

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE BOCAS DEL TORO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA



**COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO Y EL RENDIMIENTO  
DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR DOS CENTROS  
DE SALUD EN DIFERENTES ETAPAS DE DESARROLLO  
GERENCIAL. CHANGUINOLA, BOCAS DEL TORO, 2008**

GUSTAVO ARAÚZ R

C I P 8-316-536

Tesis para aspirar al título de  
Maestría en Salud Pública

CHANGUINOLA, JUNIO 2010

## ÍNDICE GENERAL

Indice de Tablas	ii
Resumen	1
Introducción	2
Planteamiento del Problema	4
Objetivo General	5
Objetivos Especificos	5
Capitulo I Justificación	6
Capitulo II Marco Teórico	11
2 1 Evolucion de la Organizacion	12
2 2 El Desarrollo Gerencial	16
2 3 Evaluacion del Desarrollo Gerencial	18
2 4 El Modelo Europeo de Excelencia	23
2 5 Evaluacion del Desempeño	27
2 6 La Productividad	30
2 7 El Desempeño	32
2 8 El Rendimiento	34
2 9 Hipotesis	37
2 10 Definición de Variables	38
Capitulo III Metodologia	40
3 1 Caracterización del area de estudio	40
3 2 Tipo de estudio	42
3 3 Universo	42
3 4 Muestra	43
3 5 Instrumento de medicion	43
3 6 Plan de Analisis de los Resultados	44
3 7 Cronograma	45
3 8 Presupuesto	46
Bibliografía	47

3 JUN 2011

Ateneo del autor

2014

**ÍNDICE DE CUADROS**

Cuadro I	Descripcion e Indicadores de Medicion para las areas administrativas clave	20
Cuadro II	Diferencias entre Productividad y Desempeño	37
Cuadro III	Población de la comunidad de Finca 30 por sexo	41
Cuadro IV	Poblacion de la comunidad de Finca 60 por sexo	42

## RESUMEN

Se presenta el informe de investigación para comparar el desempeño y el rendimiento de dos instalaciones de salud en diferentes etapas de desarrollo gerencial, en el corregimiento de Changuinola, provincia de Bocas del Toro, Republica de Panamá

Para ello, se utilizaron los resultados de la evaluación de desarrollo gerencial realizado por los estudiantes de la cátedra de Administración y Planificación de los Servicios de Salud de la Maestría en Salud Pública del Centro Regional Universitario de Bocas del Toro, seleccionando la instalación que este en la etapa más avanzada y la que este en la etapa mas baja de la clasificación

A continuación, se realizó la determinación de ciertos datos a partir de la hoja de trabajo del estadígrafo, que permitieron calcular los indicadores de desempeño y rendimiento de ambas. Los resultados se compararon a lo interno y a lo externo de las instalaciones. Se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado para determinar la existencia de diferencias significativas y se intentó relacionarlas con la etapa del desarrollo gerencial identificada

## INTRODUCCIÓN

El campo de la salud esta cambiando rápidamente. Estos cambios, en conjuncion con un mayor énfasis en el desarrollo sostenible y la asignacion mas cuidadosa de los escasos recursos de los donantes y del gobierno, han hecho que los Gerentes se den cuenta que tienen que mejorar sus habilidades y los sistemas administrativos en sus organizaciones.

Como responsables de la formulacion de políticas, los Planificadores de Servicios de Salud en el ámbito nacional y los entes financiadores internos y externos, han considerado, desde un punto de vista cada vez más crítico, las prioridades de los proveedores de servicios y el uso de los recursos disponibles, centrando su atención en cuán bien operan las organizaciones. Ya no es suficiente decir que un proyecto o servicio esta bien administrado y es productivo. Los Gerentes y Administradores tienen que demostrarlo.

Para efectos de los Convenios de Gestión pactados entre el Ministerio de Salud y las diferentes Regiones de Salud, esta demostracion tiene un alto componente cuantitativo, orientandose más que nada a la producción, que se supone se convertirá en el futuro sustentador de los presupuestos, que anteriormente se hacían con base historica. Sin embargo, no se puede dejar de lado el clima y la cultura organizacional, que no suele desarrollarse al mismo ritmo, provocando disonancias en los trabajadores de la salud, quienes optan por concentrarse en la labor y descuidan el entorno, solo para darse cuenta que la obligada interaccion entre ambos es lo único que puede garantizar la tan

solicitada sostenibilidad. Esta percepción solo es posible si hay un adecuado nivel de desarrollo gerencial en las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

Para poder lograr la sostenibilidad de una organización, los administradores de hoy en día necesitan formular y responder preguntas clave sobre cómo ellos y la gente con la cual trabajan, tanto directa como indirectamente, funcionan como equipo, cuánto bien apoyan su trabajo los sistemas gerenciales y administrativos y cómo afecta todo ello al rendimiento y desempeño de las instalaciones de salud que regentan.

Esta investigación hace una revisión de la literatura disponible, principalmente histórica y electrónica sobre la relación entre el desarrollo gerencial de las organizaciones y el efecto en el rendimiento y el desempeño, y utiliza los resultados de la evaluación de desarrollo gerencial de dos instalaciones de salud, como el elemento principal en la comparación de sus indicadores. Se incluye también un capítulo dedicado a la forma en que se obtuvieron y analizaron los datos.

Esperamos que la información brindada sea de utilidad y solo nos resta invitarle a la lectura de nuestro documento.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existirá alguna diferencia entre el rendimiento y el desempeño de los funcionarios que dieron atención directa al público en el año 2008, en Centros de Salud con distinto grado de desarrollo gerencial en el Distrito de Changuinola?

## **OBJETIVO GENERAL**

Comparar el rendimiento y el desempeño de los servicios prestados por los funcionarios de dos Centros de Salud en diferentes etapas de Desarrollo Gerencial Changuinola, Bocas del Toro, 2008

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 Seleccionar dos Centros de Salud en diferentes etapas de desarrollo gerencial
- 2 Calcular, con base en indicadores, el rendimiento y el desempeño de los servicios de Medicina General, Odontología y Enfermería en estas instalaciones
- 3 Comparar el rendimiento y el desempeño de los servicios seleccionados en las instalaciones
- 4 Comparar el rendimiento y el desempeño de los servicios seleccionados entre las instalaciones

## **CAPÍTULO I JUSTIFICACIÓN**

Las reformas en el Sector Salud se han dado como un proceso necesario para responder a la demanda, tanto a escala nacional como mundial, con el objetivo de lograr una mayor eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud. Los nuevos modelos de atención integral en salud, organizan su oferta de servicios en torno a convenios de gestión, los cuales funcionan como contratos que garantizan el cumplimiento de lo pactado por ambas partes.

Puesto que son los recursos humanos quienes brindan la atención al público, se han convertido en el puntal sobre el que se hace frente a una nueva cultura organizacional, que generalmente se mide en base a elementos puramente cuantitativos, dejando de lado situaciones del ambiente que tienen un peso específico reconocido en el logro de los estándares de calidad propuestos.

Es en ese contexto que los aspectos cualitativos de la organización toman una gran relevancia, puesto que son estos los que mantendrán el entusiasmo, la voluntad, la direccionalidad, el compromiso y la identificación de los trabajadores de la salud con la institución, de manera que pasen de simples obreros-espectadores a actores protagonistas. No es en vano que los autores coinciden en señalar que es el líder de la organización quien debe entender las bases motivacionales del desempeño laboral, para lograr de los colaboradores un mayor rendimiento y calidad en su trabajo (Carpio, R., Villalobos, A., 2001).

Sin embargo, al tocar el tema de los líderes formales, o Gerentes de las instalaciones, nos encontramos con algunas de las mayores deficiencias de un sistema que pretende obtener un alto nivel de desarrollo gerencial de personas que, generalmente, suelen tener solo la formación sanitaria básica, o a lo sumo, especialidades no relacionadas con la planificación y administración de los servicios de salud (OMS, 1997)

Por otro lado, tampoco se produce una iniciativa institucional sistemática, que logre elevar las competencias que requieren las personas en estos cargos, para percibir en toda su amplitud el concepto de la gerencia de los servicios y su rol como líderes de una serie de procesos que, de manera simultánea, se sinergizan para producir la calidad de atención solicitada como el verdadero fin de todo convenio firmado

Resulta entonces que los colaboradores se mantienen en un estado de descontento, porque se les enfoca como fuerza de trabajo institucional, sin mayores preocupaciones por sus necesidades y expectativas, y sin proveerles un ambiente adecuado para su propio desarrollo integral. Nuevamente, son los convenios de gestión el ejemplo ideal, pues de la forma en que se redactan y evalúan, parecen poner todo su énfasis en los mecanismos de producción, sin mayores consideraciones para la sensibilización e identificación de los trabajadores de la salud con los compromisos adquiridos (Carpio, R, Villalobos A, 2001)

Segun un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997), el desempeño de los centros de salud sigue siendo insatisfactorio en la mayor parte del mundo, provocando discrepancias con el potencial que se detecta cuando se hacen las evaluaciones

En el Distrito de Changuinola la situación no ha sido diferente. Los primeros intentos de evaluación se dieron en el ámbito de los programas de salud, donde una persona responsable tenía que hacer frente a una comisión o coordinador del ámbito nacional, y dar cuenta del quehacer del periodo inmediatamente anterior, usualmente un año, de manera cuantitativa (Rodríguez y Flores, 1995)

Con la introducción del Análisis de Desempeño del Equipo Local de Salud (ADELS) y la separación administrativa de la Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINS) en el año 1995, se hizo énfasis en los principios de equidad, eficiencia, eficacia y calidad en la atención, favoreciendo la creación de equipos de trabajo y sustituyendo la palabra evaluación por análisis, a fin de reducir la resistencia de los colaboradores. Este proceso continuó durante dos años, tiempo en el que se identificó claramente la necesidad de capacitar a los líderes formales en algunos aspectos gerenciales necesarios para aumentar el desempeño en las instalaciones (Rodríguez A , 1995 y 1996)

Algunos equipos locales, como el del Centro de Salud Randolph Da'Costa, ubicado en Finca 30 y el Antonio Preciado, en Finca 60, ambos del distrito de Changuinola, tuvieron la oportunidad de desarrollar todo el proceso de ADELS y además tener actividades complementarias, realizadas con el

patrocinio de organismos internacionales, que hacían énfasis en el mantenimiento de la motivación de los funcionarios y en la participación activa de la comunidad, actividades que resultaron ser complementarias mientras se dio el aporte económico de los donantes (Morales O , 1997, Morales O , y Rodriguez A , 1998, Mosaquites A y Rodriguez A , 1998 y 1999)

Debido a los cambios quinquenales en las políticas del MINSA, este trabajo se discontinuó, y demostró su falta de sostenibilidad al desaparecer las estructuras implementadas, tales como los comités de calidad y de investigación en los centros de salud, y los que se integraron con miembros de la comunidad, tales como los del proyecto Plagsalud (1996 – 1999)

En el año 2003, por asignación estudiantil de la cátedra de Administración de los Servicios de Salud de la Maestría en Salud Pública del Centro Regional Universitario de Bocas del Toro, se realizó una Evaluación del Desarrollo Gerencial (EDG) de todos los centros de salud del distrito de Changuinola, cuyos resultados mostraron que, en general, cuatro de las cinco instalaciones visitadas se encontraban en una etapa inicial de Desarrollo Gerencial. El Silencio, Antonio Preciado, Caby Rodríguez y Las Tablas, mientras que el Randolph Da'Costa tenía la mayoría de los aspectos evaluados que estaban en etapa de crecimiento (CRUBO 2003)

Esto nos motivó a pensar que el énfasis realizado en las capacitaciones y proyectos llevados a dicha instalación debían haber tenido algún efecto en el proceso de trabajo que se realizaba, ya que los colaboradores estaban

empoderados en sus diversas funciones y esto facilitaba el trabajo del gerente del centro de salud

En el año 2005 se firma el primer Convenio de Gestión de la Región de Salud de Bocas del Toro con el MINSA para la provisión de servicios de salud, que formaliza, por escrito, la vuelta a los conceptos de descentralización gerencial y financiera, la eficiencia, la eficacia y la calidad y la participación del sector privado y la comunidad en el autocuidado de la salud. Se hace énfasis en la gestión local, en el cumplimiento de los indicadores pactados y en la financiación de las actividades por la vía del presupuesto general del Estado (MINSA Bocas del Toro, 2006)

La evaluación del Convenio de Gestión Regional (CGR) es cuali-cuantitativa, ya que algunos indicadores se miden con una escala cualitativa, mientras que la producción pactada es eminentemente cuantitativa, y es la que tiene mayor peso en el cumplimiento

El CGR menciona en una de sus cláusulas que

*"El Proveedor estará obligado a ( )  
7 Mejorar los niveles de eficiencia en el ejercicio de las funciones, sin menoscabo de la calidad de la provisión de los servicios de salud a la población y al ambiente "* (CGR, 2006)

de lo cual se intuye que se refiere a mejorar la capacidad gerencial en la Región de Bocas del Toro, pero, notese que el verdadero énfasis está en la productividad, coartando desde el inicio la responsabilidad institucional de brindar oportunidades de crecimiento administrativo a sus líderes

Puesto que ya en el año 2003 teníamos una EDG que indicaba que al menos un centro de salud en Changuinola, el Randolph Da'Costa mantenía una direccionalidad hacia el crecimiento gerencial, y teniendo en cuenta el énfasis en la evaluación cuantitativa que se hace en el CGR, nos propusimos determinar si habría alguna diferencia entre los indicadores de rendimiento y desempeño de dos instalaciones en diferentes etapas de desarrollo gerencial

Esto es importante, ya que aportaría nuevos elementos para desarrollar los compromisos que debe adquirir el ente financiador, en este caso el MINSA, con los recursos humanos responsables de cumplir lo pactado en el CGR, y al mismo tiempo, sustentaría la necesidad de mantener un sistema de educación continuada y permanente, orientado hacia las necesidades institucionales, y de acceso basado en méritos para todo el personal

El estudio también aporta una diferenciación necesaria entre dos tipos de indicadores que suelen manejarse indistintamente en el CGR los de rendimiento y los de desempeño, ya que el cumplimiento de los primeros no implica necesariamente el de los segundos (Lizarzabal, M 2003)

De no realizarse este estudio, se privaría a los Gerentes Superiores del MINSA de acceder a ciertos elementos sustentadores de una posible modificación en el esquema tradicional de evaluación del desempeño en los CGR, basado puramente en elementos cuantitativos, sin considerar el efecto que causan en ellos los aspectos cualitativos, que finalmente son los que componen el ambiente y la cultura organizacional, en donde interactúan las personas que ejecutan las actividades

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Evolución de la Organización.**

El Desarrollo Gerencial se basa en el concepto de que las organizaciones atraviesan por varias etapas de desarrollo a medida que crecen, se fortalecen y maduran. Comprender estas etapas puede ayudar a evaluar sistemáticamente las posibilidades gerenciales de una organización y adoptar medidas para fortalecer la capacidad gerencial y lograr la sustentabilidad de la organización (Flores, M., 2000)

A medida que las organizaciones crecen, evolucionan a lo largo de un proceso continuo de desarrollo gerencial que se caracteriza por etapas de desarrollo muy claras. Las organizaciones atraviesan por estas etapas a un ritmo diferente y tienden a permanecer en una etapa de desarrollo en particular hasta que la organización logre desarrollar una combinación de buenos sistemas gerenciales y administradores y personal bien capacitados y capaces de utilizar los sistemas en forma efectiva.

Es importante comprender que una organización se encontrará a menudo en diferentes etapas de desarrollo en lo que se refiere a los diferentes tipos de sistemas o habilidades gerenciales. Esto es de esperar, ya que se habrá prestado más atención a algunos sistemas que a otros a medida que la organización se desarrolla. Por ejemplo, a menudo los donantes externos se aseguran de instituir prácticas de administración financiera antes de que la organización considere el desarrollo de sistemas de recursos humanos. En dicho

caso, los sistemas de administración financiera podrían encontrarse en una etapa más avanzada de desarrollo que los sistemas de recursos humanos

Se pueden reconocer tres etapas distintas y diferenciadas de desarrollo en la organización, conocidas como inicial, de crecimiento y de madurez

### **2 1.1 La Etapa Inicial**

Es el período formativo de una organización cuando esta se establece por primera vez. Generalmente se caracteriza por concentrarse en una sola actividad del programa. A menudo, las organizaciones en su etapa inicial están dirigidas por un líder fuerte o por un fundador que generalmente no delega las decisiones al personal y tampoco deja que este participe en la toma de decisiones.

El sistema gerencial es muy elemental. A menudo la organización en su integridad depende demasiado de los aportes externos. A pesar de que cuenta con una declaración de la misión formulada por los fundadores o por un mandato o acta de constitución, generalmente los objetivos son determinados por el donante externo y a menudo la organización trata de mantener una sola fuente de financiamiento en particular.

Debido a que la mayor parte de las organizaciones que se encuentran en su etapa inicial dependen de fuentes externas para obtener sus materiales y fondos, éstas establecen sistemas administrativos básicos para cubrir las necesidades de los aportadores. Las principales funciones de los sistemas consisten en cumplir con los requerimientos de rendición de informes de los que aportan los recursos (generalmente para informar

en que forma están utilizándose y si la organización está logrando los objetivos formulados por el donante)

El número de personas que integra el personal es generalmente reducido y las responsabilidades no están claramente diferenciadas entre los administradores y de los miembros del directorio. Hay muy pocos sistemas para el manejo de recursos humanos en funcionamiento (tales como políticas referentes al personal, descripciones de los diferentes cargos y evaluaciones del desempeño)

### **2.1.2 La Etapa de Crecimiento.**

Una vez que una organización logra éxito al aumentar su credibilidad y satisfacer los requerimientos de sus fuentes externas de financiamiento más importantes, a menudo se la considera como una buena inversión. Otros donantes internacionales buscan este tipo de organización para canalizar los recursos financieros disponibles. De modo que, en esta etapa, el número de proyectos se multiplica, el personal crece y los roles y responsabilidades se tornan más diferenciados a medida que las actividades se vuelven más complejas.

La planificación es cada vez más importante para la toma de decisiones acerca de las múltiples necesidades de los programas y para cumplir con los requerimientos de los diferentes donantes. En esta etapa, la presión externa sigue siendo un factor importante para decidir que proyectos se llevarán a cabo y a menudo la organización reacciona ante las

oportunidades que se le ofrecen, aceptando lo primero que se le presenta. Las organizaciones más progresistas comienzan a tomar decisiones estratégicas acerca del alcance de los servicios y a considerar los programas de largo plazo en lugar de los de corto plazo.

A medida que comienza a crecer el personal para implementar nuevos programas, los sistemas gerenciales informales ya no son adecuados. Los sistemas gerenciales comienzan a fortalecerse para facilitar la comunicación y a definir con mayor claridad los escalafones de autoridad y las responsabilidades de supervisión. En forma similar, al contar con un mayor número de programas para implementar, se da un énfasis cada vez mayor al monitoreo de los recursos y materiales financieros así como a la evaluación de los resultados del programa.

### **2.1.3. La Etapa de Madurez**

En esta etapa las organizaciones tienden a ser de gran tamaño, han logrado expandir exitosamente sus programas y servicios, han desarrollado sus habilidades gerenciales y han logrado un nivel de rendimiento significativo. Han tenido éxito en atraer personal altamente calificado y los administradores de mayor jerarquía han comenzado a delegar sus responsabilidades más importantes y la toma de decisiones al resto del personal.

En esta etapa las organizaciones cuentan con una misión clara. Emplean la planificación estratégica para decidir acerca de las metas, los servicios

y los clientes. A pesar de que todavía son necesarios los recursos externos, la organización es más independiente, resiste las presiones externas y hasta puede rechazar fondos si los requisitos para el uso de ellos no son compatibles con su misión.

La planificación estratégica y operativa se convierte en sistemas administrativos primarios. La misión y las metas de la organización se re-evalúan periódicamente para determinar su idoneidad y consistencia con el medio político y las posibilidades de financiamiento. La planificación financiera se torna tan importante como la planificación de los programas. Cuanto más se involucra la organización en la planificación estratégica, es más capaz de adecuar sus habilidades a sus estrategias, preocupándose más de desarrollar la capacidad tanto de sus empleados como de sus sistemas gerenciales. La organización también toma conciencia del ambiente, planifica para el futuro y enfatiza cada vez más el control de costos, la recuperación de costos, el control de la calidad y la diversificación del financiamiento con el fin de lograr la sustentabilidad.

## **2.2. El Desarrollo Gerencial**

El campo de la salud está cambiando rápidamente. Estos cambios, en conjunción con un mayor énfasis en el desarrollo sostenible y la asignación más cuidadosa de los escasos recursos de los donantes y del gobierno mediante convenios de gestión, han hecho que los Gerentes se den cuenta que tienen que mejorar sus habilidades y los sistemas administrativos en sus organizaciones.

Para poder lograr la sustentabilidad de una organización, los administradores de hoy en día necesitan formular y responder preguntas clave sobre como ellos y la gente con la cual trabajan, tanto directa como indirectamente, funcionan como equipo y cuan bien apoyan su trabajo los sistemas gerenciales y administrativos. También se necesita considerar la capacidad gerencial general de la clínica, el hospital o programa en el cual se prestan los servicios e identificar los puntos fuertes y débiles para recomendar y adoptar medidas con el objeto de mejorar la habilidad de la organización para hacer frente a los retos de la demanda.

Conocer la etapa en la que se encuentra el Desarrollo Gerencial de la organización en su conjunto es útil para

- Fijar metas claras para mejorar las habilidades gerenciales de la organización
- Determinar en qué punto se encuentra cada área administrativa dentro del proceso continuo de Desarrollo Gerencial (podría descubrir que la organización está en una etapa en un área administrativa y en una etapa anterior o posterior en otra)
- Tomar decisiones responsables en lo que se refiere a los sistemas y recursos necesarios para mover a la organización de una etapa a la próxima
- Estimar el tiempo que se requiere para progresar, considerando las fuentes disponibles y el esfuerzo que se puede realizar razonablemente para mejorar las habilidades gerenciales

- Decidir racionalmente como invertir los recursos limitados para mejorar las deficiencias
- Proporcionar información objetiva para lograr el apoyo de todos los colaboradores con miras a mejorar las habilidades gerenciales
- Determinar en qué forma se pueden utilizar mejor las oportunidades de capacitación y asistencia técnica para promover el desarrollo de la organización en general
- Generar información de base que le permita determinar cuán exitosos han sido sus esfuerzos de desarrollo gerencial a lo largo del tiempo
- Determinar si su programa tiene la capacidad gerencial para añadir nuevos servicios y ampliar los servicios existentes que proporciona para aumentar las coberturas

### **2.3. Evaluación del Desarrollo Gerencial (EDG)**

#### **2 3 1. Selección de áreas administrativas clave**

En primer lugar debe decidir cuáles son las áreas administrativas más críticas de la organización. Generalmente estas incluyen las habilidades y sistemas necesarios para que ella funcione bien, tales como la planificación y el liderazgo, la estructura y los sistemas y las políticas operativas que tienen influencia sobre las comunicaciones, la supervisión, la delegación y la toma de decisiones.

Las seis áreas administrativas más importantes suelen ser

- Misión y Planes,
- Liderazgo,

- Estructura de la Organizacion y Lineas de Comunicacion,
- Administración Financiera,
- Manejo de Recursos Humanos,
- Participacion Comunitaria

CUADRO I DESCRIPCIÓN E INDICADORES DE MEDICIÓN PARA LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS CLAVE

Áreas Administrativas	Razón de Su Importancia	Indicadores Gerenciales
Misión y Planes	Constituyen elementos esenciales para aprovechar al máximo las oportunidades actuales y futuras con miras a mejorar la calidad, fortalecer la demanda y aumentar las coberturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de la Misión de la Organización</li> <li>• Formulación de los Objetivos del Programa</li> <li>• Planificación Anual y de Largo Plazo</li> </ul>
Liderazgo	Es esencial para que todo el personal de la organización se esfuerce en lograr la misión y las metas planteadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de Decisiones y Delegación</li> <li>• Introducción de Cambios</li> <li>• Experiencia y Competencia de los Dirigentes</li> </ul>
Estructura de la Organización y Líneas de Comunicación	Para coordinar las actividades y producir y compartir la información necesaria para todas las funciones y decisiones de nivel gerencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura de la Organización</li> <li>• Prácticas Administrativas Formalizadas</li> <li>• Rendición de Informes</li> <li>• Comunicaciones Externas</li> </ul>
Administración Financiera	Fortalecen la confianza de los que aportan, de los Directores y del personal en lo que concierne a la estabilidad financiera de la organización y al potencial de desarrollo futuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos Financieros y Contables</li> <li>• Estabilidad Financiera</li> </ul>
Manejo de Recursos Humanos	El reclutamiento, la supervisión, la capacitación y el desarrollo del personal administrativo y técnico del programa o instalación, son esenciales para la implementación exitosa de las estrategias y actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripciones de los Cargos y Responsabilidades</li> <li>• Supervisión del Personal</li> <li>• Capacitación y Desarrollo del Personal</li> <li>• Políticas Referentes al Personal</li> </ul>
Participación Comunitaria	Aumenta la posibilidad de que se identifiquen metas y enfoques aceptables y realistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuciones de la Comunidad</li> <li>• Membresía</li> </ul>

Fuente Management Sciences for Health, 2001

**CUADRO I DESCRIPCIÓN E INDICADORES DE MEDICIÓN PARA LAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS CLAVE**

<b>Áreas Administrativas</b>	<b>Razón de Su Importancia</b>	<b>Indicadores Gerenciales</b>
Mision y Planes	Constituyen elementos esenciales para aprovechar al máximo las oportunidades actuales y futuras con miras a mejorar la calidad, fortalecer la demanda y aumentar las coberturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaracion de la Misión de la Organizacion</li> <li>• Formulacion de los Objetivos del Programa</li> <li>• Planificacion Anual y de Largo Plazo</li> </ul>
Liderazgo	Es esencial para que todo el personal de la organizacion se esfuerce en lograr la mision y las metas planteadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de Decisiones y Delegacion</li> <li>• Introducción de Cambios</li> <li>• Experiencia y Competencia de los Dirigentes</li> </ul>
Estructura de la Organizacion y Lineas de Comunicacion	Para coordinar las actividades y producir y compartir la información necesaria para todas las funciones y decisiones de nivel gerencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura de la Organizacion</li> <li>• Prácticas Administrativas Formalizadas</li> <li>• Rendición de Informes</li> <li>• Comunicaciones Externas</li> </ul>
Administracion Financiera	Fortalecen la confianza de los que aportan, de los Directores y del personal en lo que concierne a la estabilidad financiera de la organizacion y al potencial de desarrollo futuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos Financieros y Contables</li> <li>• Estabilidad Financiera</li> </ul>
Manejo de Recursos Humanos	El reclutamiento, la supervision, la capacitación y el desarrollo del personal administrativo y tecnico del programa o instalacion, son esenciales para la implementacion exitosa de las estrategias y actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripciones de los Cargos y Responsabilidades</li> <li>• Supervision del Personal</li> <li>• Capacitación y Desarrollo del Personal</li> <li>• Políticas Referentes al Personal</li> </ul>
Participación Comunitaria	Aumenta la posibilidad de que se identifiquen metas y enfoques aceptables y realistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuciones de la Comunidad</li> <li>• Membresía</li> </ul>

Fuente Management Sciences for Health, 2001

### **2 3.2. Medición de la EDG**

Para determinar la etapa de Desarrollo Gerencial en la cual se encuentra la organización, se utiliza un cuestionario cualitativo, con preguntas orientadas hacia los indicadores propuestos, la cual, una vez analizada, proporciona los elementos para ubicarla en un mapa de Desarrollo Gerencial, de manera general y por departamento o programa

Estos resultados se resumen y se presentan al Gerente y los colaboradores, con el fin de que confeccionen un plan de acción para mejorar los aspectos en los cuales el Desarrollo Gerencial no sea el esperado

### **2 3 3. Implementación del Plan de Acción**

El proceso de Desarrollo Gerencial constituye una empresa de gran envergadura en lo que respecta al cambio en el ámbito de la organización. A pesar de que el mejoramiento de las habilidades gerenciales es una meta muy deseable, como ocurre con cualquier cambio potencial, generará cierto grado de resistencia. Además, hay un costo vinculado al mejoramiento de las habilidades gerenciales. Es posible que se requiera la introducción de nuevos equipos, capacitar al personal y reducir el ritmo de las actividades de los programas durante el tiempo que la atención de la organización se concentre en mejorar su capacidad gerencial. Para salvar estos obstáculos con éxito es necesario

**2.3 3 1. Asegurar el compromiso de los dirigentes** los dirigentes de la organización deberían ser los encargados de llevar

adelante los esfuerzos Podria ser el Director de la instalacion o el responsable del programa y contar también con el apoyo de las personas interesadas mas importantes A medida que se toman los pasos necesarios para mejorar las habilidades gerenciales, habra que tomar muchas decisiones difíciles en lo que se refiere al uso de los recursos humanos y financieros Sin el compromiso y la cooperacion activa de los dirigentes, los esfuerzos perderan fuerza o no se tomarán en serio

**2.3.3.2 Fijar las prioridades para realizar mejoras.** los resultados de una EDG muestran a menudo muchos aspectos que deben ser considerados Una organizacion no puede hacer frente a todas las debilidades al mismo tiempo La EDG toma como punto central los aspectos mas practicos y que pueden ser logrados dados los recursos humanos y financieros disponibles asi como las áreas prioritarias donde las mejoras pueden llevar efectos multiples Por ejemplo, el mejoramiento de los sistemas de informacion gerencial puede tener un efecto simultaneo sobre los sistemas financieros Las mejoras en ambos sistemas afectaran su capacidad de planificación y monitoreo y le permitirán pensar acerca del mejoramiento del desempeño de su programa y la eficiencia de los costos Al mejorar el

desempeño y la eficiencia, puede lograrse un aumento en las coberturas y el cumplimiento de los objetivos de los convenios de gestión organizacionales

**2 3 3 3 Permitir el tiempo suficiente para desarrollar las habilidades gerenciales** las expectativas realistas son a menudo la clave del éxito en el ámbito gerencial. A pesar de que se podría esperar que una determinada organización madure con bastante rapidez, el cambio sostenido toma tiempo. Las mejoras a menudo aumentan paulatinamente y se acumulan. Un marco de tiempo realista evitara desengaños innecesarios durante el periodo que se requiere para introducir, probar y aplicar nuevas habilidades y sistemas antes de que se vea el impacto sobre el desempeño y la calidad de los servicios

## **2 4 El Modelo Europeo de Excelencia**

Existen otros enfoques cuali-cuantitativos para la medición del desarrollo gerencial y su integración en los sistemas de evaluación existentes. La metodología propuesta por la Fundación Europea para la Administración de Calidad (European Foundation for Quality Management, EFQM por sus siglas en inglés) tiene un enfoque basado en la búsqueda de calidad en la gestión y mejoramiento en los resultados de la organización. Se fundamenta en una

revisión sistemática de los procesos internos que la conforman así como la medición del rendimiento y desempeño individual y de grupo

El modelo europeo de excelencia *EFQM* fue creado en 1988 de la mano de 14 de las más importantes empresas europeas, industriales y de servicios, para potenciar la obtención de ventajas competitivas para Europa a partir de la aplicación de la gestión total de la calidad (TQM). De aquí surge el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad en 1991 para promover la competitividad (la efectividad en la solución de problemas) en una organización. Esto se logra mediante el desarrollo de un proceso de diagnóstico de las prácticas de gestión y de medición de resultados de una organización, culminando con la ejecución de un plan de acción para mejorar el desempeño de una empresa en forma integral.

En 1999 se produjo un cambio importante en la estructura del modelo y se dio mayor énfasis a las alianzas estratégicas, planteando una nueva matriz de puntuación denominada RADAR (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión), más próxima conceptualmente a la clásica metodología PDCA (*plan, do, check, action*) esbozada por Dever y que se ha convertido en la base de la mejora de la calidad (Guix 2005).

Su estructura general se fundamenta en criterios para dirigir la calidad dentro de la gestión, con categorías de análisis facilitadores y resultados. El EFQM promueve el aseguramiento de la calidad mediante el despliegue de objetivos e indicadores para el direccionamiento de los recursos.

organizacionales hacia las metas propuestas. Dentro de los componentes del modelo se puede identificar

**2.4.1. Liderazgo** Consiste en la capacidad que tienen los coordinadores para direccionar y motivar las acciones de la organización hacia el logro de las metas comunes propuestas, de manera eficiente y oportuna.

**2.4.2. Políticas y estrategias** Las estrategias son los medios por los que se vale la organización para lograr los objetivos propuestos. Debe manifestar el enfoque de calidad en lo que se hace, puesto que tiene el propósito de trascender el clima organizacional que se fomenta dentro de la organización tomando en cuenta las variaciones del entorno en que ésta opera.

**2.4.3. Factor personas:** El mejoramiento de la calidad requiere de la participación e involucramiento del personal en todos los niveles. Es necesario aprovechar la experiencia que promueva cambios, con la apertura de espacios para la expresión de la creatividad e innovación en las formas que se efectúa el trabajo.

**2.4.4. Recursos y Alianzas** El establecimiento de alianzas significa que varias personas o grupos de personas llegan al acuerdo de comprometerse a cooperar para alcanzar objetivos comunes. Para tales efectos se conforman equipos de trabajo dispuestos a realizar su labor cada vez mejor, con el aporte de todos los involucrados en los procesos. En el ámbito externo, se identifican y contactan actores que colaboren con el desarrollo de recursos que faciliten el mejoramiento en los procesos.

**2 4 5 Procesos.** Consiste en una combinación de métodos, materiales, equipo recurso humano, medio ambiente y mediciones que interaccionan entre si para ofrecer un producto o servicio con calidad Para ello se diseñan y gestionan sistemáticamente los procesos criticos para el exito del negocio Dicho exito solo podra alcanzarse basandose en las necesidades y expectativas de los clientes

**2 4 6 Resultados de los clientes:** El conocimiento constante de los resultados obtenidos permite retroalimentar la labor que se lleva a cabo y de esta manera lograr el cumplimiento de las expectativas de los clientes Para ello resulta necesario la medicion de la percepcion que tienen los usuarios de los productos y servicios brindados Con el establecimiento de los parámetros es posible

- Prevenir y corregir las fallas en los servicios
- Mantener y mejorar la calidad
- Sostener las tendencias de mejora
- Reconocer la situacion y tomar medidas oportunas para solventar los problemas

**2 4.7. Resultados del personal.** Estos resultados favorecen las intervenciones oportunas que corrijan problemas en el clima organizacional El grado de compromiso del personal con los objetivos de la organizacion se ven afectados por la capacidad que tenga ésta de satisfacer las necesidades y expectativas del recurso humano Sin embargo, el grado de satisfaccion tiende a hacerse mas evidente con el

rendimiento, el desempeño y la calidad de los productos y servicios que genera la organización

**2.4.8. Impacto en la sociedad:** Es el componente medular de la organización. Al definir una visión y una misión se pretende alcanzar un objetivo relevante para los clientes potenciales. La única forma de saber si lo que hacemos tiene sentido, es midiendo la percepción que tiene el entorno, entendiéndose la sociedad, sobre el rol que desempeña la organización en la sociedad.

**2.4.9. Resultados de la Organización:** El seguimiento en los resultados de la organización es importante dado que una buena gestión de ellos asegura su sostenibilidad en el tiempo (CCSS, 2000)

## **2.5 Evaluación del Desempeño.**

Los procedimientos de evaluación del desempeño son tan antiguos como la relación laboral de dependencia y se han ido actualizando progresivamente. Ya en el siglo XVI, San Ignacio de Loyola utilizaba un sistema para evaluar a los jesuitas mediante informes de actividades y notas. En 1918 la General Motors diseñó un sistema de evaluación que representó una gran innovación para las empresas del sector privado (Lizarzábal, 2003)

Se define evaluación del desempeño como el proceso por el cual se valora el rendimiento laboral de un colaborador. Involucra brindar retroalimentación al trabajador sobre la manera en que cumple sus tareas y su comportamiento dentro de la organización.

El sistema tradicional de evaluación se restringió al simple juicio unilateral del jefe respecto al comportamiento funcional del colaborador. Se basaba en juzgar el rendimiento de otra persona y era una de las actividades gerenciales de mayor carga emocional ya que involucraba en alto grado la autoestima del subordinado y su desempeño posterior. Se recompensaba el esfuerzo más que los resultados y la antigüedad era altamente cuantificable, un factor central a la hora de asignar premios. Hoy, aun cuando muchas empresas o instituciones siguen funcionando de la misma forma, el sistema de evaluación ha ido evolucionando, así como ha ido evolucionando el modelo de recursos humanos. Las nuevas tendencias evalúan más que todo los resultados y la competencia, por sobre el cumplimiento de formalidades y la experiencia. De esta forma, la evaluación del desempeño pasa de una simple comprobación de si la persona realiza bien sus tareas a un medidor de clima organizacional y de las posibilidades de crecimiento.

La evaluación del desempeño ocurre ya sea que exista o no un programa formal de evaluación en la organización. Los superiores jerárquicos están siempre observando la forma en que los empleados desempeñan sus tareas y se están formando impresiones acerca de su valor relativo para la organización. La mayoría de las organizaciones grandes han creado un programa formal, diseñado para facilitar y estandarizar la evaluación de los empleados, sin embargo, la evaluación en el ámbito de los servicios de una instalación de salud resulta poco trabajada (Lizarzábal 2003).

Generalmente las organizaciones utilizan las evaluaciones de desempeño como un proceso por el cual se estima el rendimiento global del empleado. La mayor parte de los empleados procura obtener retroalimentación sobre la manera en que cumple sus actividades y las personas que tienen a su cargo. La dirección de otros empleados deben evaluar el desempeño individual para decidir las acciones que deben tomar.

Las evaluaciones informales, basadas en el trabajo diario, son necesarias pero insuficientes. Contando con un sistema formal y sistemático de retroalimentación, el departamento de personal puede identificar a los empleados que cumplen o exceden lo esperado y a los que no lo hacen. Asimismo, ayuda a evaluar los procedimientos de reclutamiento, selección y orientación. Incluso las decisiones sobre promociones internas, compensaciones y otras más del área del departamento de personal dependen de la información sistemática y bien documentada disponible sobre el empleado.

Además de mejorar el desempeño, muchas compañías utilizan esta información para determinar las compensaciones que otorgan. Un buen sistema de evaluación puede también identificar problemas en el sistema de información sobre recursos humanos. Las personas que se desempeñan de manera insuficiente pueden poner en evidencia procesos equivocados de selección, orientación y capacitación, o puede indicar que el diseño del puesto o los desafíos externos no han sido considerados en todas sus facetas.

Una organización no puede adoptar cualquier sistema de evaluación del desempeño. El sistema debe ser válido y confiable, efectivo y aceptado. El

enfoque debe identificar los elementos relacionados con el desempeño, medirlos y proporcionar retroalimentación a los empleados y al departamento de personal (Mora C 2007)

## **2.6. La Productividad.**

La productividad, (también llamada eficiencia técnica por los economistas), la eficiencia y la eficacia son conceptos utilizados equivocadamente como sinónimos. Scout define la productividad como la relación entre insumos y productos, mientras que la eficiencia sería el costo por unidad de producto (Scout en Lizarzabal M , 2003)

En el caso de los servicios de salud, la medida de productividad estaría dada por el número de consultas otorgadas por el recurso nuclear del servicio en estudio (médico, odontólogo o enfermera) en el horario laborado. De hecho, Ribeiro y Camargo (1993) destacan para la productividad en los servicios de salud, los conceptos de los insumos (recursos con los cuales se trabaja), el proceso (actividad, manera como se trabajan los insumos), el producto (lo que es producido) y el resultado (el impacto producido)

La eficiencia se mediría a partir del costo por consulta, que estaría integrado no solo por el tiempo dedicado por el profesional a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos empleados y el tiempo del personal que ayuda en el procedimiento, entre otros

La efectividad o eficacia, por su parte, se define como el logro exitoso de objetivos establecidos. Así es posible conseguir eficacia con una baja o con una alta productividad o eficiencia. Igualmente, se puede ser altamente eficiente o productivo sin haber sido efectivo. Es importante destacar este último concepto, en tanto que una de las expresiones de la eficacia es la calidad. De esta manera, la calidad se relaciona no sólo con los costos y la productividad o eficiencia, sino que forma parte del concepto de eficacia, a diferencia de los otros dos. Por lo tanto, productividad es hacer las cosas, eficiencia es hacer las cosas bien, mientras que la eficacia es hacer las cosas debidas (Lizarzabal, M 2003, Mora C , 2007)

Desde un punto de vista algebraico, la productividad (P) es la capacidad de producción de un trabajador (W) ajustada por su tasa de ocupación (K), que representa la proporción de uso de su jornada de trabajo dedicada a producir (Dal Poz et al, 1998)

$$P = (W) \times (K)$$

$$K = \frac{\text{horas trabajadas}}{\text{horas contratadas}}$$

Con esta ecuación, se puede observar que la productividad será máxima, o sea, igual a la capacidad de producción, cuando no hayan tiempos ociosos, y, en este caso,  $K = 1$ , o sea, 100% del tiempo del trabajador será dedicado a la

producción, sin reducciones en la jornada de trabajo por parte del trabajador (como ausencias o permisos), o por parte de la organización (como la falta de insumos o daños en el equipo) Es menester recalcar que la capacidad de producción y la productividad de un trabajador pueden medirse aunque no exista una norma de producción

Algunos problemas relacionados con la productividad suelen ser una productividad débil, es decir, la sub-utilización de la capacidad disponible, la productividad excesiva, por ejemplo, atender un paciente cada dos minutos, o la productividad inapropiada, como la inducida mediante la remuneración de honorarios por servicios prestados y que se podría convertir en uno de los incentivos perversos de los convenios de gestión (England R , 2002)

## **2.7. El Desempeño**

El desempeño es el estilo de trabajo observado en los individuos dentro de una organización, para la consecución de las metas propuestas y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada unidad que realiza la actividad, donde el término unidad puede referirse a un individuo, un equipo, un departamento o una sección de una organización (Mora 2007)

El desempeño del personal de salud tiene cuatro dimensiones

**2.7.1 Cobertura** es el grado en que el personal de salud suministra los servicios necesarios a los diversos subgrupos de la población

**2.7.2 Productividad** que se refiere a los resultados extraídos de los insumos dados

**2.7.3 Calidad técnica** es el grado en el cual los proveedores producen servicios según las normas profesionales usuales

**2.7.4 Calidad de servicio** es el grado en el cual los proveedores producen servicios que son aceptables a los usuarios, que satisfacen sus expectativas y que están organizados de manera que los hacen accesibles, social y culturalmente (Dussault, G 2006)

Un punto de interés cardinal para el logro de un mejor desempeño en salud pública es determinar si la satisfacción laboral conduce a un mejor desempeño o si, por el contrario, es el mejor desempeño lo que conduce a mejores niveles de satisfacción. La posibilidad de elevar el nivel de satisfacción de los trabajadores del sistema depende de que las retribuciones y estímulos se ajusten a las expectativas.

Si un mejor desempeño laboral conduce a compensaciones y estímulos más altos, y si en la opinión de los trabajadores la compensación y los estímulos son justos y racionales, aumentará el nivel de satisfacción tanto de prestadores como de la población que recibe el servicio. Por otra parte una política inadecuada de estímulos puede conducir a la insatisfacción. En cualquiera de los dos casos, la satisfacción se convierte en retroalimentación que afecta la

imagen propia y la motivación de continuar desempeñándose mejor (Segredo A y Reyes, D 2004)

Para medir el desempeño, se utilizan indicadores de desempeño. Estos indicadores deben ayudar a la gerencia para determinar cuán efectiva y eficiente es la labor de los empleados en el logro de los objetivos, y por ende, el cumplimiento de la misión organizacional. Asimismo, deben estar incorporados en un sistema integral de medición del desempeño que haga posible el seguimiento simultáneo y consistente en todos los niveles de la operación de la institución, desde el logro de sus objetivos estratégicos al más alto nivel hasta el desempeño individual de cada gerente y colaborador (Mora 2007)

El desempeño de un trabajador (**D**), se define como el cociente entre su capacidad de producción (**W**) y la norma respectiva (**W\***) (Dal Poz et al, 1998)

$$D = \frac{W}{W^*}$$

Así, si un enfermero tiene la capacidad de aplicar 10 vacunas por hora, y la norma es de 12 vacunas por hora, su desempeño será del 83%

## 2.8 El Rendimiento

El rendimiento consiste en el número de consultas y/o procedimientos realizados en el horario trabajado según la norma de producción (Lizarzábal, 2003, Dal Poz, 1998). El rendimiento es un concepto asociado a la cantidad de

trabajo que se espera que realicen los equipos locales de salud en un tiempo determinado (Mora, C 2007)

Dos elementos son primordiales para el rendimiento son el tiempo dedicado a la producción y la norma de producción. Durante el horario contratado, el trabajador tiene ciertos espacios que no se dedican a la atención directa de los pacientes, como por ejemplo el horario de almuerzo, el descanso para el café, ausencias del consultorio para propósitos específicos (firmar la asistencia, ir al baño o atender el teléfono), tiempo dedicado a docencia, investigación o actividades administrativas, entre otros. Ese tiempo no debería ser contado como horas trabajadas para efecto del cálculo de este indicador.

Por otro lado, la norma de producción es la productividad esperada por parte del contratante, o bien es el resultado deseado efectivamente obtenido y que se supone ayudará a lograr los objetivos institucionales en cuanto a coberturas e impacto,

También es necesario señalar que el tema de la evaluación del rendimiento reviste cierta polémica permanente en donde se aplica, pues es recibido con diferentes grados de aceptabilidad o desconfianza, ya sea por parte de la gestión gerencial, de los sindicatos, de los gremios internos y los trabajadores en general, respecto a que evidencie el compromiso laboral del trabajador con relación a los objetivos organizacionales (Gallardo A, 2003)

Si consideramos que existe la posibilidad de que en una jornada de trabajo se incorporen tiempos improductivos, una alternativa para tener en cuenta los efectos de la ociosidad, es el uso del concepto operativo de

rendimiento (**R**), definido como el cociente entre la productividad (**P**) y la norma de producción (**W\***)

$$R = \frac{P}{W^*}$$

Ahora, si **P** (productividad) es igual a (**W**) x (**K**), la ecuación del rendimiento puede reescribirse como

$$R = \frac{(W) \times (K)}{W^*}$$

Y, como **D** (desempeño) es igual a **W / W\***, la ecuación del rendimiento quedaría entonces definida como

$$R = (D) \times (K)$$

Así, es posible observar que el desempeño y el rendimiento de un trabajador dependen de un patrón de producción, a la vez que el rendimiento y la productividad son afectados por la tasa de ocupación de una jornada de trabajo (Dal Poz et al, 1998)

En resumen, las principales diferencias encontradas entre productividad y desempeño son las siguientes

## CUADRO II DIFERENCIAS ENTRE PRODUCTIVIDAD Y DESEMPEÑO

Aspecto	Productividad	Desempeño
Definicion	Razón entre insumo y producto	Medicion de patrones
Naturaleza	Cuantitativa	Cualitativa
Objetivo	Organizacion	Individual
Norma	No requiere	Requerida

Fuente Dal Poz, 1998,

### 2.9. Hipótesis

A partir de esta relacion de variables, podemos postular las siguientes hipótesis

- 2.9.1  $H_0$  No existen diferencias entre el desempeño y el rendimiento de las instalaciones de salud estudiadas con diferentes grados de desarrollo gerencial
- 2.9.2  $H_1$  Existen diferencias entre el desempeño y el rendimiento de las instalaciones de salud estudiadas con diferentes grados de desarrollo gerencial

## 2.10. Definición de Variables.

Pasaremos a definir las variables involucradas

### 2 10 1 Variable independiente Desarrollo Gerencial

2 10 1 1 Definición conceptual son las diferentes etapas de desarrollo por las que atraviesan las organizaciones a medida que crecen, se fortalecen y maduran

2 10 1 2 Definición operativa será la calificación obtenida por las instalaciones seleccionadas en la EDG realizada por los estudiantes de la cátedra de Administración y Planificación de los Servicios de Salud de la Maestría en Salud Pública del CRUBO

### 2 10 2 Variables dependientes

#### 2 10 2 1 Desempeño

2 10 2 1 1 Definición conceptual es el estilo de trabajo observado en los individuos dentro de una organización para la consecución de las metas propuestas

2 10 2 1 2 Definición operativa se define como el cociente de su capacidad de producción (**W**) entre la norma respectiva (**W\***)

#### 2 10 2 2 Rendimiento

2 10 2 2 1 Definición conceptual es la cantidad de trabajo que se espera que realicen los equipos locales de salud en un tiempo determinado

2 10 2 2 2 Definición operativa será el producto del desempeño (D) multiplicado por la tasa de ocupación (K).

#### 2 10 2 3 Concentración

2 10 2 3 1 Definición conceptual es la cantidad de veces que se atiende, por cupo o por citas, a un paciente nuevo en la instalación de salud

2 10 2 3 2 Definición operativa será el cociente del total de pacientes atendidos entre los pacientes atendidos por primera vez

#### 2 10 2 4 Cobertura

2 10 2 4 1 Definición conceptual es la proporción de la población bajo responsabilidad de la instalación de salud que ha sido atendida al menos una vez en un periodo de tiempo estipulado

2 10 2 4 2 Definición operativa será el cociente de la cantidad de pacientes atendidos por primera vez en el año dividido entre la población bajo responsabilidad según las proyecciones de la Contraloría General de la República

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA

### 3 1. Caracterización del área de estudio

Bocas del Toro es una de las provincias de la República de Panamá, fundada el 16 de noviembre de 1903, mediante el Decreto Ejecutivo N°18, ubicada al noroeste del país. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con la Provincia de Chiriquí, al este con la Comarca Ngobe Buglé y al oeste con la República de Costa Rica.

Tiene una superficie de 8,475 km<sup>2</sup>, que mantiene una población de 110,585 habitantes y una distancia de 493 kilómetros desde la ciudad de Panamá. Cuenta con muchos encantos naturales, por lo que es uno de los destinos turísticos preferidos. Su clima es predominantemente húmedo, lluvioso todo el año, con un relieve montañoso y ríos muy caudalosos.

El Valle de Changuinola es explotado por la agricultura masiva del banano, en la cual se concentra la mayor parte de la población indígena y negra de la provincia. Su capital es Bocas del Toro, ubicada en Isla Colon. Las islas y tierra firme están pobladas por grupos indígenas, negros y criollos que hablan inglés, la lengua ngobe y el español.

Geopolíticamente se encuentra dividida en tres distritos

- **Bocas del Toro** tiene una extensión territorial de 2,123 km<sup>2</sup>. Se subdivide en cinco corregimientos que contienen 332 lugares poblados.
- **Chiriquí Grande** con una extensión territorial de 2,627 km<sup>2</sup>, subdividida en seis corregimientos con 300 lugares poblados.

- **Changuinola** un territorio de 3,994 km<sup>2</sup>, doce corregimientos y 186 lugares poblados

En el corregimiento de Teribe, del Distrito de Changuinola, se encuentra la comunidad de Finca 30

CUADRO III POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE FINCA 30 POR SEXO PARA EL AÑO 2000

<i>Lugar Poblado</i>	<i>Total</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
<b>Total</b>	<b>4,238</b>	<b>100.0</b>	<b>1,952</b>	<b>46.1</b>	<b>2,286</b>	<b>53.9</b>
Santa Marta	257	6.1	135	6.9	122	5.3
Charagre	211	5.0	115	5.9	96	4.2
Finca 24	<b>1,655</b>	<b>39.1</b>	874	44.8	781	34.2
Finca 31	<b>370</b>	<b>8.7</b>	213	10.9	157	6.9
Finca 32	<b>1,497</b>	<b>35.3</b>	818	41.9	679	29.7
Finca 33	<b>248</b>	<b>5.9</b>	131	6.7	117	5.1

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá

Se observó que la mayor concentración poblacional está en Finca 24 y Finca 32 (75%). Todas estas comunidades están en el área de influencia del Centro de Salud Randolph Da'Costa, que ofrece una cartera de servicios que incluye, entre otros: Medicina General, Odontología General, Enfermería y Farmacia.

El cuanto a la comunidad de Finca 60, se encuentra en el corregimiento de Changuinola, del Distrito homónimo.

CUADRO IV POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD DE FINCA 60 POR SEXO PARA EL AÑO 2000

<i>Lugar Poblado</i>	<i>Total</i>		<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>	
	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>	<i>#</i>	<i>%</i>
<b>Total</b>	<b>3,441</b>	<b>100 0</b>	<b>1,847</b>	<b>56 7</b>	<b>1,594</b>	<b>66 4</b>
Finca 61	398	11 6	215	11 0	183	8 0
Finca 62	640	18 6	352	18 0	288	12 6
Finca 63	1,250	36 3	686	35 1	564	24 7
Finca 64	716	20 8	352	18 0	364	15 9
Finca 67	346	10.1	187	9 6	159	7 0
Finca 69	91	2.6	55	2 8	36	1 6

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá

Se observó una distribución más pareja de los habitantes en los diferentes lugares poblados, con la mayor concentración poblacional en Finca 63 y Finca 64 (57%). Todas estas comunidades están en el área de influencia del Centro de Salud Antonio Preciado, cuya cartera de servicios tiene, entre otros: Medicina General, Odontología General, Enfermería y Farmacia.

**3.2. Tipo de estudio** es un estudio comparativo, de alcance cuali-cuantitativo, ya que las instalaciones investigadas fueron seleccionadas en base a su EDG, que es una variable eminentemente cualitativa, y se comparan en base a su desempeño y rendimiento, que son variables cuantitativas.

**3.3. Universo** serán todos los centros de salud ubicados en el Distrito de Changuinola.

**3.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión:** los centros de salud que fueron incluidos en el universo debieron haber recibido al menos una EDG.

a partir del año 2003. Esto dejó solamente cinco instalaciones que cumplieron los criterios propuestos.

### **3.4 Muestra**

**3.4.1 Tamaño.** se tomarán dos centros de salud de los cinco posibles.

**3.4.2 Selección:** la selección se hará basados en la EDG obtenida, que debe ser la más alta y una de las más bajas. Por su parecido en cuanto a infraestructura, personal y grupos poblacionales a su cargo, se escogieron al Centro de Salud Randolph Da'Costa de Finca 30 y el Centro de Salud Antonio Preciado de Finca 60.

**3.5 Instrumento de Medición:** se realizaron las observaciones directamente en una copia electrónica de las Hojas de Trabajo del Estadígrafo (HTE) del año 2008, lo cual nos permitió obtener los datos que sirvieron para calcular, en los servicios de Medicina General, Odontología General y Enfermería, los siguientes indicadores propuestos y de los cuales obtuvimos el desempeño y el rendimiento.

#### **3.5.1. Medicina General:**

- **Consultas por hora** total de consultas / horas trabajadas
- **Concentración** pacientes atendidos / pacientes nuevos
- **Cobertura** pacientes nuevos / población meta

### **3.5.2 Odontología General**

- **Actividades por hora.** total de actividades / horas trabajadas
- **Concentración** pacientes atendidos / pacientes nuevos
- **Cobertura:** pacientes nuevos / población meta

### **3.5.3 Enfermería:**

- **Consultas por hora.** total de consultas / horas trabajadas
- **Concentración:** pacientes atendidos / pacientes nuevos
- **Cobertura:** pacientes nuevos / población meta

**3.6 Plan de Análisis de los datos:** a partir de los datos obtenidos de la HTE 2008, se utilizó el programa Microsoft Excel 2007 para programar hojas de cálculo que realizaron las operaciones matemáticas necesarias para obtener los indicadores propuestos

A los indicadores calculados, se les procesó de acuerdo a las formulas de rendimiento y desempeño, donde aplicaba cada una, para luego hacer la comparacion con la prueba t de Student para dos muestras pareadas, calculada en el programa Análisis de Datos de Microsoft Excel 2007, a fin de determinar si existen diferencias significativas entre ambas instalaciones con diferente desarrollo gerencial

Estas comparaciones se realizaron a lo interno en cada centro de salud y entre ellos, por mes y por tipo de profesional. Cuando se necesito algún punto de referencia adicional, se hizo referencia a los indicadores de concentración y

cobertura de cada instalación por tipo de profesional, los cuales se obtuvieron también de las HTE

Los resultados se presentan en forma de cuadros y gráficas estadísticas en el capítulo de resultados

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1. Tasas de Ocupación.

#### 4.1.1. Tasas de Ocupación conjuntas según instalación.

Cuadro V. TASAS DE OCUPACIÓN CONJUNTAS SEGÚN INSTALACIÓN Y CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Categoría	Tasa de Ocupación	
	Randolph D'Costa	Antonio Preciado
Medicina	0.95	0.83
Odontología	0.88	0.98
Enfermería	0.96	0.90
Prueba t	p= 0.7044	

Fuente: HTE

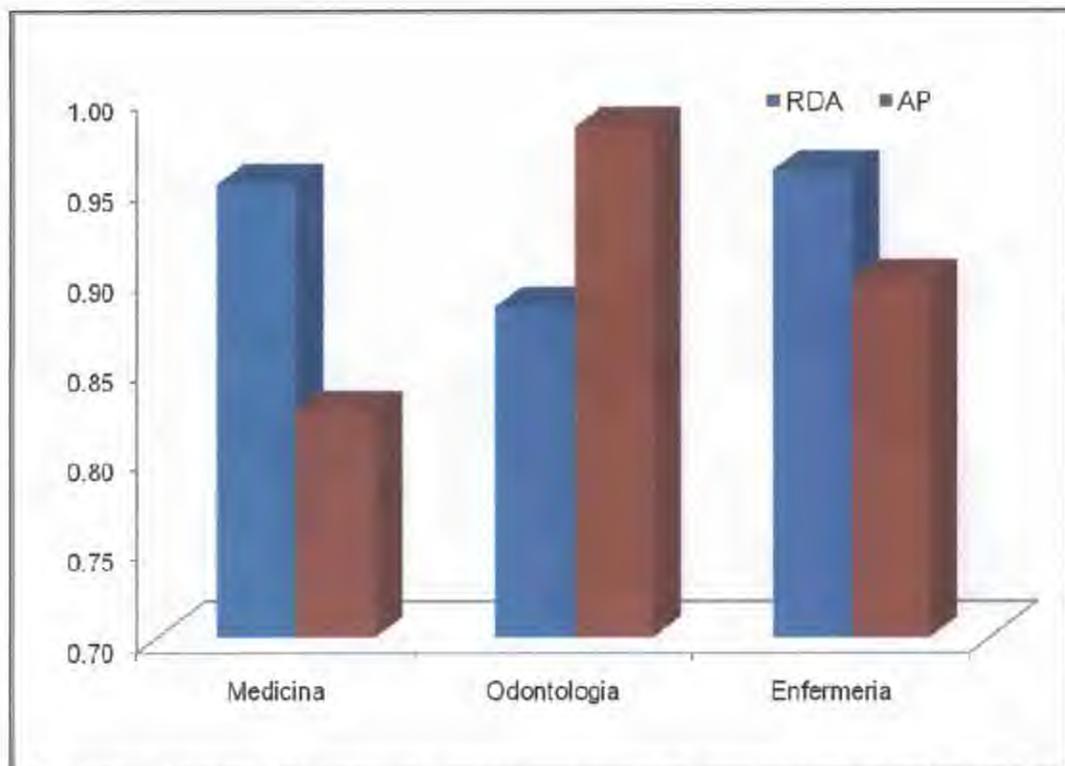


Fig. 1. Tasa de ocupación conjunta según instalación y categoría en los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

La tasa de ocupación indica la proporción del tiempo contratado que efectivamente se dedica a la producción y es un componente de la productividad

En la comparación de ambos centros de salud, el Randolph D'Costa (RDA) tenía una mejor tasa de ocupación en medicina (0.96 vs 0.83) y enfermería (0.96 vs 0.90) que el Antonio Preciado (AP), mientras que en odontología la mejor la tenía el AP (0.98 vs 0.88). Sin embargo, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas, lo que nos indica que el aprovechamiento conjunto del tiempo contratado era similar en ambas instalaciones.

#### 4.1.2. Tasas de Ocupación comparativas según categoría.

Cuadro VI TASAS DE OCUPACIÓN MENSUALES COMPARATIVAS SEGÚN CATEGORÍA EN LOS CS RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008

Mes	Categoría					
	Medicina		Odontología		Enfermería	
	RDA	AP	RDA	AP	RDA	AP
Abril	1.01	0.86	0.84	0.84	1.01	0.88
Mayo	1.01	0.96	0.97	1.10	0.96	1.02
Junio	1.07	0.91	0.81	1.00	0.71	0.76
Julio	1.01	0.86	0.89	0.94	1.00	0.85
Agosto	1.05	0.90	0.87	1.00	0.85	0.77
Setiembre	1.04	0.88	0.92	1.00	0.94	0.84
Prueba t	<b>p= 0.0005</b>		<b>p=0.0170</b>		<b>p=0.1775</b>	

Nota: RDA=Randolph D'Costa, AP=Antonio Preciado  
Fuente: HTE

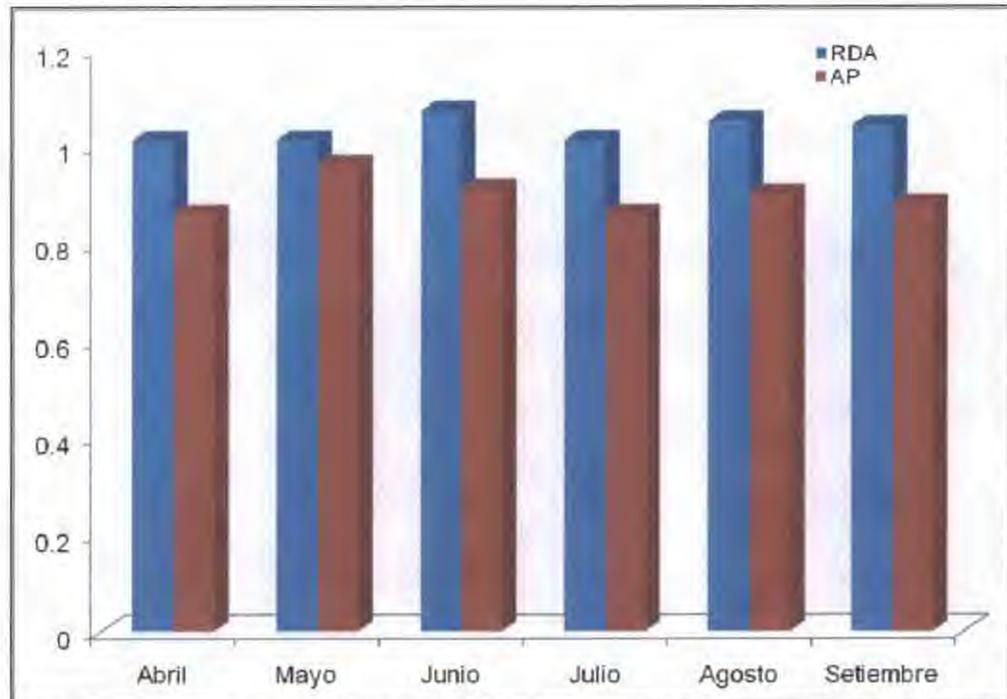


Fig. 2. Tasa de ocupación mensual comparativa entre los médicos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

La tasa de ocupación específica para medicina se encuentra con valores superiores a 1.00 durante los seis meses que se incluyeron en el estudio para el RDA, lo cual es indicativo de la costumbre de anotar como horas trabajadas el total de horas contratadas. Sin embargo, en la práctica esto no es real, ya que el médico sale al menos una vez a la semana durante cuatro horas para asistir a sesiones de docencia o reuniones administrativas, lo cual se puede observar en el indicador calculado para el AP, que se aproxima más a la realidad. La diferencia entre ambas tasas de ocupación fue estadísticamente significativa.

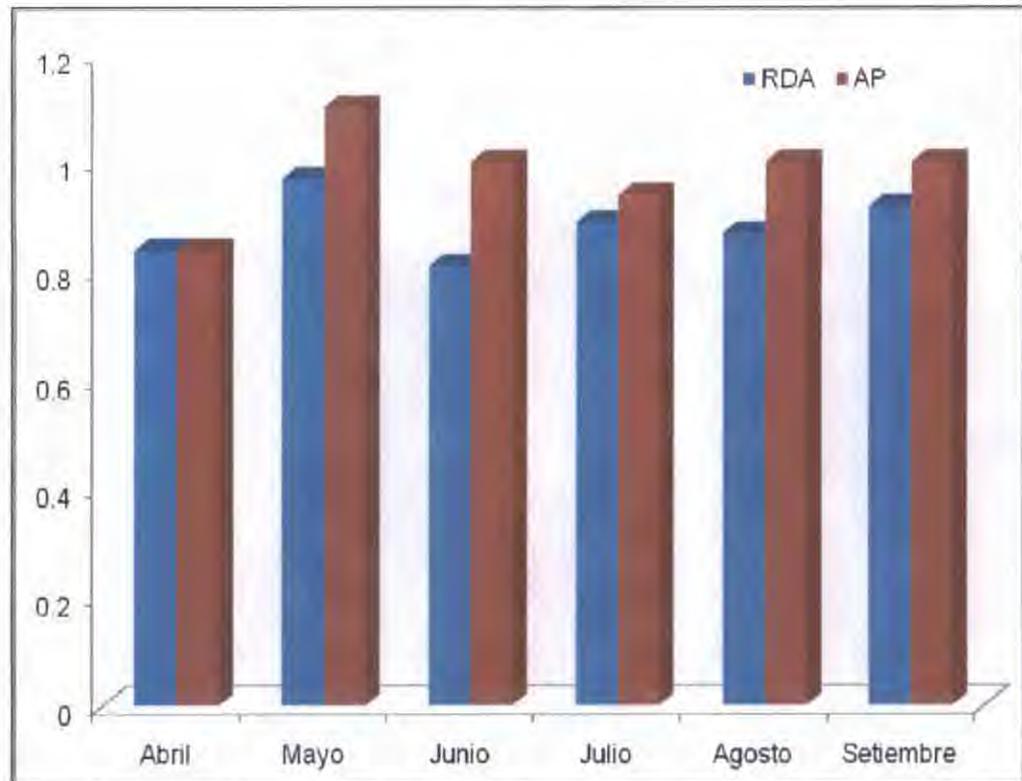


Fig. 3. Tasa de ocupación mensual comparativa entre los odontólogos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

La tasa de ocupación específica para odontología presenta un fenómeno similar al anterior, sólo que en el AP, donde sus valores se mantienen cercanos o por encima de 1.00, de lo cual se deduce que también se está anotando el tiempo contratado como trabajado a pesar de las horas destinadas a administración y docencia que ya están programadas. La diferencia observada también fue estadísticamente significativa.

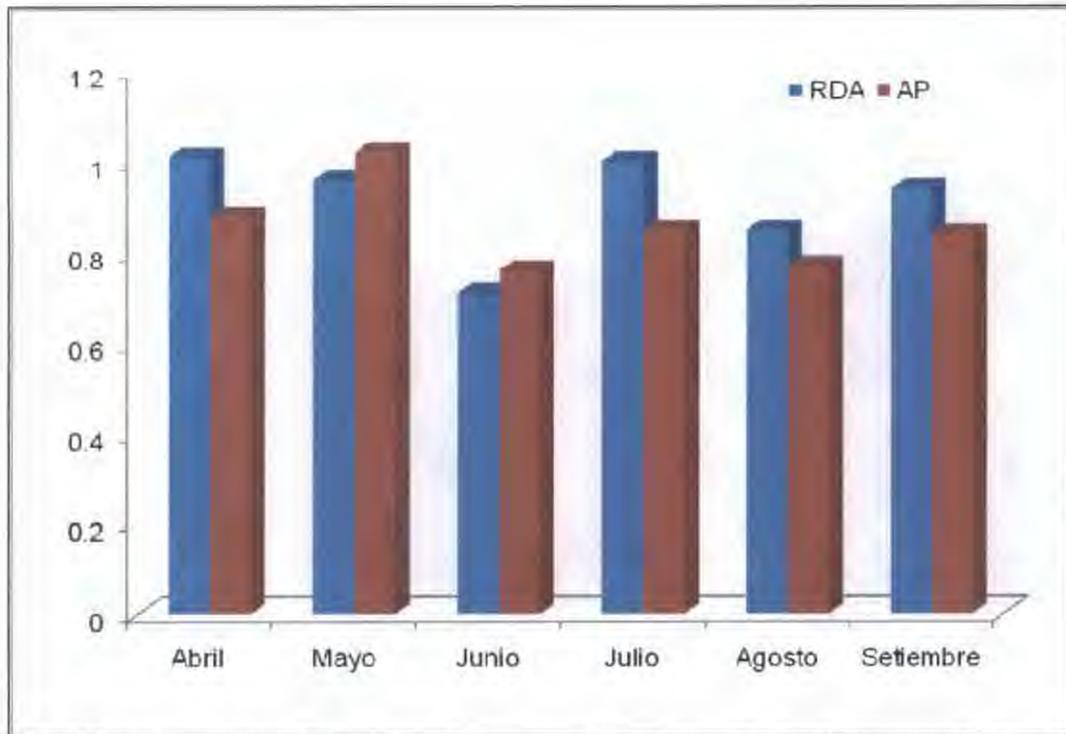


Fig. 4. Tasa de ocupación mensual comparativa entre las enfermeras de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

Nuevamente se observan tasas de ocupación que superan el valor máximo estimado (1.00) en ambas instalaciones para enfermería, lo cual es indicativo de la anotación del tiempo total contratado como trabajado, aunque su coordinación de docencia programa actividades periódicas. No obstante, el comportamiento del indicador es más homogéneo durante los meses observados y la diferencia no fue estadísticamente significativa.

## 4.2. Productividad.

### 4.2.1. Productividad conjunta según instalación.

Cuadro VII. PRODUCTIVIDAD CONJUNTA SEGÚN INSTALACIÓN Y CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Categoría	Productividad	
	Randolph D'Costa	Antonio Preciado
Medicina	1.92	1.28
Odontología	1.04	1.21
Enfermería	1.43	1.20
Prueba t	p= 0.4253	

Fuente: HTE

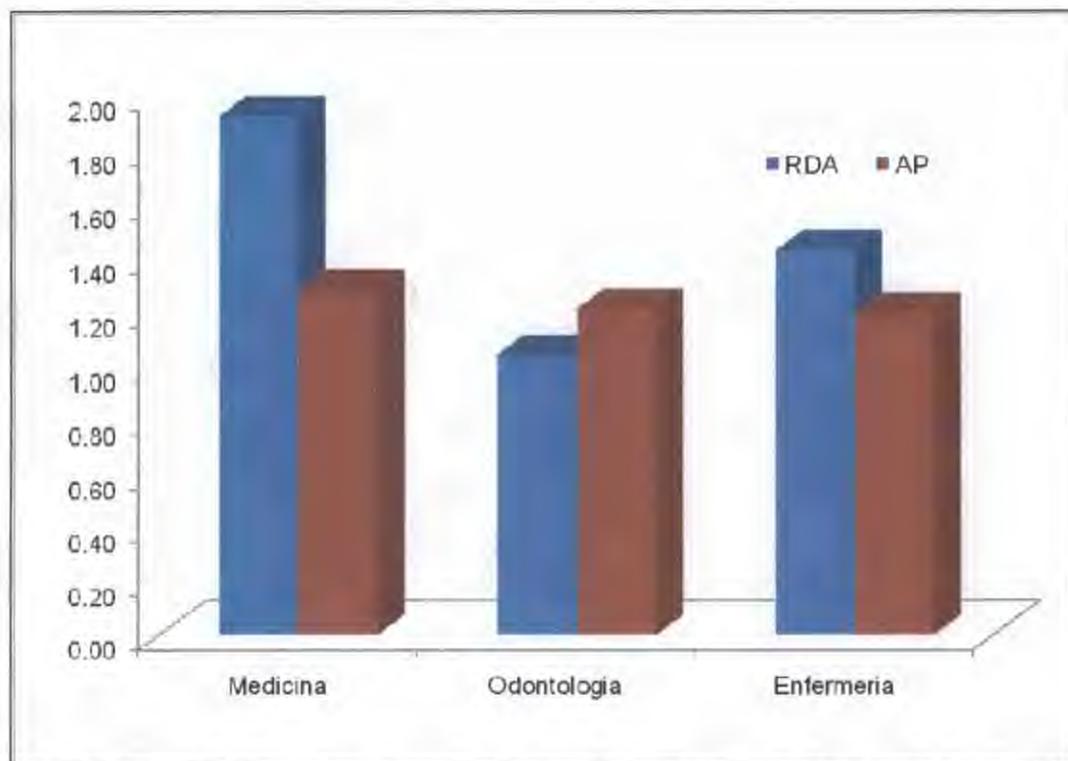


Fig. 5. Productividad conjunta según instalación y categoría en los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

Como se esperaba, al depender la productividad de la tasa de ocupación, los valores calculados son superiores en medicina (1.92 vs. 1.28) y enfermería

(1 43 vs 1 20) del RDA, mientras que el caso de odontología fue mayor en el AP (1 21 vs 1 04) Las diferencias conjuntas observadas no fueron estadísticamente significativas

#### 4.2.2 Productividad comparativa según categoría

Cuadro VIII PRODUCTIVIDAD MENSUAL COMPARATIVA SEGUN CATEGORÍA EN LOS C S RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008

Mes	Categoría					
	Medicina		Odontología		Enfermería	
	RDA	AP	RDA	AP	RDA	AP
Abril	2 27	1 49	0 65	0 82	1 79	1 20
Mayo	2 08	1 50	1 16	1 58	1 28	1 53
Junio	2 36	1 54	0 91	1 38	0 76	0 94
Julio	2 31	1 51	1 31	1 23	1 23	0 91
Agosto	2 27	1 52	1 10	1 07	1 19	0 84
Setiembre	2 34	1 52	1 15	1 25	1 58	1 12
Prueba t	p= 0.0000		p=0 1188		p=0 1896	

Nota RDA=Randolph D'Costa, AP=Antonio Preciado  
Fuente HTE

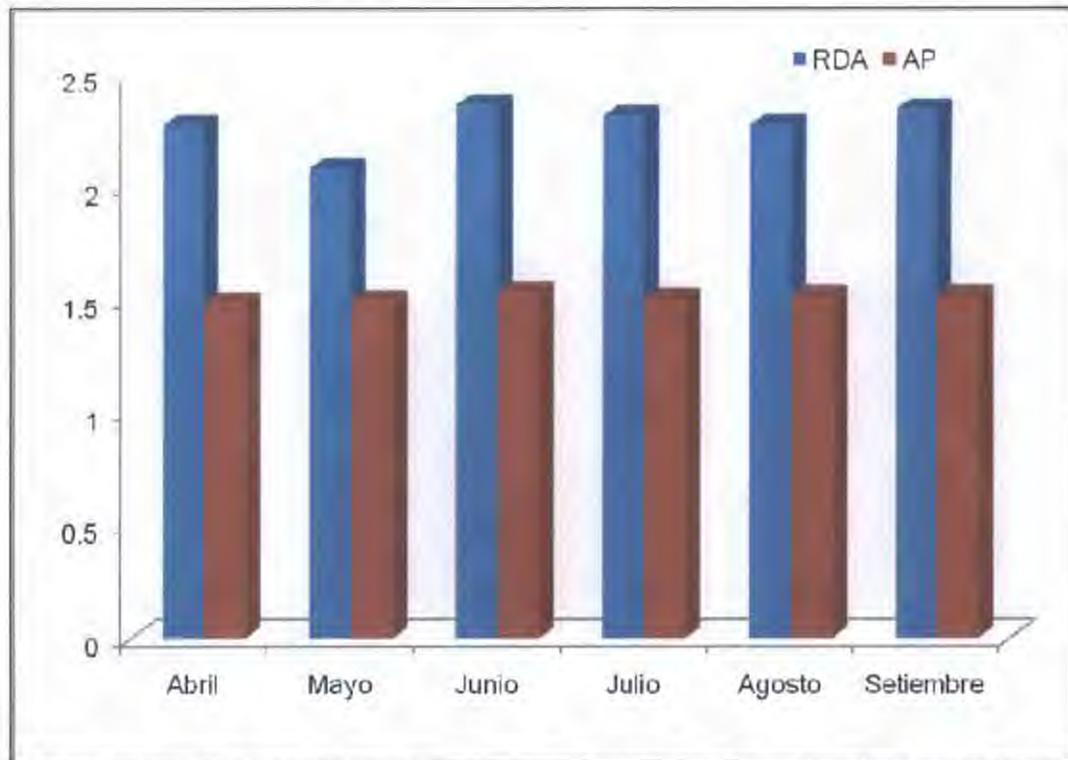


Fig. 6. Productividad comparativa entre los médicos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

La productividad calculada para los médicos del RDA es sustancialmente mayor que la del AP, al punto que la diferencia fue estadísticamente significativa. También se observa que la productividad mensual es mucho más homogénea en el AP, lo que pudiera ser indicativo de la poca movilidad laboral de los médicos en la instalación.

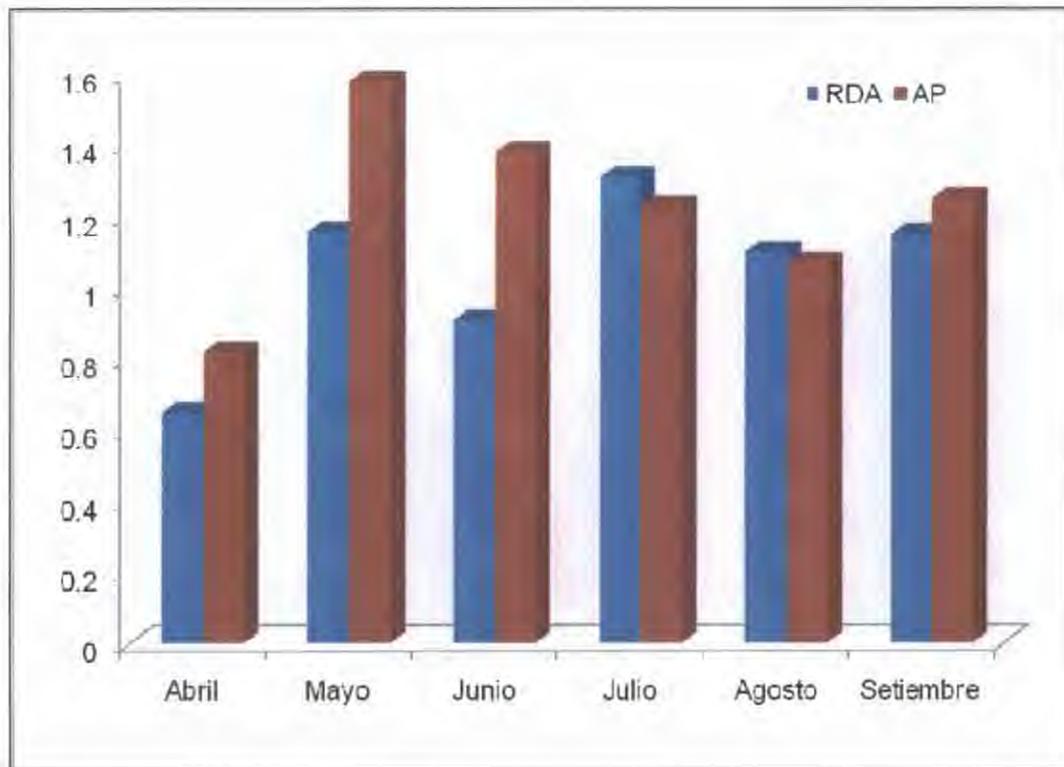


Fig. 7. Productividad comparativa entre los odontólogos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

En odontología la productividad, desde el punto de vista de pacientes por hora es un indicador que suele desestimarse a favor de las actividades por hora, aunque para efectos de comparación, el cálculo presentado tiene que ver con los pacientes y no con las actividades.

Quizás esto sea la explicación de los valores tan dispares que se observan a lo largo de los meses en cuanto a la cantidad de pacientes que se atienden en el tiempo trabajado, lo cual es cierto para ambas instalaciones. Se evidencia entonces el cumplimiento de las políticas del departamento en cuanto a la atención. Las diferencias que se observaron no fueron significativas.

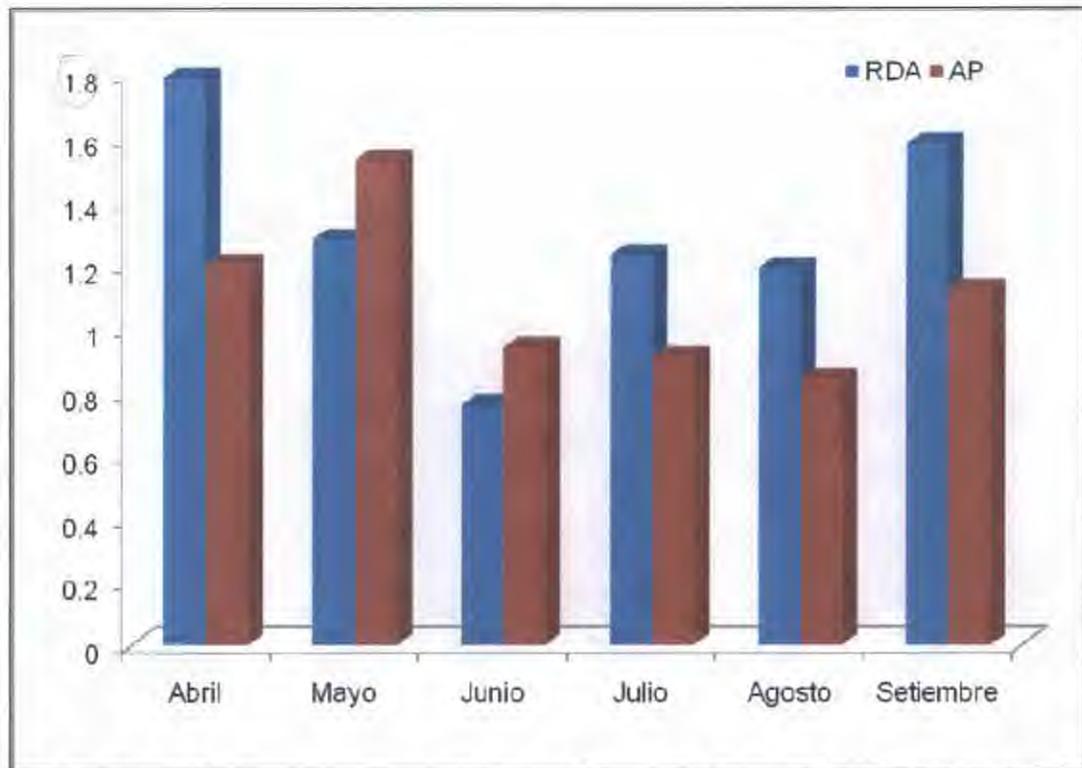


Fig. 8. Productividad comparativa entre las enfermeras de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

La productividad en enfermería es variable debido a que las personas que se atienden generalmente pertenecen a programas de salud y a demanda espontánea simultáneamente. De ahí que hay meses en que la consulta por hora aumenta y otros en que la atención se da fuera de la instalación y la atención intramuros disminuye. Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

### 4.3. Desempeño.

#### 4.3.1. Desempeño conjunto según instalación.

Cuadro IX. DESEMPEÑO CONJUNTO SEGÚN INSTALACIÓN Y CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Categoría	Desempeño	
	Randolph D'Costa	Antonio Preciado
Medicina	0.50	0.39
Odontología	0.59	0.62
Enfermería	0.60	0.53
Prueba t	p= 0.3558	

Fuente: HTE

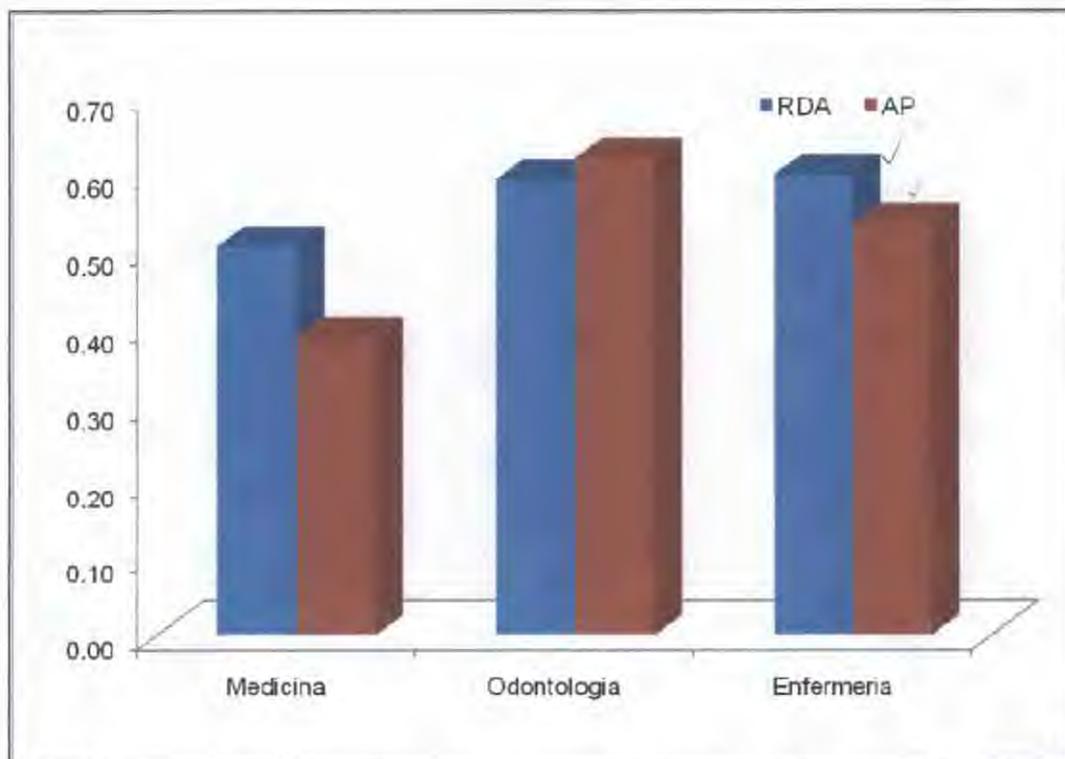


Fig. 9. Desempeño conjunto según instalación y categoría en los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

En el cálculo del indicador de desempeño entra en juego la norma de producción que se indique para las diferentes profesiones que brindan atención

directa a los pacientes. Así, para medicina la norma indica que se deben atender cuatro pacientes por hora, en odontología la atención por hora es de dos pacientes y en enfermería hay variaciones que van desde dos hasta tres pacientes por hora. En este último caso, para efectos del estudio, tomamos como norma el promedio de ambos valores.

En ninguna de las instalaciones estudiadas, el desempeño alcanzó a la norma propuesta, lo cual se habría evidenciado con valores cercanos a 1.00. Se observó que el desempeño médico fue mejor en el RDA (0.50 vs 0.39) al igual que el de enfermería (0.60 vs 0.53). En cambio, el desempeño de odontología fue similar en ambas instalaciones (0.59 vs 0.62). No hubo diferencias estadísticamente significativas.

#### 4.3.2. Desempeño comparativo según categoría

Cuadro X DESEMPEÑO COMPARATIVO SEGUN CATEGORÍA EN LOS C S RANDOLPH D' COSTA Y ANTONIO PRECIADO CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008

Mes	Categoría					
	Medicina		Odontología		Enfermería	
	RDA	AP	RDA	AP	RDA	AP
Abril	0.56	0.43	0.39	0.48	0.71	0.54
Mayo	0.51	0.39	0.60	0.72	0.53	0.60
Junio	0.55	0.42	0.56	0.69	0.43	0.49
Julio	0.57	0.44	0.74	0.65	0.49	0.43
Agosto	0.54	0.43	0.63	0.54	0.56	0.44
Setiembre	0.56	0.43	0.63	0.63	0.67	0.53
Prueba t	p= 0.0000		p=0.5476		p=0.2142	

Nota: RDA=Randolph D'Costa, AP=Antonio Preciado  
Fuente: HTE

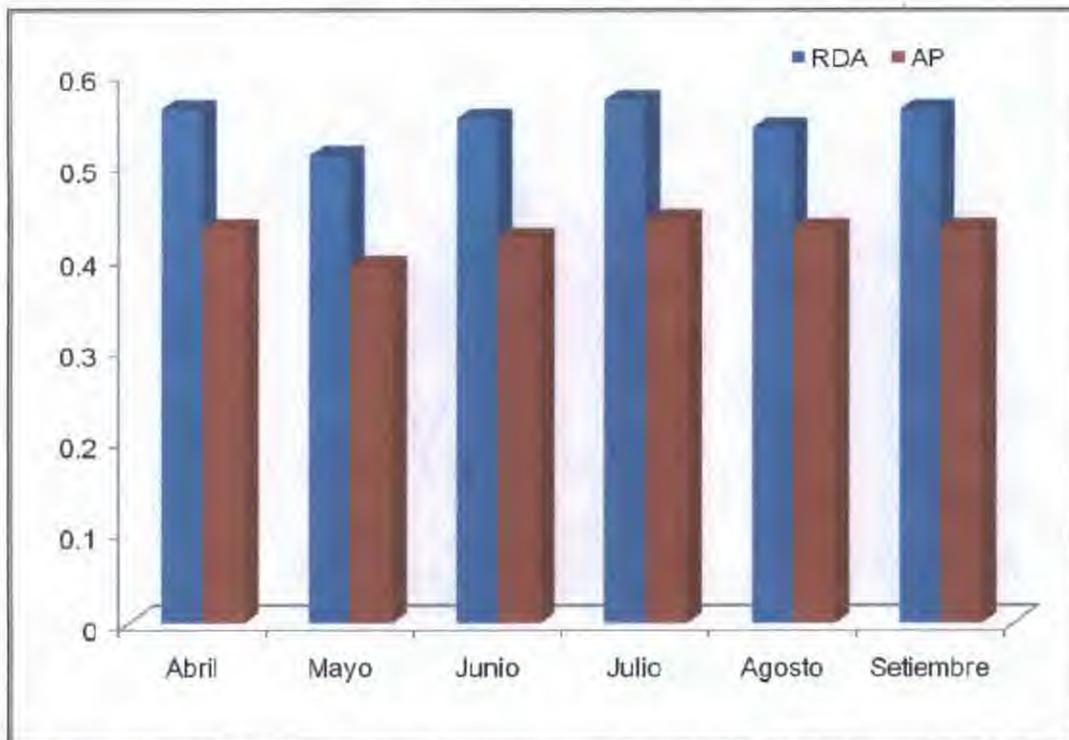


Fig. 10. Desempeño comparativo entre los médicos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El mejor desempeño médico se observa en el RDA durante todos los meses del estudio, a pesar que el valor máximo del indicador es 0.57 mientras que en AP es 0.44. La comparación entre ambas instalaciones mostró diferencias estadísticamente significativas.

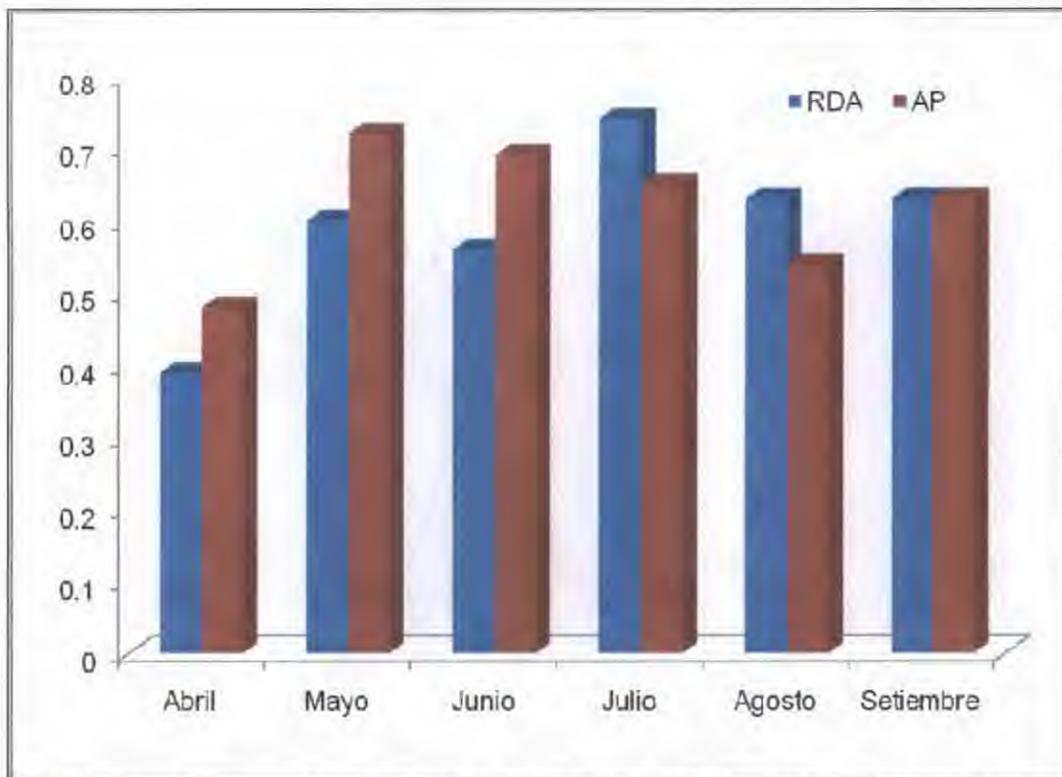


Fig. 11. Desempeño comparativo entre los odontólogos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El desempeño en odontología es variable en ambas instalaciones: en los tres primeros meses del estudio es mejor en AP, para luego aumentar durante dos meses en RDA y emparejar en el último mes. Este indicador no tuvo diferencias estadísticas observadas.

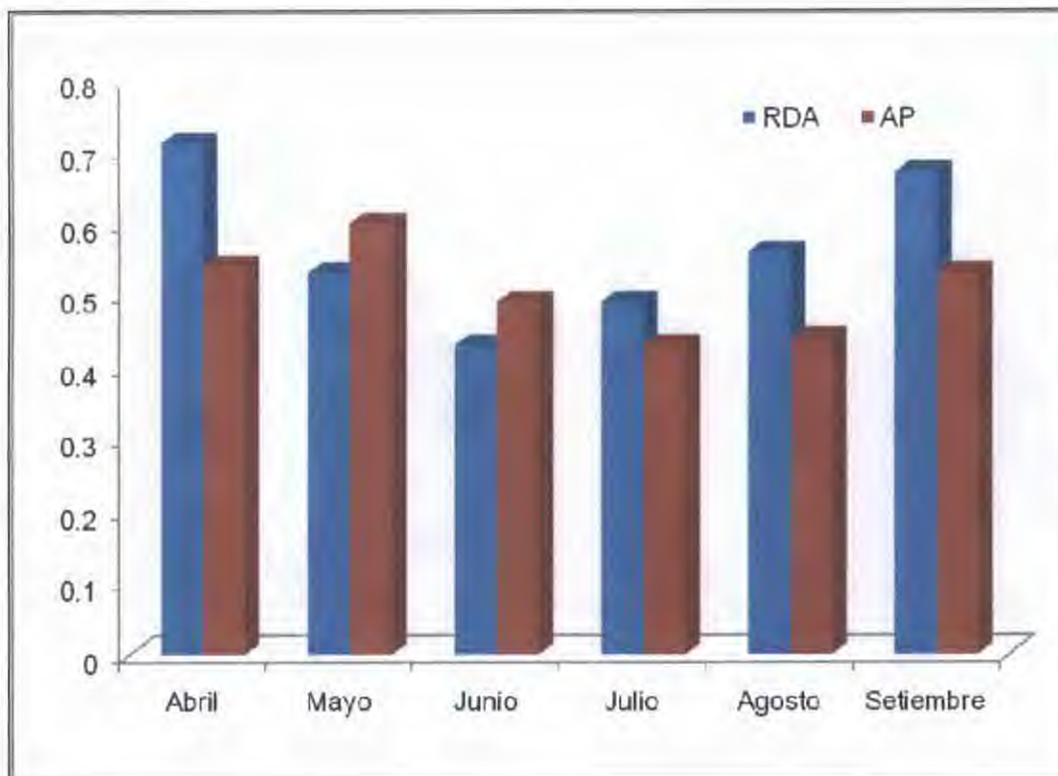


Fig. 12. Desempeño comparativo entre las enfermeras de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

En enfermería, aunque el desempeño también muestra variabilidad con los mejores valores en el RDA durante cuatro de los seis meses del estudio, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

#### 4.4. Rendimiento.

##### 4.4.1. Rendimiento conjunto según instalación.

Cuadro XI. RENDIMIENTO CONJUNTO SEGÚN INSTALACIÓN Y CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Categoría	Rendimiento	
	Randolph D'Costa	Antonio Preciado
Medicina	0.48	0.32
Odontología	0.52	0.61
Enfermería	0.57	0.48
Prueba t	p= 0.5296	

Fuente: HTE

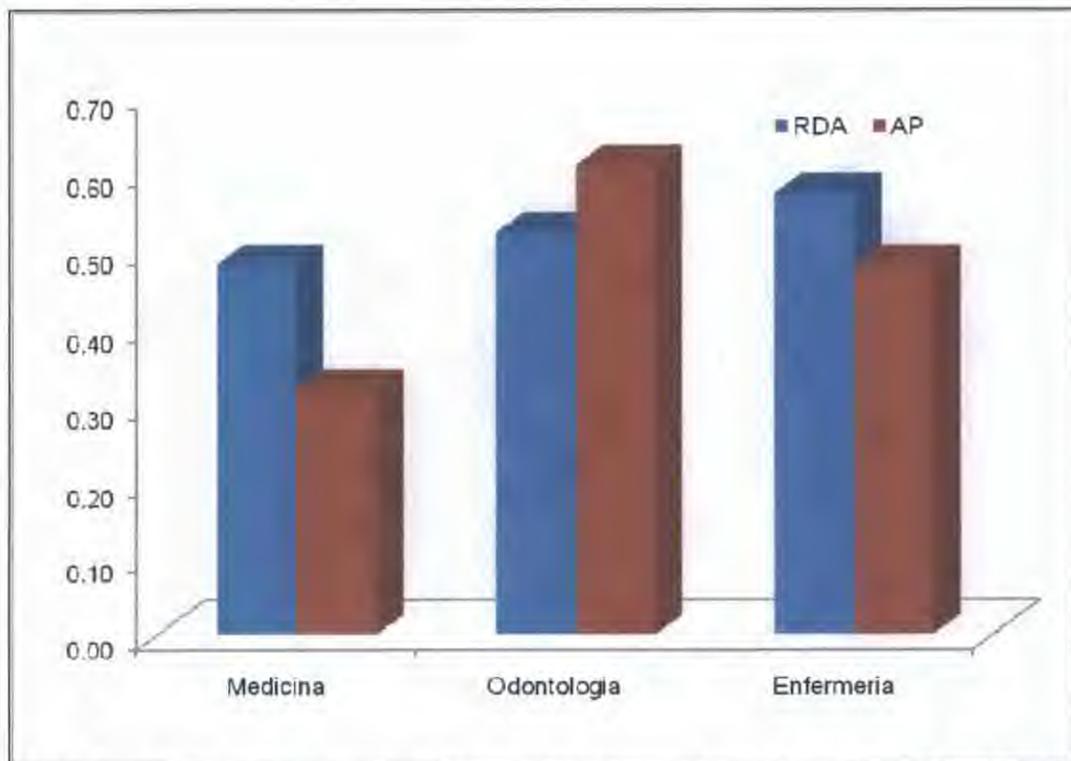


Fig. 13. Rendimiento conjunto según instalación y categoría en los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

Ya se ha mencionado que el rendimiento es un concepto asociado a la cantidad de trabajo que se espera que realicen los equipos locales de salud en

un tiempo determinado (Mora, C 2007) Se espera que este indicador se encuentre idealmente lo más cercano posible a 1 00

Se observó que el rendimiento conjunto de las ambas instalaciones es bajo, aunque en promedio se encuentra cercano a 0 50 Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas

#### 4.4.2. Rendimiento comparativo según categoría.

Cuadro XII RENDIMIENTO COMPARATIVO SEGUN CATEGORÍA EN LOS CS RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008

Mes	Categoría					
	Medicina		Odontología		Enfermería	
	RDA	AP	RDA	AP	RDA	AP
Abril	0 57	0 37	0 32	0 41	0 72	0 48
Mayo	0 52	0 38	0 58	0 79	0 51	0 61
Junio	0 59	0 38	0 45	0 69	0 30	0 37
Julio	0 58	0 38	0 65	0 62	0 49	0 37
Agosto	0 57	0 38	0 55	0 54	0 47	0 34
Setiembre	0 58	0 38	0 57	0 63	0 63	0 45
Prueba t	p= 0.0000		p=0 0955		p=0 1978	

Nota RDA=Randolph D'Costa, AP=Antonio Preciado  
Fuente HTE

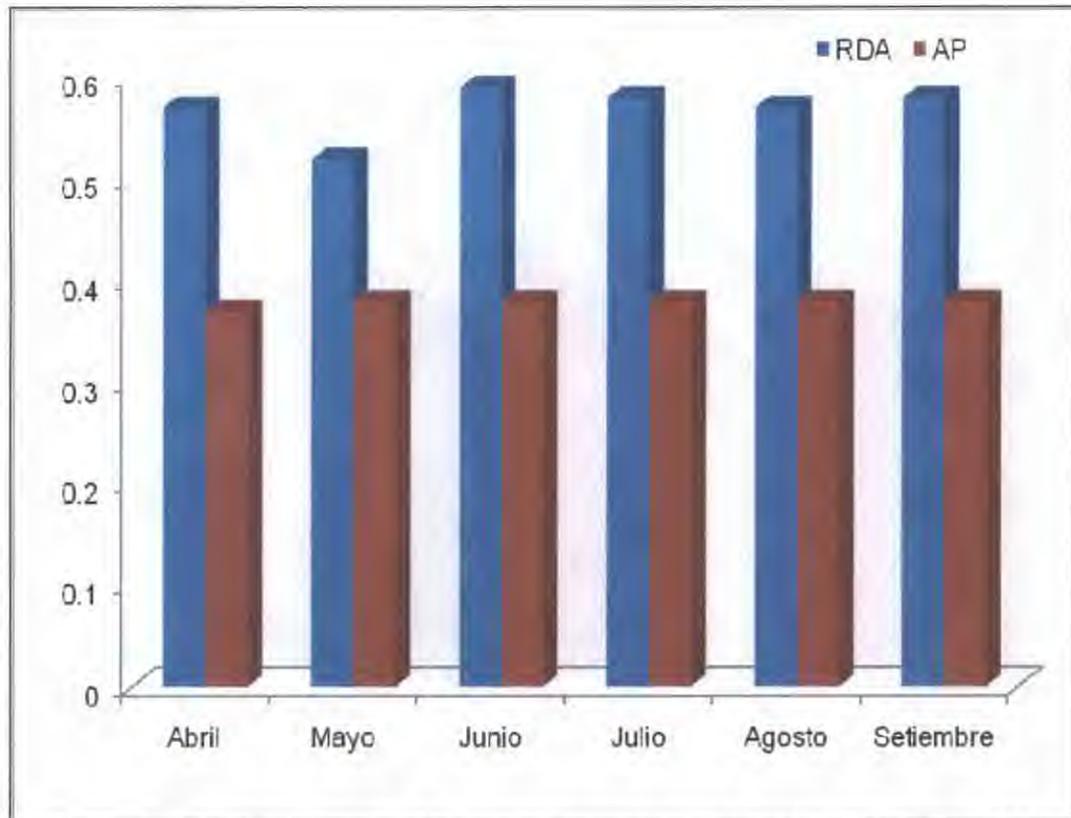


Fig. 14. Rendimiento comparativo entre los médicos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El análisis del rendimiento en medicina de ambas instalaciones durante los meses del estudio evidenció que éste fue mejor en el RDA (cercano a 0.6) respecto al AP (cercano a 0.4) y esta diferencia fue estadísticamente significativa.

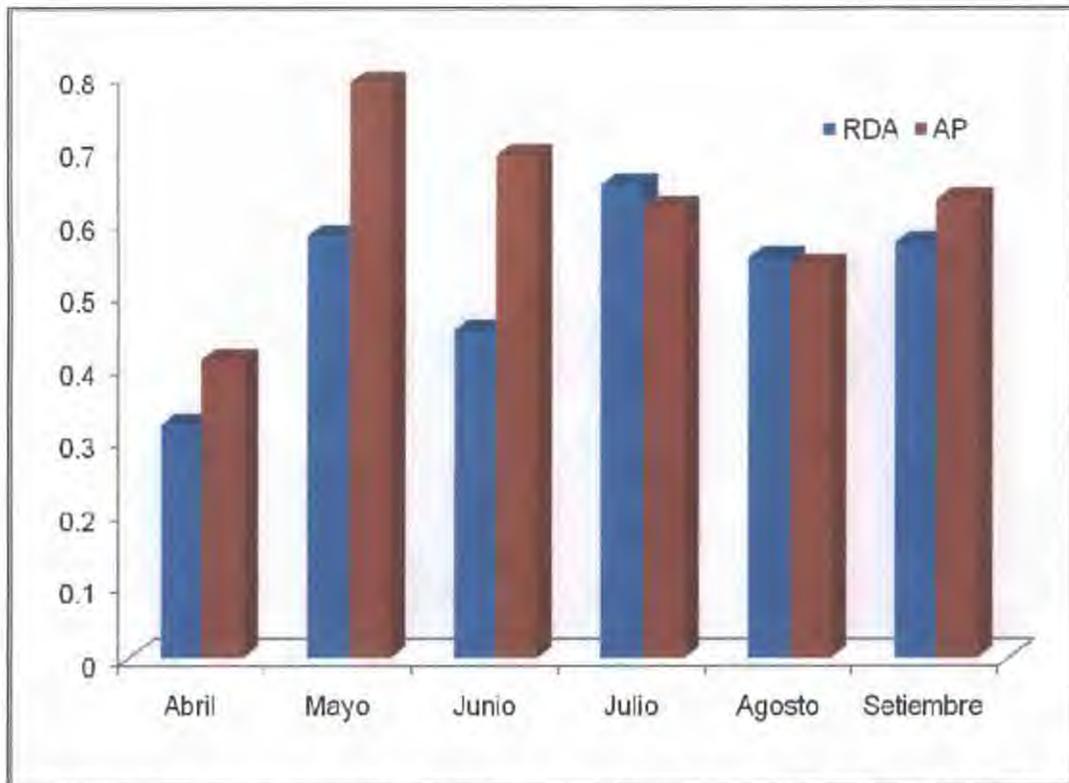


Fig. 15. Rendimiento comparativo entre los odontólogos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El rendimiento odontológico fue mejor en el AP respecto al RDA los tres primeros meses del estudio y en el último. Sin embargo, durante los tres meses finales el aumento del rendimiento del RDA eliminó las diferencias conjuntas entre ambas series, logrando que no hubiese diferencias estadísticamente significativas.

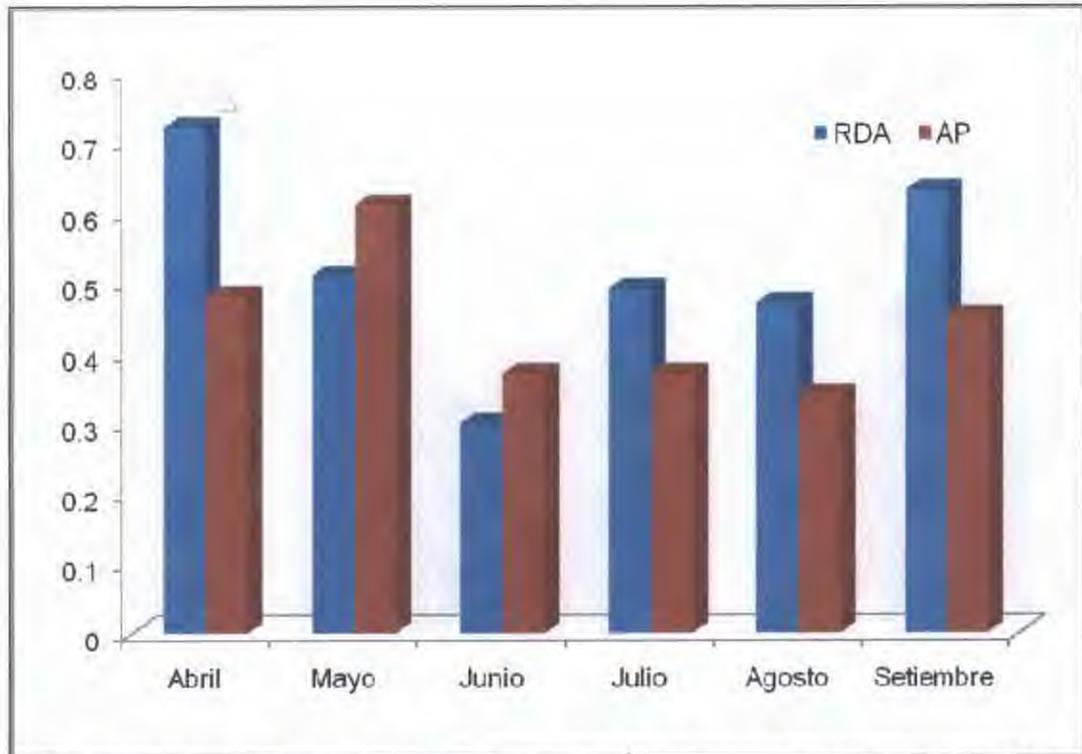


Fig. 16. Rendimiento comparativo entre las enfermeras de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El mejor rendimiento en enfermería se logra en el RDA en el primer mes y en el trimestre final del estudio. En el AP hay dos meses en que es superior, pero al final no hubo diferencias estadísticamente significativas.

#### 4.5. Coberturas.

##### 4.5.1. Coberturas conjuntas según instalación.

Cuadro XIII. COBERTURAS CONJUNTAS SEGÚN INSTALACIÓN Y CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Categoría	Coberturas	
	Randolph D'Costa	Antonio Preciado
Medicina	0.25	0.60
Odontología	0.25	0.22
Enfermería	0.52	0.36
Prueba t	p= 0.7471	

Fuente: HTE

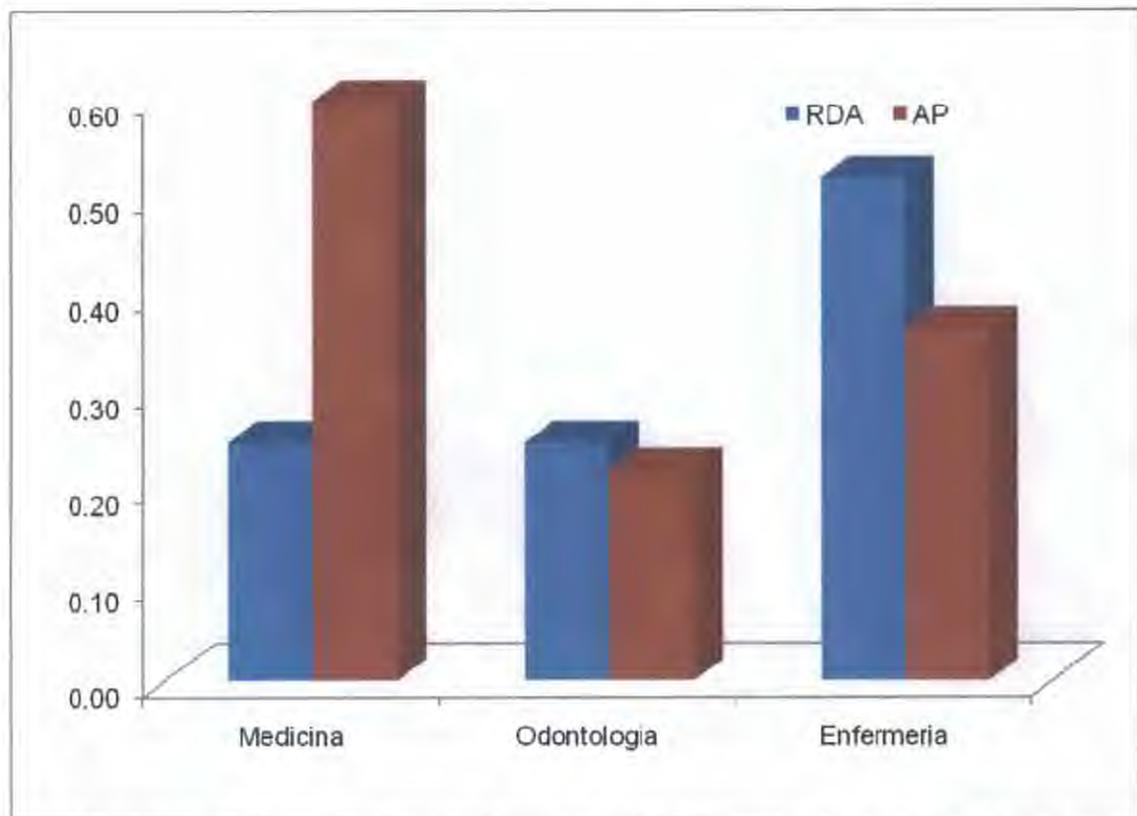


Fig. 17. Coberturas conjuntas según instalación y categoría en los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

Se considera a la cobertura como un componente del desempeño y es uno de los indicadores valorados en los servicios de salud, ya que se trata de llegar a la mayor cantidad posible de la población bajo responsabilidad

El cálculo de este indicador conjunto por instalación muestra que las coberturas fueron bajas en general, pero que fueron más altas para medicina en el AP y para odontología y enfermería en el RDA. Las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas

#### 4.5.1 Coberturas comparativas según categoría

Cuadro XIV COBERTURAS COMPARATIVAS SEGÚN CATEGORÍA EN LOS CS RANDOLPH D' COSTA Y ANTONIO PRECIADO CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008

Mes	Categoría					
	Medicina		Odontología		Enfermería	
	RDA	AP	RDA	AP	RDA	AP
Abril	0 25	0 55	0 24	0 19	0 98	0 56
Mayo	0 27	0 60	0 28	0 23	0 37	0 26
Junio	0 25	0 65	0 28	0 25	0 52	0 37
Julio	0 25	0 63	0 24	0 24	0 44	0 33
Agosto	0 23	0 54	0 22	0 20	0 42	0 37
Setiembre	0 24	0 61	0 23	0 22	0 37	0 29
Prueba t	<b>p= 0.0000</b>		<b>p=0 0250</b>		<b>p=0 0387</b>	

Nota RDA=Randolph D'Costa, AP=Antonio Preciado

Fuente HTE

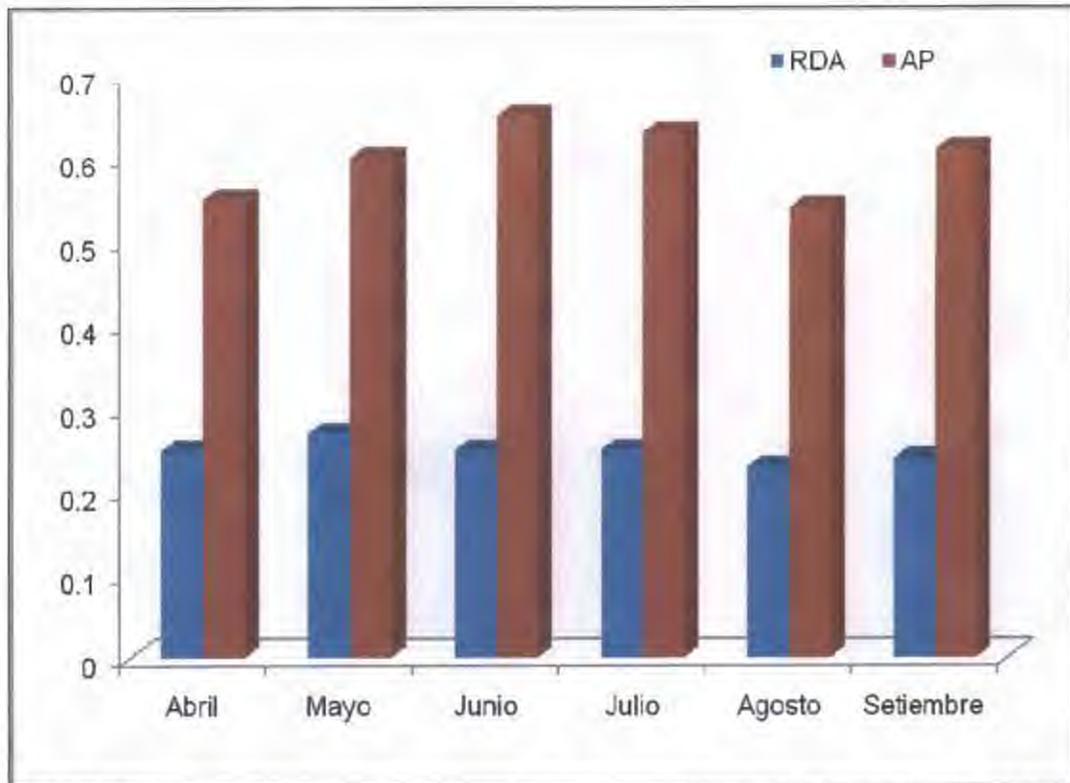


Fig. 18. Coberturas comparativas entre los médicos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

Las coberturas para medicina durante los meses del estudio nos indicaron que las mejores se lograron en el AP (cercano a 0.60) respecto al RDA (cercano a 0.25), o sea que prácticamente hubo el doble de cobertura por medicina en el mismo período para AP comparado contra el RDA. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

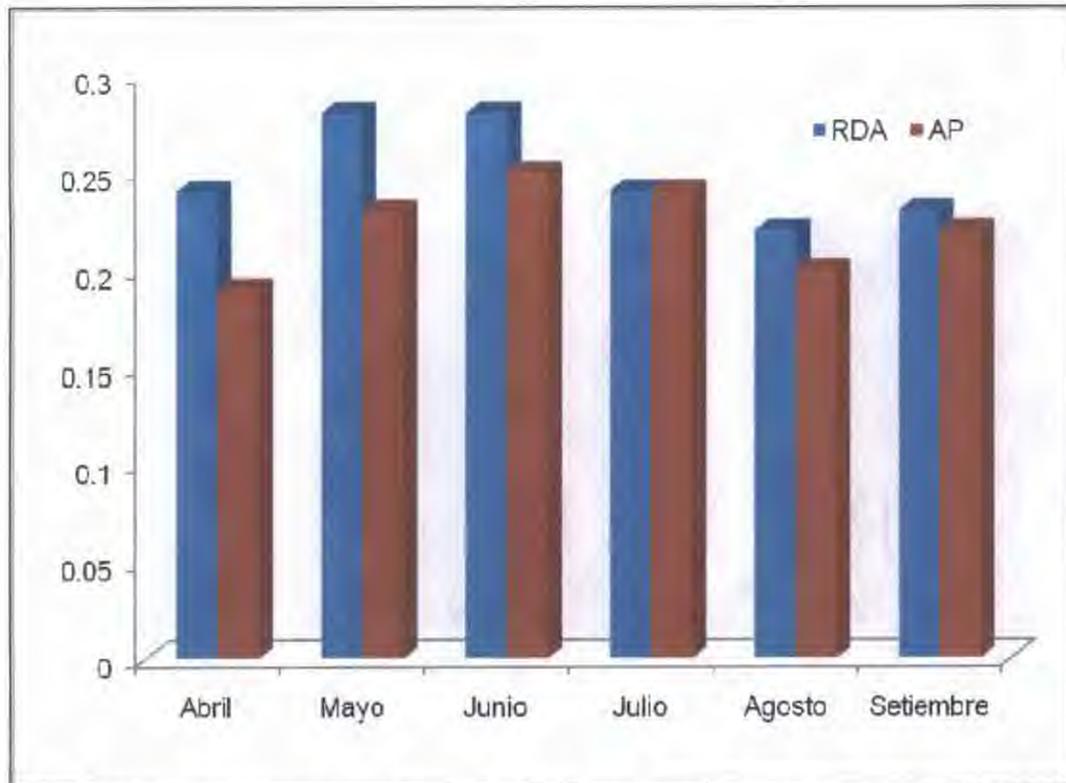


Fig. 19. Coberturas comparativas entre los odontólogos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

Las coberturas en odontología fueron levemente mejores en el RDA (promedio 0.25) que en el AP (promedio 0.21). Se notó que esta diferencia fue más marcada durante los tres primeros meses del estudio a favor del RDA. El análisis estadístico reveló diferencias significativas.



Fig. 20. Coberturas comparativas entre las enfermeras de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

En el caso de enfermería los indicadores de coberturas favorecen de manera consistente al RDA, llegando inclusive a tener 0.98 de cobertura en el primer mes de la investigación. A partir de allí se estabilizan en un promedio de 0.42. Las coberturas del AP promedian 0.36 durante los seis meses, con un máximo de 0.56 también en el primer mes del estudio. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas.

#### 4.6. Concentración.

##### 4.6.1. Concentración conjunta según instalación.

Cuadro XV. CONCENTRACIÓN CONJUNTA SEGÚN INSTALACIÓN Y CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Categoría	Concentración	
	Randolph D'Costa	Antonio Preciado
Medicina	6.42	2.53
Odontología	1.55	2.25
Enfermería	3.43	5.39
Prueba t	p= 0.8384	

Fuente: HTE

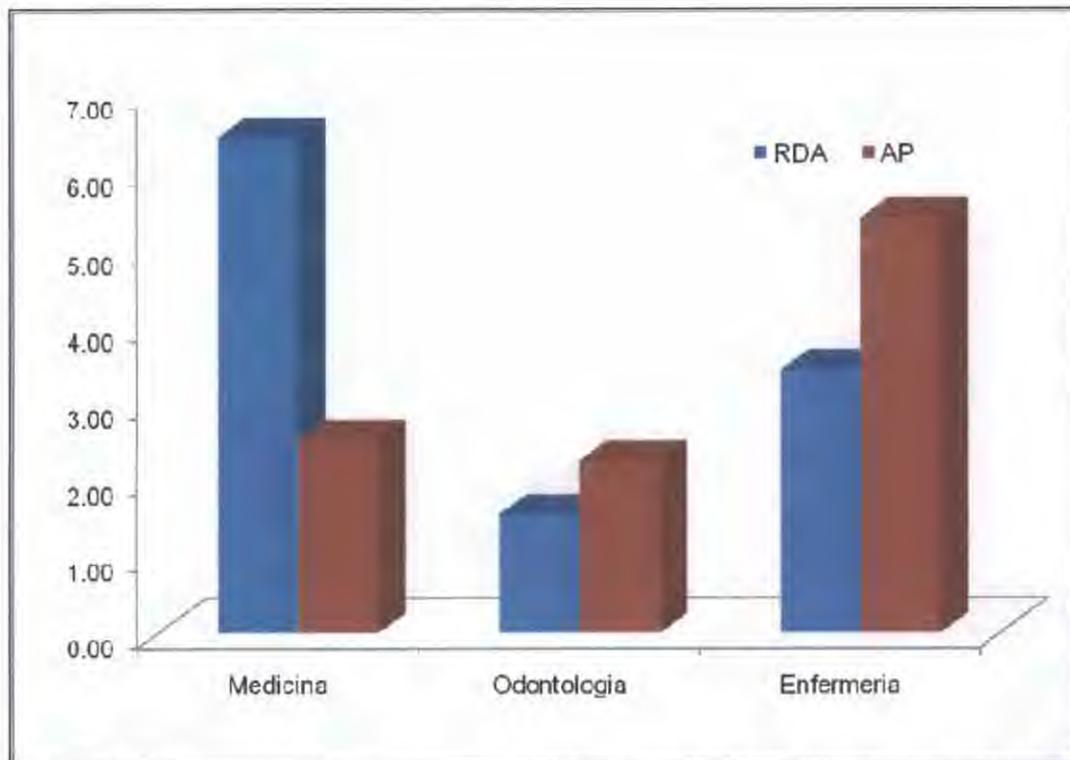


Fig. 21. Concentración conjunta según instalación y categoría en los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

La concentración es un componente de la productividad y nos indica la cantidad de consultas que se dan por cada paciente nuevo atendido en la instalación de salud. Se trata que este indicador sea lo menor posible para dar la oportunidad de ampliar las coberturas. Además, una alta concentración nos indicaría también una baja eficacia del sistema.

Generalmente se dan en las normas de atención valores deseados de concentración, por ejemplo en odontología se desea terminar la atención de un paciente nuevo en cuatro a seis citas y aunque es variable de acuerdo al tipo de atención en medicina y en enfermería, se espera que no se usen más de dos consultas para la solución del problema de salud.

En esta investigación se observaron valores dispares en las categorías consideradas de ambas instalaciones. Por ejemplo, en el RDA la concentración de medicina es muy alta (6.42 consultas por paciente nuevo) mientras que las de odontología son muy bajas (1.55 consultas por paciente nuevo).

La concentración en enfermería es más alta en el AP (5.39 consultas por paciente nuevo) que en el RDA (3.43 consultas por paciente nuevo). Sin embargo, considerando en conjunto todas las categorías, las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas.

#### 4.6.2. Concentración comparativa según categoría.

Cuadro XVI. CONCENTRACIÓN COMPARATIVA SEGÚN CATEGORÍA EN LOS C.S. RANDOLPH D'COSTA Y ANTONIO PRECIADO. CHANGUINOLA, ABRIL – SETIEMBRE 2008.

Mes	Categoría					
	Medicina		Odontología		Enfermería	
	RDA	AP	RDA	AP	RDA	AP
Abril	6.56	2.78	1.05	2.03	2.27	3.75
Mayo	5.54	2.32	1.38	2.56	4.51	8.80
Junio	6.46	2.30	1.31	2.23	2.59	5.17
Julio	6.54	2.48	2.03	2.19	3.48	5.05
Agosto	6.77	2.82	1.89	2.15	4.13	4.64
Setiembre	6.76	2.54	1.76	2.32	5.79	7.03
Prueba t	<b>p= 0.0000</b>		<b>p=0.0103</b>		<b>p=0.0157</b>	

Nota: RDA=Randolph D'Costa; AP=Antonio Preciado  
Fuente: HTE

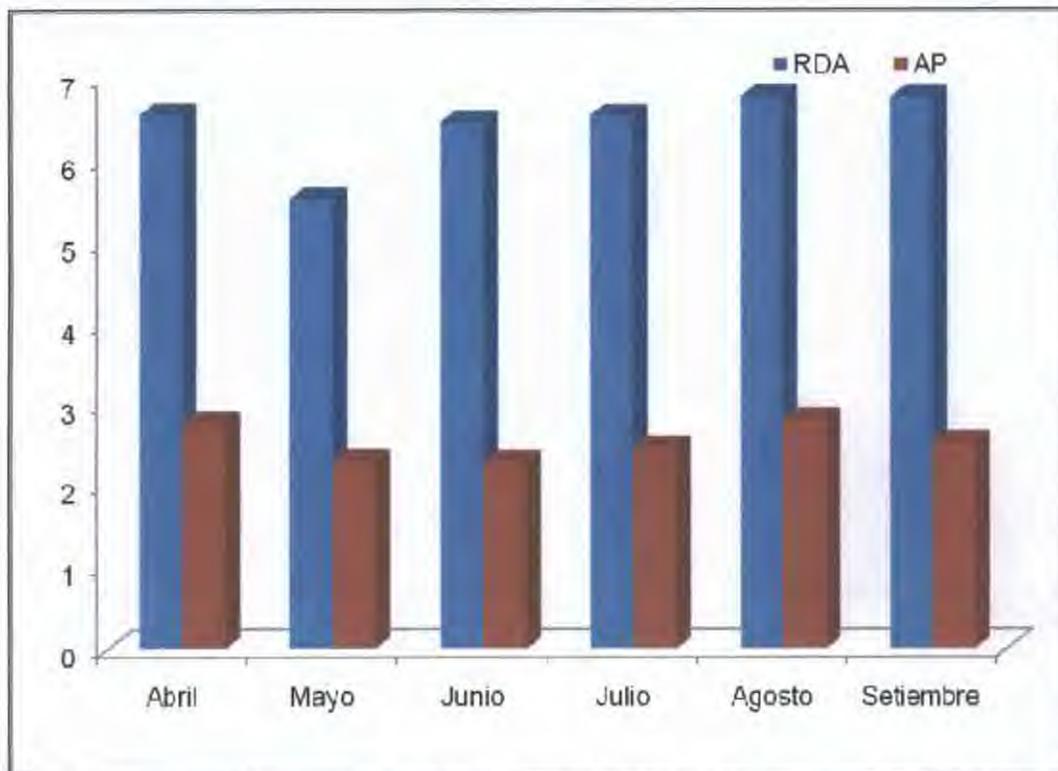


Fig. 22. Concentración comparativa entre los médicos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El indicador de concentración para medicina en el RDA es, de manera consistente, mucho mayor que el del AP, lo cual es indicativo de las proporción de reconsultas que se brindan en dicha instalación de salud. La diferencia observada es estadísticamente significativa.

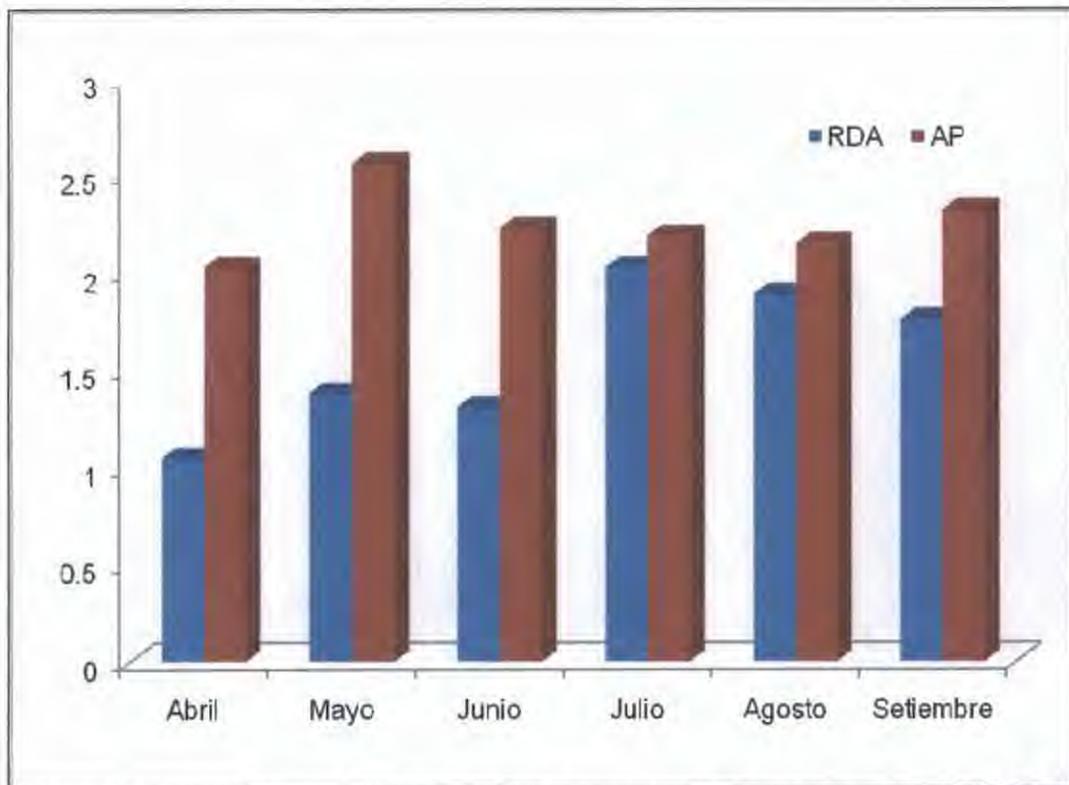


Fig. 23. Concentración comparativa entre los odontólogos de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

El indicador de concentración para odontología es mayor para el AP durante los seis meses de observaciones, aunque se nota más la diferencia a su favor durante los tres primeros meses. En los tres últimos la concentración prácticamente se equipara en ambas instalaciones, pero las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

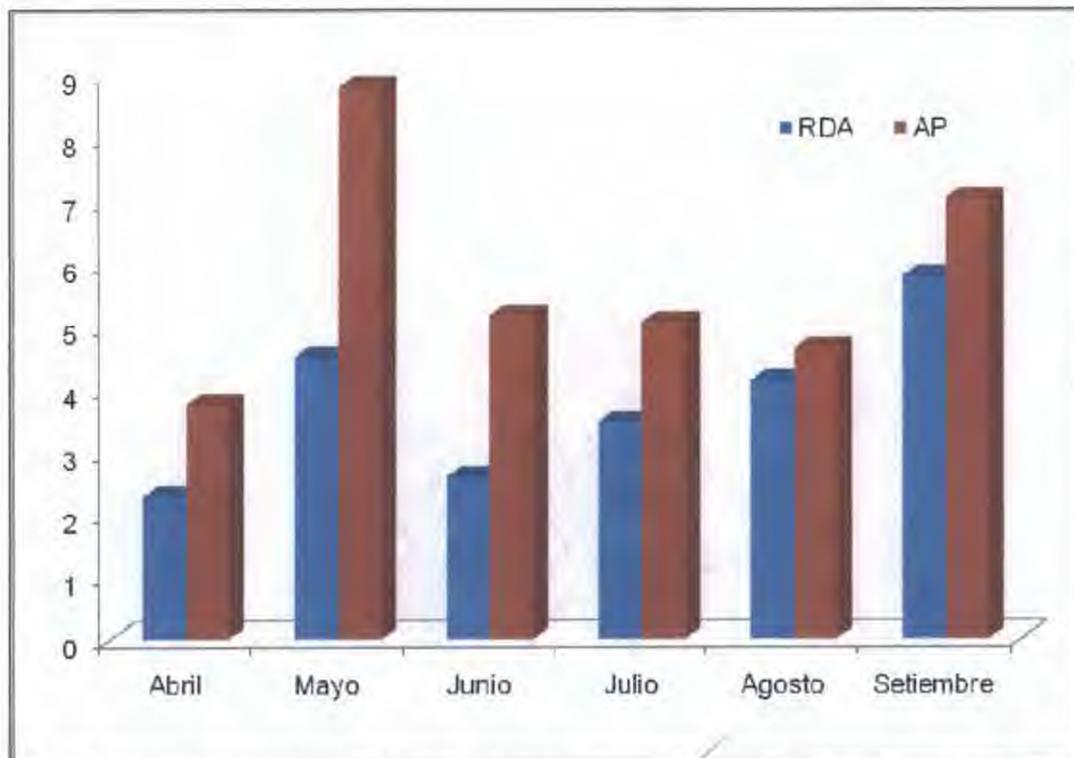


Fig. 24. Concentración comparativa entre las enfermeras de los C.S. Randolph D'Costa y Antonio Preciado. Changuinola abril - setiembre 2008.

En enfermería la mayor concentración de atención se inclina hacia el AP durante los seis meses, especialmente durante el segundo mes del estudio. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

## CONCLUSIONES

*de rendimiento,  
sub optimización  
de los RRH*

Al finalizar esta investigación podemos concluir lo siguiente

- 1 Un factor crítico en la productividad y el rendimiento de las instalaciones de salud estudiadas fue el uso del tiempo contratado. Según se obtuvo del cálculo de la tasa de ocupación, la supuesta optimización pudiera estar ocultando una manera mecánica del llenado de la hoja de registro diario, puesto que si se considerasen los tiempos dedicados a docencia, administración y los llamados tiempos muertos, cuando no hay pacientes o cuando hay sucesos fortuitos, el máximo valor del indicador no llegaría a 1 00. Esto se evidenció en el análisis por categorías, en especial para medicina.
- 2 La productividad observada para los servicios médicos de las instalaciones es baja, aunque el uso de un libro de citas en odontología permitiría asumir que se desestima la cantidad de pacientes por hora en pro de las actividades por hora. Para enfermería, con una asignación de cupos variable, la productividad sería el indicador menos recomendable para su evaluación.
- 3 El cálculo del desempeño mostró que la norma de producción se cumplía parcialmente en todas las instalaciones y para todas las categorías, lo cual es, a nuestro parecer, un indicativo de la orientación de la evaluación hacia el cumplimiento del horario más que hacia la satisfacción de los objetivos institucionales.

- 4 El rendimiento, por su relación tanto con el desempeño como con la tasa de ocupación, es una buena medida de resumen de la eficacia del trabajo en las instalaciones estudiadas y concuerda con los hallazgos generales por categoría, que indican un bajo rendimiento a pesar del supuesto buen uso del tiempo contratado. Por lo tanto se está produciendo una subutilización de los recursos destinados a la atención directa en ambos centros de salud.
5. Del análisis de las coberturas y la concentración se puede comprender el fenómeno del desempeño y el rendimiento: hay muchas reconsultas y poco ingreso de pacientes, por lo que se reciclan las patologías y la eficacia del servicio baja. Por eso, a pesar de todo el tiempo utilizado, es poco lo que se avanza hacia las metas.
6. A pesar que en el CS Randolph D'Costa tiene un mayor desarrollo gerencial, no se pudo establecer una diferencia basada en el rendimiento y el desempeño, estudiados con el CS Antonio Preciado, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación que aseveraba que existen diferencias entre el desempeño y el rendimiento de las instalaciones de salud estudiadas con diferente grado de desarrollo gerencial.

## RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones son las siguientes

- 1 Incluir el uso del indicador de rendimiento en las evaluaciones periódicas de calidad de atención que se realizan en las instalaciones del Ministerio de Salud de la Región de Bocas del Toro
- 2 Presentar los resultados de este estudio a las autoridades distritales y regionales para su conocimiento
- 3 Implementar un seguimiento del Análisis del Desempeño en todas las instalaciones que participaron originalmente de ese proyecto
- 4 Realizar evaluaciones similares en otros distritos de la Región de Bocas del Toro para tener datos comparativos

## BIBLIOGRAFÍA

CABAÑAS, R 1994 Evaluacion de la Atención de la Salud *Revista Médica Hondureña, Vol 62 (25-29) 1994*

[http //www bvs hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7 pdf](http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf)

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL 2000 Maximizando el CLINOS (GRD) para mejorar la gestión de los hospitales con Personería Juridica Instrumental de la Caja Costarricense de Seguro Social EFQM aplicado [http //modsjoweb01 ccss sa cr 81/pub/biblioteca/efqmap01 html](http://modsjoweb01.ccss.sa.cr/81/pub/biblioteca/efqmap01.html)

CARPIO M R , VILLALOBOS G , A 2001 Motivación del Equipo Basico Integral en Salud como factor que contribuye al logro de los objetivos del nuevo Modelo de Atención Integral *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras del Sector Salud Rev cienc adm financ segur soc v 9 n 1 San José jun 2001*

DAL POZ M R , PIERANTONI C R , VARELLA T C 1998 Productividade e Desempeno dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos Divisão de Desenvolvimento de Sistemas y Servicios de Salud OPS / OMS 20 páginas (Documento Fotocopiado)

DUSSAULT G 2006 Mejoramiento del Desempeño del Personal de Salud De la promoción a la acción Prioridades y estrategias en Recursos Humanos para la Salud 47ª Sesión del Consejo Directivo OPS/OMS 27 de setiembre de 2006 [http //www paho org/Spanish/DPM/SHD/HR/dussault-spa pdf](http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/dussault-spa.pdf)

ENGLAND R 2002 La Contratacion y la Gestion del Rendimiento en el Sector Salud Conceptos, Indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica Centro De Recursos en Sistemas de Salud [http //www dfidhealthrc org/publications/health\\_service\\_delivery/Spanish\\_contracting pdf](http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_service_delivery/Spanish_contracting.pdf)

FLORES Z , M 2000 Evaluación de Desarrollo Gerencial de Salud del Municipio de La Paz Facultad de Medicina, Enfermería, Nutricion y Tecnología Médica, Universidad Mayor de San Andrés Tesis 146 páginas

GALLARDO O , A 2003 La necesidad de sistemas de medicion del desempeño [http //www gerenciasalud com/Gerencia\\_Medicion de desempeño htm](http://www.gerenciasalud.com/Gerencia_Medicion_de_desempeno.htm)

GUIX O , J 2005 Calidad en Salud Publica *Gac Sanit* 2005,19(4) 325-32

<http://www.scielo.org/isciii/es/pdf/gsv/v19n4/opinion.pdf>

LIZARZÁBAL M 2003 La evaluación del desempeño como una alternativa a la baja productividad de los servicios públicos de salud en Venezuela  
Experiencia en un servicio de Gastroenterología

[http://gerenciasalud.com/GERENCIA EN SALUD\\_SALUD BUCAL.HTM](http://gerenciasalud.com/GERENCIA_EN_SALUD_SALUD_BUCAL.HTM)

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, INC 2001 Evaluación del Desarrollo Gerencial <http://erc.msh.org/readroom/espanol/plansust.htm>

MINISTERIO DE SALUD 2006 Convenio de Gestión con la Región de Bocas del Toro Documento fotocopiado 43 páginas

MORA V, C 2007 Rendimiento y Desempeño

<http://www.gestiopolis.com/canales8/rrhh/rendimiento-y-desempeno-laboral-2.htm>

MORALES O 1997 Análisis del Desempeño del Equipo Local del Centro de Salud Caby Rodríguez en Finca 6 Ministerio de Salud, Región de Bocas del Toro Unidad Docente Regional Informe Técnico 82 páginas

MORALES O, RODRIGUEZ S, A 1998 Análisis del Desempeño del Equipo Local del Centro de Salud Antonio Preciado en Finca 6 Ministerio de

Salud, Region de Bocas del Toro Unidad Docente Regional Informe  
Técnico 101 paginas

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1997 Mejoramiento del  
Rendimiento de los Centros de Salud en los Sistemas de Salud de Distrito  
Informe de un Grupo de Estudio de la OMS Serie de Informes Tecnicos,  
No 869

[http //www who int/bookorders/anglais/detart1 jsp?sesslan=1&codlan=3&co  
dcol=10&codcch=869](http://www.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=3&codcol=10&codcch=869)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2006 Evaluacion del Desempeño  
de los Sistemas de Salud Informe de la Secretaria  
[http //ftp who int/gb/pdf\\_files/EB107/se9 pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/EB107/se9.pdf)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1995 Análisis del  
Desempeño del Equipo Local de Salud Editorial Poligrafica, Panamá 258  
paginas

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2001 La transformación  
de la gestion de hospitales en America Latina y el Caribe Editorial OPS  
Washington 365 paginas

RODRÍGUEZ S , A , MOSAQUITES L , A Y 2002 Construcción de un indicador ponderado para la consulta externa de Medicina General del Hospital Regional de Changuinola, Bocas del Toro Caja de Seguro Social, Changuinola Informe Tecnico 20 páginas

RODRÍGUEZ S , A 2002 Informes de los indicadores de productividad para los médicos generales del Hospital Regional de Changuinola, Bocas del Toro Enero – Abril 2002 Caja de Seguro Social, Changuinola Informes Tecnicos 52 páginas

RODRÍGUEZ S , A , CAMPBELL V , A J 2003 Relacion entre la utilización del tiempo disponible y la productividad y el rendimiento del Departamento de Odontología del Hospital de Changuinola, abril a setiembre de 2001 Caja de Seguro Social – Ministerio de Salud Trabajo de Investigacion Informe Tecnico 96 páginas

RODRÍGUEZ S , A , FLORES P , C A 1995 Informe Técnico del Proceso de Analisis del Desempeño para el Nivel Regional Sistema Integrado de Salud de Bocas del Toro, Unidad Docente Regional Informe 118 paginas

RODRÍGUEZ S , A 1996 Análisis del Desempeño del Equipo Local del Centro de Salud Randolph Da'Costa en Finca 30 Ministerio de Salud, Region de Bocas del Toro Unidad Docente Regional Informe Técnico 61 páginas

SAÉZ J , L 1998 Administracion de los Servicios de Salud Editorial  
Universidad a Distancia San Jose, Costa Rica 2ª Edicion 365 páginas

SANCHEZ G , M I 2005 Indicadores de Gestión Hospitalaria Rev Inst Nal  
Enf Resp Mex vol 18 -2 (132- 141) abril-junio 2005  
[http //www medigraphic com/pdfs/iner/in-2005/in052i pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2005/in052i.pdf)

SEGREDO P , A M , REYES M , D 2004 Clima organizacional en Salud  
Publica Consideraciones generales Correo Cientifico Médico de Holguin  
2004,8 (3) [http //www cocmed sld cu/no83/n83rev4 htm](http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83rev4.htm)