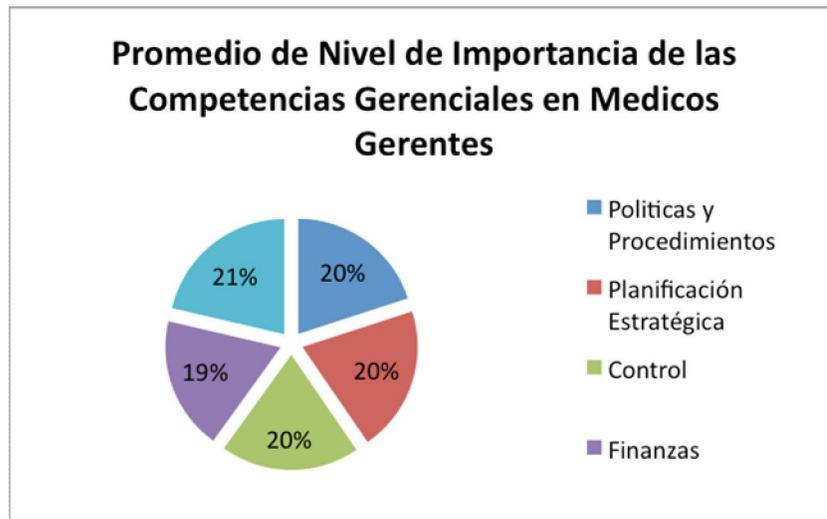
Sampieri, Fernández, y Baptista (2003), definen la desviación estándar como el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media, se interpreta en base a la media. Su interpretación se realiza toma en cuenta dependiendo de cuanto mayor sea la dispersión de los datos de la media, mayor será la desviación. Este dato se tomo en cuenta para conocer que indicadores que no representan en su totalidad la puntuación del nivel de desarrollo y nivel de importancia de su respuesta.

Gráfico 11. Indicadores con Desviaciones Altas



En el gráfico número 11 se puede, observar con facilidad que la desviación más alta es la de Gerencia de Riesgos con una desviación de 1,02 por lo que resulta dificultoso, analizar su nivel de desarrollo con una media de 3,25, común nivel de relevancia extremadamente importante. En segundo lugar, el indicador Planificación de Calidad tiene una media en el nivel de desarrollo de 3,28 y una desviación de uno por lo que, como fue mencionado anteriormente se debe tener en cuenta para observar que no es la verdadero promedio de esta clasificación del indicador. La Optimización de Recursos que pertenece a la competencia gerencial Planificación Estratégica tiene un alto nivel de desviación ambos niveles por lo que se duda de su resultado como verdadera autopercepción de los medicos gerentes para con ese indicador. Es importante recalcar que las desviaciones más altas en la tabla 16, son en relación al nivel de desarrollo de los indicadores.

Gráfico 12. Competencias Gerenciales en Médicos Gerentes



En el gráfico 12, podemos observar cual ha sido la percepción en cuanto al nivel de importancia de todos los grupos o tipos de competencias que forma parte de un perfil médico gerencial, para la población estudiada cada uno de los aspectos que forman parte de un perfil tuvo ponderaciones muy similares, es decir ellos comprenden la importancia de cada uno de los aspectos que fueron investigados, es tan eso cierto que cada una de las ponderaciones son similares o difieren por un munto de la media, 4 de los 6 aspectos relacionados con la gestión sanitaria obtuvieron un 20% en la percepción del nivel de importancia para los profesionales de la salud, los unicos grupos de competencias que tuvieron una minima diferencia fueron las referentes a recursos humanos que adquirieron un puntaje de 21% y las del grupo de finanzas que obtuvieron un porcentaje de importancia del 19%. Es decir la distribución en cuanto a percepción de importancia para los médicos gerentes fue bastante equitativa para los 6 grupos de competencias.

CONCLUSIONES

Esta parte del trabajo de grado corresponde a las conclusiones realizadas en base al capítulo anterior. Estas conclusiones fueron realizadas conforme a lo establecido en el Marco Teórico, debido a que una vez obtenido los análisis de resultados se alinean con los basamentos teóricos planteados.

En primer lugar, durante la investigación se logró detectar que los pensum de estudios de las universidades más importantes del país, en lo que respecta a la escuela de medicina, no se encuentran alineados con el desarrollo de competencias en el área de gestión sanitaria, es decir, en la etapa de formación de pregrado de los profesionales de salud en Venezuela no se les imparte, en su mayoría, ningún tipo de conocimiento que permita el desarrollo de competencias relacionadas con la gerencia de la salud, esto se evidencia en las tablas de la 1 a la 4, ubicadas en el capítulo I de la investigación.

Analizando el pensum de estudios de LUZ (tabla 1), se lograron identificar 3 asignaturas que desarrollan de una manera u otra la clasificación de políticas y procedimientos, en lo que respecta a los canales informativos, ya que en el primer año de carrera los estudiantes cursan una materia llamada “Ecológica, Científica, Tecnológica: Informática”, la cual está enfocada en crear e implementar sistemas de información gerencial en el área sanitaria que le permitan desarrollar métodos de autogestión cada día más innovadores ya sea con metodologías propias o con software aplicados a la medicina y a la administración de historias médicas, otra de las materias relacionadas con la formación médico gerencial es la llamada “Ética y Deontológica Medica” encontrada en el pensum de esta universidad que busca desarrollar en los individuos la ética médica, la cual puede servir como base para la variable el desarrollo o fortalecimiento de la ética gerencial, la cual es un aspecto importante en lo que a competencias gerenciales en el área de recursos humanos se

refiere, ya que al hablar de control gerencial, se habla de compromiso ético en la gestión del profesional ocupante del cargo con responsabilidades gerenciales.

El pensum de estudios de medicina de la Universidad de Carabobo (UC), no se aleja de la realidad plasmada en la universidad del Zulia. Debido a que en el plan de formación de los médicos egresados de esta universidad nos conseguimos con tan solo cuatro asignaturas que pueden incidir en la formación gerencial de estos profesionales.

Una de las asignaturas que pueden desarrollar capacidades gerenciales en este pensum de estudios son unas relacionadas con el área de mercadeo que forma parte de la planificación estratégica, las cuales son impartidas en segundo y sexto año de la carrera. La impartida en el segundo año tiene por nombre “Salud Comunitaria”, y la impartida en el sexto año de la carrera llama “Medicina Comunitaria”, ambas materias están relacionadas con la capacidad que tienen los profesionales de la salud para comprender las necesidades de las comunidades, detectar focos insalubres, y desarrollar la capacidad de actuar y solventarle los problemas sanitarios a las comunidades, las competencias relacionadas con la sensibilidad social se relacionan con el área de responsabilidad social empresarial, el cual se define como la manifestación de la compañía por beneficiar a la comunidad desempeñando su ejercicio habitual (Martén, 2010). Y por último, tenemos la asignatura llamada “Ética y Deontología Médica”, la cual desarrolla algunos aspectos relacionados con la ética profesional de un gerente en el área sanitaria.

En lo que al pensum de estudios de la Universidad de Los Andes (ULA) se refiere, solo se encuentran dos asignaturas relacionadas con la variable de planificación estratégica. Estas asignaturas son “Medicina Comunitaria”, impartida en el sexto año de la carrera y “Servicio Comunitario”, también impartida en ese mismo año académico. Estas asignaturas están relacionadas con el área de responsabilidad social empresarial, ya que le permite desarrollar al médico competencias para detectar las necesidades de la comunidad, y los planes de acción que se pueden implementar para que dichas necesidades sean cubiertas.

Al estudiar el pensum de la Universidad Central de Venezuela (UCV), se puede

observar que es el único pensum de medicina de las universidades más importantes del país que dentro de su planificación contempla la asignatura de Salud Pública, para cada uno de los años académicos, es decir, el alumno cursa desde Salud Pública I hasta Salud Pública VI. Estas asignaturas les imparten conocimientos sobre algunos aspectos del área médico gerencial a los futuros profesionales. Los aspectos que fortalece a nivel gerencial la salud pública son los siguientes: el desarrolla a los estudiantes la capacidad de hacer seguimiento a proyectos evaluando variables como viabilidad y accesibilidad, imparte conocimientos sobre calidad de servicio, y además promueve el aprendizaje de nuevos enfoques de administración de la salud, conocimientos sobre la resolución de problemas y formas innovadoras de gestionar el sector sanitario.

Con respecto a los datos socio demográficos de la población evaluada, podemos decir que la mayoría de los médicos gerentes de los hospitales privados tipo II y III del área metropolitana de Caracas son de sexo masculino, con edades que oscilan entre 51 y 60 años, egresados de la Universidad Central de Venezuela y con postgrado en el área de medicina interna.

A razón de concluir en relación al perfil de competencias gerenciales en los médicos gerentes antes mencionados, los resultados obtenidos tanto en la percepción del nivel de importancia como el nivel de desarrollo durante la gestión diaria, de las cinco clasificaciones de competencias en el área de gestión sanitaria serán analizados en base a la siguiente tabla.

Tabla 17. Promedio de Nivel de Importancia y Nivel de Desarrollo entre Competencias Gerenciales

Clasificación de Competencias Gerenciales	Promedio de Nivel de Importancia	Promedio de Nivel de Desarrollo
Políticas y Procedimientos	3,24	2,98
Planificación Estratégica	3,31	3,21
Control	3,16	2,82

Gestión Financiera	3,03	3,25
Gestión Humana	3,46	3,34

En relación al grupo de indicadores encargados de medir las competencias que se refieren a las políticas y procedimientos de una gestión sanitaria, se tiene como resultado que la percepción del nivel de importancia está por encima del nivel de desarrollo de la misma, por una diferencia de 0,25 puntos, obteniendo la percepción de importancia 3,24 puntos y nivel de desarrollo 2,98. Siendo esta una competencia percibida por los profesionales del área de salud, como extremadamente importante de acuerdo a la clasificación de la tabla 14. Al igual que la competencia antes mencionada, tanto la percepción del nivel de importancia con un puntaje de 3,31 como el nivel de desarrollo de la planificación estratégica con una ponderación de 3,21 se encuentran ubicados en el rango de extremadamente importante de la clasificación antes mencionada.

Siguiendo la línea de categorías Extremadamente Importante, la competencia gerencial de Recursos Humanos, obtuvo un nivel de importancia mayor al del nivel de desarrollo, siendo 3,46 y 3,34 respectivamente por lo que se puede concluir con estas y las anteriores competencias que cumplen esta condición se puede consumir que son importantes para la muestra poblacional pero no la practican en su totalidad y si es así se debe reforzar su conocimiento.

Luego la competencia gerencial, de Control se encuentra en la categoría de Importante ya que el promedio de sus medias de nivel de desarrollo y de nivel de importancia se encuentran en 3,16 y 2,82 respectivamente. Para finalizar es importante recalcar que la única competencia gerencial que obtuvo un mayor nivel de desarrollo que nivel de importancia, con un puntaje de 3,25 y 3,03 respectivamente, es la clasificación de Finanzas. Sin embargo fue clasificada como Extremadamente Importante. Esto se puede inferir porque la muestra del estudio, los médicos gerentes, tienen por objetivo principal preservar la salud de sus pacientes por lo que han desarrollado la necesidad de desarrollarlo pero aún manifiestan que no tiene tanta relevancia para su gestión.

Para finalizar, se puede tomar como una de las conclusiones de este trabajo de investigación que las competencias médico-gerenciales establecidas en el capítulo donde se hace referencia al marco teórico, son competencias que los profesionales de la salud en Venezuela adquieren mediante la praxis, a medida que van escalando en su desarrollo de carrera y adquiriendo responsabilidades van desarrollando esa capacidad de gestionar o de administrar en el área sanitaria. Razón por la cual recomendamos incluir formación gerencial en el plan de estudios de pregrado de las universidades más importantes del país, ya que al fortalecer los conocimientos y proporcionar un desarrollo de competencias en el ámbito teórico, generará una mayor capacidad de gestionar, innovar y mejorar el sistema de salud de Venezuela.

Sin embargo, en Venezuela, existen programas de postgrado donde los profesionales de la salud, pueden adquirir y desarrollar competencias que le permitan tener un conocimiento más amplio en lo que a gestión sanitaria se refiere.

Uno de los programas de Gerencia en Salud a nivel de postgrado más reconocidos en el país, es la maestría y/o especialización dictada por la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), la cual se denomina: Postgrado de Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud, dicha maestría es de modo presencial, y tiene como objetivo principal: preparar al talento humano especialista en el sector salud, para desempeñar cargos gerenciales, con la finalidad de que en su entorno médico asistencial y hospitalario generen un valor agregado, lo cual generará un desarrollo exitoso y efectivo del sistema de salud. Otra especialización que busca el desarrollo médico gerencial en el país, es la dictada en la Universidad Arturo Michelena, en el estado Carabobo, la cual tiene por nombre: Especialización en Gerencia en Salud Pública, es de forma presencial y tiene como objetivo, proporcionar la capacitación de los profesionales del sector sanitario, para un desempeño óptimo y pertinente, en el área de gestión de sistemas de salud.

Es importante resaltar la existencia de estos programas a nivel de postgrado, debido a que a pesar de que todos los profesionales gerentes de las clínicas tipo II y III del área

metropolitana de Caracas, tienen como mínimo una especialización, éstas son netamente en el área médico científico.

RECOMENDACIONES

A lo largo del estudio, se presentaron una serie de inconvenientes, propios del contexto en el que se desarrolla el sistema de salud venezolano. Por lo que se recomienda, en caso de realizar una investigación posterior, que de continuación a ésta, o si es posible realizar una modificación al estudio presentado, tomar en consideración los siguientes aspectos:

- Buscar establecer contacto con los departamentos de gestión humana, de las instituciones sanitarias en cuestión, con suficiente tiempo de antelación, ya que los tiempos de respuesta de estas unidades son bastante prolongados, y si es posible utilizar otros mecanismos de recolección de información paralelos.
- Se recomienda hacer un estudio transversal, en un mínimo de veinticinco años, si se hubiese dado un cambio en los programas de formación de las universidades que dictan la carrera de medicina, ya que al haber cualquier tipo de modificación a nivel de competencias gerenciales, es posible que tuviera lugar un cambio, significativo en el nivel de desarrollo y en la percepción del nivel de importancia de dichas competencias, en los profesionales formados bajo ese nuevo programa. El criterio en el que se basa la recomendación de la cantidad de años que deberán pasar para observar un cambio al respecto, se debe a factores demográficos y generacionales, como lo son la cantidad de años que dura la carrera de medicina en pregrado, la edad en la que observamos durante la investigación en la que un médico llega a gerente, etc.
- También es recomendable aplicar dicho instrumento a otros profesionales del área sanitaria, y evaluar su nivel formativo relacionado con el desarrollo de competencias gerenciales, con esto se obtendría un escenario más específico del sistema de salud venezolano, razón por la cual el estudio tendría una muestra mayor y unos resultados más

completos, para este estudio se recomienda adicionalmente en la medida de lo posible hacer entrevistas exploratorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, J. (2006). *AMBAs en el Cusco*. Recuperado el día 13 d septiembre de 2010 de http://www.esan.edu.pe/paginas/publicaciones/informesan/Marzo_Abril2006.pdf
- Alles, M. (2006). *Diccionario de Gestión por Competencias* (2da ed.). Buenos Aires: Gránica.
- Álvarez, M. (1996). *Manual para elaborar manuales de políticas y procedimientos*. Recuperado el día 5 de noviembre 2010 de http://books.google.co.ve/books?id=YnhdFdUDnVIC&pg=PA28&dq=definicion+politic+cas+y+procedimientos&hl=en&ei=VXnUTKP0I82r8AaNhuSIDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración* (5ta ed.). Caracas: Editorial Episteme.
- Ayuso, D y Grande, R. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. España, Madrid: Ediciones Díaz Santos.
- Ballesteros, H. (s/f). *Sistema de Salud*. Recuperado el día 15 junio de 2010 de http://nayar.uan.mx/~indalex/Admon/Sistema_de_Salud_1.pdf
- Benitone, P. (2004) *Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina*. Recuperado el día 10 de septiembre de 2010, de http://tuning.unideusto.org/tuningal/index.php?option=com_docman&Itemid=191&task=view_category&catid=22&order=dmdate_published&ascdesc=DESC

- Carrada, T. (2001). Reingeniería en Sistemas de Salud. Un nuevo modelo cultural. Recuperado el día de Diciembre de 2009 de http://74.125.155.132/scholar?q=cache:qnp3wKEP0kJ:scholar.google.com/+gerencia+medica&hl=es&as_sdt=2000&as_vis=1
- Castro, F. y Marchant, R. (s/f). Competencias (o Habilidades) Gerenciales: Una Herramienta Indispensable para el Desarrollo Organizacional. Recuperado el día 15 de Enero de 2010, de http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls_new/docs/dip_lsp/competencias_gerenciales.pdf
- Cedeño, A. (1988). Administración de la Empresa. Recuperado el día 5 de noviembre 2010 de http://books.google.co.ve/books?id=dKxyKXJAJHoC&pg=PA299&dq=control+gerencial&hl=en&ei=uVfVTKP3G4GC8gaV4_WiCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=control%20gerencial&f=false
- Gaceta Oficial N° 32.650, Decreto 1.798. Recuperado el día 17 de Septiembre de 2011, de <http://www.pgr.gob.ve/db/bibpgr/edocs/1983/32650.pdf>
- Delgado, D. (2000). Modelos de Gestión por Competencias. Recuperado el día 15 de Enero de 2010, de <http://www.gestiondelconocimiento.com/pdf-art-gc/00240dode1.pdf>
- Errasti, F. (1997). Principios de la Gestión Sanitaria. Madrid: Editorial Díaz Santos, S.A
- El Universal (2011) Posponen baremo para regular los costos de clínicas privadas. Recuperado de la World Wide Web el 19 de septiembre de 2011 de: <http://www.eluniversal.com/2011/07/25/posponen-baremo-para-regular-los-costos-de-clinicas-privadas.shtml>
- Hanne, C. (2007). Sintonizando la educación en Medicina con las Propuestas Educativas.

Recuperado el día 20 de Septiembre de 2011 de
http://www.cned.cl/public/secciones/seccionpublicaciones/doc/56/cse_articulo600.pdf

Hayes, B. (2.000). Cómo medir la satisfacción del cliente. Recuperado el día 31 de Octubre de 2010 de
http://books.google.es/books?id=dicScdBb6IcC&pg=PA59&dq=formula+alfa+de+cronbach&hl=es&ei=NJrNTJSRDYWglAegr6nmCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=r&f=false

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2001). Metodología de la investigación (2da. Ed.). D.F México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A

Ferrer, J. (2001). Internalización de competencias: factor clave en la búsqueda del balance ético en la gerencia pública del sector salud venezolano. Recuperado en Diciembre 1, 2009 de
http://74.125.155.132/scholar?q=cache:8bNFR7m1nd4J:scholar.google.com/+alta+rotacion+gerencial+Ferrer,+2001&hl=es&as_sdt=2000

González, D. (2005). El desempeño académico Universitario: Variables Psicológicas. Recuperado el día 31 de Octubre de 2010 de
http://books.google.es/books?id=cXB_yARi1oAC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Horwitz, N. (2004). El cambio de la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. Recuperado en día de Diciembre de 2009 de
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000600015&script=sci_arttext

Lane, D. y Ross, V. (1998). Defining Competencies and Performance Indicators for Physicians in Medical Management. Recuperado el día 3 de Marzo de 2011 de
[http://www.ajpm-online.net/article/S0749-3797\(97\)00068-8/fulltext](http://www.ajpm-online.net/article/S0749-3797(97)00068-8/fulltext)

- Lemieux-Charles, L. (1992). Los Médicos en la Administración: Problemas e Inquietudes. Recuperado el día 23 de Diciembre de 2009 de http://74.125.155.132/scholar?q=cache:Ru0ZoblZKnkJ:scholar.google.com/+medicos+gerentes&hl=es&as_sdt=2000
- Levi, R. (2.000). Doce reglas de la buena historia clínica en la era de la medicina gerenciada. Recuperado en el día 23 de Diciembre de 2009 de <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/12reglas.htm>
- Malhorta, (2004). Investigación de Mercados. Recuperados el día 31 de Octubre de 2010 de http://books.google.es/books?id=bLnONjl5IBIC&dq=prueba+piloto&source=gbs_navlinks_s
- Martén, I. (2010) Responsabilidad social empresarial. . Recuperado el 20 de septiembre de 2011 de la World Wide Web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1335408>
- Mora, C. (2006). La gerencia de los hospitales y clínicas en Venezuela. Recuperado en Diciembre 01, 2009, de <http://www.gestiopolis.com/canales7/ger/gerencia-y-administracion-de-la-salud-en-venezuela.html>
- Muñiz, L. (2009) Control Presupuestario, Planificación, elaboración y seguimiento del presupuesto. Recuperado el día 5 de Noviembre de 2010 de http://books.google.co.ve/books?id=-nPGWEj5OfsC&pg=PA27&dq=definicion+planificacion+estrategica&hl=en&ei=VIPUTOz2OsL-8AawiMHaDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Nacional de Salud Integral. (2008). Atención Médica Integral. Recuperado el día 3 de marzo de 2011 de http://www.nacionaldesaludintegral.com/atencion_medica_integral/

Navarrete, M. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de Investigación aplicadas a la salud. Recuperado el día 30 de Octubre de 2010 de

http://books.google.es/books?id=o2n57QYwMDIC&pg=PA44&dq=tipos+de+muestreo&hl=es&ei=jJnMTKCUJIGBlAf9ldyBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=estratificado&f=false

Pérez, J., Suárez, P., Betancourt, J., y Cote, G. (2008). Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90. Recuperado el día 7 de Enero de 2010 de

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131595182008000200010&lng=es&nrm=iso

Robbins, S y Decenzo, D. (2002). Fundamentos de Administración (3era ed.). Naucalpan de Juárez: Pearson Educación.

Sepúlveda, P. (2004). Creación y Desarrollo Empresarial. ¿Qué debo hacer para crear mi propia empresa?. Recuperado el día 6 de noviembre de 2010 de

http://books.google.co.ve/books?id=P27DLzu1dMsC&printsec=frontcover&dq=finanzas&hl=en&ei=iL7VTJTIJoG78gan_d3FBg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC0Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

Stoner, J., Freeman, R., y Gilbert, D., (1996). Administración. Sexta Edición. México.

Suarez, C., Gil-Garcedo, L., Marco, J., Medina, J., Ortega, P. Y Trinidad, J. (2007) Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Ciencias Básicas y Materias afines. Rinóloga. Recuperado el día 3 de marzo de 2011 de

http://books.google.com/books?id=25hz9ydJ-n4C&pg=PA421&dq=orl+que+significa&hl=es&ei=5gNwTYeGM8vAtgeiobT8Dg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDsQ6AEwAw#v=snippet&q=otorrinolaringolog%C3%ADa&f=false

Valdes, M. (1996) Las Normas ISO relacionadas con la Documentación y la Información. Recuperado de la World Wide Web el 14 de septiembre de 2011 de: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol4_3_96/aci06396.htm

Valverde, M. S/A, Retos de la Gestión de Recursos Humanos. Recuperado el día 6 de noviembre de 2010 de <http://books.google.co.ve/books?id=3QSwjpcR7fAC&printsec=frontcover&hl=en#v=onepage&q&f=false>

Zárraga, P., (2001). Experiencias Exitosas de Gestión en Salud Pública (1era ed.). Caracas: Editorial Arte.

ANEXOS

Instrumento de Medición

CUESTIONARIO SOBRE LAS COMPETENCIAS GERENCIALES EN MEDICOS VENEZOLANOS CON RESPONSABILIDADES GERENCIALES

Este instrumento tiene como finalidad recolectar información acerca del nivel de desarrollo y nivel de importancia que tienen las competencias gerenciales en la gestión diaria de los médicos venezolanos con responsabilidades gerenciales en los hospitales tipo II y III del área metropolitana de Caracas. Esto se hace con el fin de explorar el perfil de gerente sanitario en la actualidad en Venezuela, esta información forma parte de los objetivos planteados en una tesis de grado de la Universidad Católica Andrés Bello. La información recabada será usada con fines académicos y recibirá tratamiento estrictamente confidencial.

A continuación se presenta una serie de competencias, en donde debe marcar con una "X" según su criterio y experiencia el nivel de importancia que tiene dentro de la gestión de un gerente cada una de ellas, la escala va del 1 al 4, siendo 1 el menor y 4 el mayor nivel de importancia. Así como también, debe responder en qué nivel de desarrollo se encuentra cada una de las competencias en su desempeño diario como gerente sanitario.

Sexo: ___ *Femenino* ___ *Masculino*

Edad:

Año de Graduación:

Universidad:

Especialidad:

Antigüedad en el Cargo:

Lugar de trabajo:

Competencias		Nivel de Importancia				Nivel de Desarrollo en la Gestión Diaria			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Desarrollar un planeamiento estratégico, táctico y operativo								
2	Identificar y administrar los riesgos de negocios de las organizaciones								
3	Identificar y optimizar los procesos de negocio de las organizaciones								
4	Administrar un sistema logístico integral								
5	Desarrollar, implementar y gestionar sistemas de control administrativo								
6	Identificar las interrelaciones funcionales de la organización								
7	Evaluar Marco Jurídico aplicado a la gestión empresarial								
8	Elaborar, evaluar y administrar proyectos empresariales en diferentes tipos de organizaciones								
9	Interpretar la información contable y la información financiera para la toma de decisiones gerenciales								
10	Usar la información de costos para el planeamiento, el control y la toma de decisiones								
11	Tomar decisiones de inversión, financiamiento y gestión de recursos financieros								
12	Ejercer el liderazgo para el logro y consecución de metas de la organización								
13	Administrar y desarrollar el talento humano en la organización								
14	Identificar aspectos éticos y culturales de impacto recíproco entre la organización y el entorno								
15	Mejorar e innovar los procesos administrativos								
16	Detectar oportunidades para emprender nuevos negocios y/o desarrollar nuevos productos								
17	Utilizar las tecnologías de información y comunicación en la gestión								
18	Administrar la infraestructura tecnológica de una empresa								

19	Formular y optimizar sistemas de información para la gestión								
20	Formular Planes de Marketing								

Información Estadística de las Competencias Gerenciales en Médicos Gerentes

Clasificación de Competencias Gerenciales	Indicadores		Media	Desviación Estándar	Correlación entre Importancia y Desarrollo	Promedio de Nivel de Importancia	Promedio de Nivel de Desarrollo			
Políticas y Procedimientos	Participación	Nivel de Importancia	3,28	0,94	0,51	3,24	2,98			
		Nivel de Desarrollo	3,06	0,92						
	Seguimiento de Proyectos	Nivel de Importancia	3,33	0,83	0,79					
		Nivel de Desarrollo	3,19	0,86						
	Canales Informativos	Nivel de Importancia	3,11	0,89	0,67					
		Nivel de Desarrollo	2,69	0,92						
	Planificación Estratégica	Mercadeo	Nivel de Importancia	3,25	0,94			0,77	3,31	3,21
			Nivel de Desarrollo	3,06	0,99					
Planificación de Calidad		Nivel de Importancia	3,39	0,99	0,66					
		Nivel de Desarrollo	3,28	1,00						
Gestión de Calidad		Nivel de Importancia	3,56	0,73	0,62					
		Nivel de Desarrollo	3,50	0,81						
Innovación Administrativa		Nivel de Importancia	3,06	0,98	0,67					
		Nivel de Desarrollo	2,83	0,97						
Conocimiento		Nivel de			0,87					

	Procesos	Importancia	3,42	0,97			
		Nivel de Desarrollo	3,39	0,99			
	Análisis Externo	Nivel de Importancia	3,06	0,92	0,71		
		Nivel de Desarrollo	3,19	0,98			
	Diagnostico	Nivel de Importancia	3,53	0,74	0,71		
		Nivel de Desarrollo	3,11	0,98			
	Optimización de Recursos	Nivel de Importancia	3,25	1,00	0,70		
		Nivel de Desarrollo	2,97	1,00			
Control	Canales Informativos	Nivel de Importancia	2,99	0,93	0,57	3,16	2,82
		Nivel de Desarrollo	2,64	1,02			
	Control Administrativo	Nivel de Importancia	3,33	0,83	0,67		
		Nivel de Desarrollo	3,00	0,93			
Finanzas	Gerencia de Riesgos	Nivel de Importancia	3,03	1,16	0,76	3,03	3,25
		Nivel de Desarrollo	3,25	1,02			
	Presupuesto	Nivel de Importancia	3,03	0,91	0,73		
		Nivel de Desarrollo	3,25	0,94			
Recursos Humanos	Toma de Decisiones de RRHH	Nivel de Importancia	3,42	0,80	0,81	3,46	3,34
		Nivel de Desarrollo	3,19	0,90			

	Trabajo en Equipo	Nivel de Importancia	3,38	0,89	0,84
		Nivel de Desarrollo	3,44	0,95	
	Aprendizaje Organizacional	Nivel de Importancia	3,39	0,73	0,71
		Nivel de Desarrollo	3,28	0,88	
	Liderazgo	Nivel de Importancia	3,36	0,81	0,70
		Nivel de Desarrollo	3,08	0,98	
	Manejo Conflicto	Nivel de Importancia	3,47	0,91	0,73
		Nivel de Desarrollo	3,28	0,91	
	Control Gerencial	Nivel de Importancia	3,72	0,74	0,82
		Nivel de Desarrollo	3,75	0,73	