



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA
(ILACVN)**

SALUD COLECTIVA

**GESTIÓN EN SALUD:
ANÁLISIS DE ARTICULOS DE LA BASE DE DATOS LILACS DE LOS AÑOS 2014 AL
2018**

DALILA VANESSA ARCE DIAZ

Foz de Iguazu
2019

GESTIÓN EN SALUD:

ANÁLISIS DE ARTICULOS DE LA BASE DE DATOS LILACS DE LOS AÑOS 2014 AL 2018

DALILA VANESSA ARCE DIAZ

Trabajo de Conclusión de Curso III (TCC III) del curso de Licenciatura en Salud Colectiva de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA).

Orientador (a): Dra. Prof. Gladys Amélia Vélez Benito.

Foz de Iguazu

2019

DALILA VANESSA ARCE DIAZ

GESTIÓN EN SALUD

ANÁLISIS DE ARTICULOS DE LA BASE DE DATOS LILACS DE LOS AÑOS 2014 AL 2018

Trabajo de Conclusión de Curso III (TCC III) del curso de Licenciatura en Salud Colectiva de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana (UNILA).

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Gladys Amélia Velez Benito
UNILA

Prof. Dr. Walfrido Kuhl Svoboda
UNILA

Enf. Me. Érica Ferreira de Souza
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Foz de Iguazu, ____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): _____

Curso: _____

Tipo de Documento	
<input type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: _____

Nome do orientador(a): _____

Data da Defesa: ____/____/____

Dedicatória.

Dedico este trabajo a mis padres Alcides y Nidia, a mis hermanos Alcides y Karol, también dedico este trabajo a Dennis, la persona que jamás me abandonó, a mis familiares y amigos cercanos.

AGRADECIMENTOS

Agradezco primeramente a Dios todo Poderoso, por concederme discernimiento a la hora de ponerme a escribir este trabajo final.

A mis padres y hermanos, por el apoyo constante. A mis amigos con los cuales compartí buenos momentos, en mi estadía en Foz, y se transformaron en familia para mí, Ada, Alejandra, Bertha, Brenda, Bruna, Fernando y Gerhard.

Al Parque Tecnológico Itaipú (PTI), por la beca concedida, con duración de toda la carrera, a la líder del proyecto, Rossanna, por velar siempre de nuestros intereses académicos.

A Dennis por la paciencia, por sostenerme cuando me estaba desmoronando, por motivarme, por ser mi cable a tierra, cada día era una batalla y él estaba siempre ahí para mí, su ayuda fue fundamental para poder llegar al objetivo.

Agradecimiento a mi amiga Claudia, que me aguantó todos estos años en lo largo de la graduación, con los altos y bajos, siempre remando juntas, riendo o llorando, en horas vagas o de estudio, pero siempre estuvo presente. Agradezco a mi amiga de toda la vida Tamara, por ser esa amiga fiel desde tiempos inmemorables y a mi prima Cinthia por no dudar en ningún momento de mi capacidad y siempre apoyarme.

A las amigas y colegas que me propicio esta graduación Pamela, Liz, Daiani, María José, Hannalicia y Elizabeth, que siempre estuvieron para ayudarme y apoyarme en lo académico y personal. Agradecimiento especial a la Dra. Prof., Elisete, por ser la que inculcó todo este proceso de formación, por darme confianza en que lograría grandes cosas.

A mi orientadora, la Dra. Prof., Gladys, por la paciencia, y por no dudar de mi capacidad, gracias a ella estoy culminando esta etapa, agarró el compromiso conmigo y no me dejó, ni desistió en ningún momento.

Agradezco a mi banca Érica y Walfrido, por aceptar ser partícipe de esta presentación final. También un agradecimiento especial a todos aquellos que me ayudaron tanto en la formación académica como personal, a todos mis colegas del Curso de Salud Colectiva y a todos aquellos profesores que estuvieron siempre presentes.

A los entes que nos abrieron las puertas, para realizar nuestras, practicas, proyectos y pasantías. Vigilancia Sanitaria, Secretaria Municipal de Salud, Grupo de trabajo (GT-Itaipú Salud).

Las pruebas más duras de la vida son: la paciencia para esperar el momento adecuado y el coraje para no decepcionarnos con lo que nos encontremos.

Paulo Coelho.

ARCE D. Dalila. **Gestión en Salud:** Análisis de artículos de la base de datos LILACS de los años 2014 al 2018. 2019. 73 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Salud Colectiva) – Universidad Federal da Integración Latinoamericana, Foz de Iguazu, 2019.

RESUMEN

La gestión en la salud implica la gestión de los servicios sanitarios, tanto en el ámbito público como en el privado. Evaluar las necesidades de la institución, administrar procesos y programas, crear e implementar políticas, garantizar la comodidad y seguridad del paciente y administrar equipos son algunas de las responsabilidades del área de gestión en la salud.

Objetivo: analizar artículos de la base de datos del LILACS, sobre la temática de Gestión en Salud publicados entre el 2014 y 2018. **Metodología:** Trata de un estudio con el método descriptivo-exploratorio con abordaje cuantitativo sobre la temática con el descriptor de Gestión en salud, fueron analizados 68 artículos, en 21 revistas publicadas, con elaboración de tablas y gráficos para una mejor lectura de los resultados. **Resultados:** Entre las tablas y gráficos, se observaron que en el 2014 hubo mayor cantidad de publicaciones hechas con el tema de gestión en salud, unas 12 revistas, con relación al total general, el método más utilizado en las investigaciones es el descriptivo-exploratorio con un total de 22%, el abordaje que más apareció es el cualitativo totalizando 52%, hubo más en el campo de Salud Colectiva con enfoque a la Salud Pública alcanzando un 82% de publicaciones, sobre el profesional que más se destaca en la función de gestión, es el enfermero 21% de aparición en las revistas, entre las funciones de la gestión en salud, la más destacada fue la planificación con un 43%, y con respecto a la Gestión Pública, se determina que se realizaron más estudios en el sector Municipal con un total de 43%. **Conclusión:** Determinemos que la gestión, es un tema de gran relevancia a ser abordado en el sector de salud, ya que la Gestión es para asumir y cargar con responsabilidades de procesos a ser llevados a cabo por el gestor, coordinando las actividades programadas con sus actores sociales y asegurando que existan los recursos y estructuras necesarias para una buena atención de calidad para los usuarios.

Palabras clave: Gestión en Salud. Funciones de la Gestión. Función de los Profesionales. Gestión Pública.

ARCE D. Dalila. **Gestão em Saúde**: Análise de artigos da base de dados LILACS de 2014 a 2018. 2019. 73 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz de Iguaçu, 2019.

RESUMO

A gestão da saúde implica a gestão dos serviços de saúde, tanto na esfera pública quanto na privada. Avaliar as necessidades da instituição, gerenciar processos e programas, criar e implementar políticas, garantir conforto e segurança ao paciente e gerenciar equipamentos são algumas das responsabilidades da área de gestão de saúde. **Objetivo**: analisar artigos da base de dados LILACS sobre o tema Gestão em Saúde publicados entre 2014 e 2018. **Metodologia**: Trata de um estudo com o método descritivo-exploratório com abordagem quantitativo do tema com o descritor Gestão em saúde, 68 artigos foram analisados, em 21 periódicos publicados, com elaboração de tabelas e gráficos para melhor leitura dos resultados. **Resultados**: Entre as tabelas e gráficos, observou-se que em 2014 houve mais publicações feitas com o tema gestão em saúde, cerca de 12 periódicos. Em relação ao total geral, o método mais utilizado nas investigações é o descritivo-exploratório com um total de 22%, a abordagem que mais apareceu foi a qualitativa totalizando 52%, houve mais publicações, no campo da Saúde Coletiva com foco na Saúde Pública chegando a 82% das investigações, o profissional que mais se destaca na função de gestão, é o enfermeiro com 21% de aparições nas revistas, entre as funções de gestão em saúde, o mais destacado foi o planejamento com 43%, e com relação à Gestão Pública, determina-se que mais estudos foram realizados no setor municipal com um total de 43%. **Conclusão**: Determinou-se que a gestão, é um assunto de grande relevância a ser abordado no setor saúde, uma vez que a gestão assume com as responsabilidades dos processos a serem executados pelo gestor, coordenando as atividades programadas com seus atores sociais e assegurando que existem recursos e estruturas necessárias para uma boa qualidade de atendimento aos usuários.

Palavras Chaves: Gestão em Saúde. Funções da Gestão. Funções dos Profissionais. Gestão Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Funciones del administrador como un proceso secuencial.	23
Figura 2 - Elementos del proceso de gestión.....	24
Figura 3 - El proceso administrativo: la interacción de las funciones administrativas.....	24
Figura 4 - Camino Metodológico.....	39
Figura 5 - Distribución de publicaciones de las revistas investigadas sobre el tema Gestión en Salud en el Brasil en el periodo de 2014 al 2018.....	41
Figura 6 – Tipos de abordajes de investigación presente en los artículos científicos utilizados en la pesquisa en el periodo de 2014 al 2018.	43
Figura 7 - Tipos de abordajes de investigación presente en los artículos científicos por las revistas utilizados en la pesquisa	44
Figura 8 – Tipos de Métodos de investigación presente en los artículos científicos utilizados en la pesquisa en el periodo de 2014 al 2018.	46
Figura 9 - Métodos de investigación presente en los artículos científicos por las revistas utilizados en la pesquisa en el periodo de 2014 al 2018.	47
Figura 10 - Distribución de los tipos de instituciones de salud estudiadas en el Brasil en periodo de 2014 al 2018.	50
Figura 11 - Tipos de profesionales de salud y sus respectivas funciones descriptos en los artículos científicos utilizados en investigación en el periodo de 2014 al 2018.....	54
Figura 12 - Funciones de la gestión en salud descriptos en los artículos científicos de las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018.	59
Figura 13 - Distribución de las esferas de Gestión Pública del Brasil descritas en los artículos científicos en las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018.	62

LISTA DE CUADROS

Tabla 1 – Distribución de los tipos de instituciones de salud estudiadas en el Brasil en periodo de 2014 al 2018.	49
Tabla 2 – Tipos de profesionales de salud y sus respectivas funciones descriptos en los artículos científicos utilizados en investigación en el periodo de 2014 al 2018.....	53
Tabla 3 – Funciones de la gestión en salud descriptos en los artículos científicos de las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018	58
Tabla 4 – Distribución de las esferas de Gestión Pública del Brasil descritas en los artículos científicos en las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018.	61

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OPAS	Organización Panamericana de la Salud
SUS	Sistema Único de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN.....	18
2 CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	21
2.1 GESTIÓN EN SALUD	21
2.1.1 Funciones Administrativas	23
2.1.2 Planificación.....	25
2.1.3 Organización.....	27
2.1.4 Dirección o Liderazgo	28
2.1.5 Control/Regulación	30
2.1.6 Evaluación	31
2.2 GESTIÓN DEL TRABAJO EN SALUD	32
2.2.1 Trabajo en Salud.....	33
2.2.1 Actuación de los Profesionales en Salud	34
3 CAPITULO II: METODOLOGIA	36
3.1 EL CAMINO METODOLÓGICO	37
3.1.1 Primer Momento	37
3.1.2 Segundo Momento	38
3.1.3 Tercer Momento	38
4 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES	40
5 CAPITULO IV: CONCLUSIONES	66
6 CAPITULO V: RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73

1 INTRODUCCIÓN

En el transcurso de nuestra vida académica, vivimos inmersos en un mundo en el cual nos deparamos con diversas situaciones, ya sean buenas o malas, justas o injustas, principalmente siendo extranjeros, y viviendo en otros países, saliéndose uno de su zona de confort, para enfrentarse a distintas realidades. Siempre me llamo la atención una frase célebre del famoso físico Albert Einstein: **“Somos arquitectos de nuestro propio destino”**, pues, nosotros somos los únicos que decidimos que caminos tomar y a qué dirección ir.

Tal fue que tome a lo literal, y me embarque a una nueva aventura llena de desafíos, fui descubriendo cosas nuevas, tome la oportunidad que tenía en ese entonces de poder estudiar una carrera universitaria fuera de mi país, y me predispuse. Así es como llegue a parar en la Universidad de la Integración Latinoamericana (UNILA), en el curso de Salud Colectiva, en los primeros momentos me sentí perdida y confundida, pero luego fueron desarrollándose las disciplinas que me hicieron ver, que el campo de la salud, es tan complejo, pero muy vasto de información y que pueden generarme la capacidad de discernir como profesional salubrista, para trabajar a través de vivencias y experiencias, sobre las políticas públicas, promoción de salud, gestión en el área de actuación, participando en planes y programas de acción direccionado a la población usuaria de los servicios, por sobre todo, aprendiendo cada día un poco más sobre el mismo y lo maravilloso que sería poder aplicar todos esos conocimientos en mi país de origen, por consiguiente, fui inclinándome más hacia el área de Políticas Públicas, Promoción en Salud, Planeamiento, y Gestión. Por ende, todo eso me conlleva a elegir trabajar, áreas temáticas, proyectos y hasta el trabajo de conclusión de curso con relación al tema principal de la gestión en salud.

Como profesional de Salud colectiva debemos tener una visión crítica, ética, reflexiva y hasta a veces neutra, pues nos basamos en buscar la verdadera esencia de las personas, tratar sobre la calidad de vida adecuada que ella merece, principalmente una atención en los servicios de salud que sean de cualidad y la calidad deseada por todos los profesionales que actúan en ese grande campo, pero que muchas veces depende de las políticas y organización que son definidas por el estado y gobierno.

Para llegar a este trabajo tuve que platearme variadas cuestiones, hasta poder centrarme en un tema específico, ya que tuve varios tropiezos, hasta llegar al producto final.

Surgieron muchas interrogantes, antes de realizar esta investigación, pues tiene una serie de informaciones que uno debe desmenuzar con cautela, tratando de

trabajos publicados con cinco años de diferencias, ya variantes con relación a los que es y por donde va la Gestión en Salud.

Pero opte por el mismo ya que es uno de los puntos más fuertes que tocamos en todo el curso, ya que es lo que más hace falta para un buen funcionamiento del Sistema de Salud, a partir de la organización, planeamiento, liderazgo, regulación y evaluación, que los gestores de salud deben tener en cuenta, principalmente el salubrista. Sabiendo la gran importancia que le gestión representa en varios sectores, en la salud es donde más se solicita hoy en día para la resolución de conflictos.

Entonces, el termino Gestión, corresponde al conjunto de varios procesos utilizados para poder planear, construir, equiparar, evaluar y mantener la confiabilidad en los espacios y la tecnología (LOPES, et al 2009).

Por consiguiente, pensar en gestión es la forma más apropiada de pensar en los comportamientos, acciones, prácticas y relaciones de poder, las interacciones personales e interpersonales así como los acuerdos y desacuerdos de los gestores, principalmente para poder considerar si posee la capacidad de poder guiar un equipo de salud, superando varias dificultades, como la falta de infraestructura y de recursos humanos y financieros, así también los insumos, ya que cada vez es más alta la tasa de demandas de los usuarios del sector de la salud (BRASIL, 2006; MORAES, 2012).

En este contexto se percibe que la gestión en salud juega un papel muy importante en este ámbito, ya que es el encargado de organizar y hacer cumplir las normativas que están expuestas en las leyes, así como los principios fundamentales en el cual se sostienen los servidores de salud, para así poder tener un sistema más direccionado a la población con enfoque en la humanización del cuidado y menos centrado en el tratamiento hospitalario.

Esta situación trae a la superficie las relaciones de poder y simultáneamente exigen del gestor una capacidad política y técnica que sustenta sus acciones, teniendo en cuenta el grado de complejidad que el sector salud presenta. En ese sentido, Paim (2006) presenta la gestión en salud como:

[...] la dirección o conducción de procesos político-institucionales relacionados con el sistema de salud, eminentemente conflictivos o contradictorios, aunque en los niveles técnico-administrativo y técnico-operativo desarrolle acciones de planificación, organización, gestión, control y evaluación de los recursos humanos, financieros y materiales empleados en la producción de los servicios de salud (PAIM, 2006, p. 154).

La gestión en salud, viene siendo un gran atributo para que el gestor pueda pensar, planear, articular, negociar, acompañar, evaluar, etc.; todo lo que ocurre en un servicio del sistema de salud, para el buen funcionamiento de la atención en salud, eso sería una competencia particular que el mismo emprende (BRASIL, 2006).

A partir de todos estos conceptos, definiciones e enunciados tuve la seguridad de estudiar a partir de una investigación de artículos que fueron publicados en un período de tiempo de cinco años el tema de la gestión en salud, con el objetivo de analizar las temáticas y los tipos de estudios de los artículos de la base de datos LILACS, publicadas entre el año 2014 al 2018, con la temática de gestión en salud.

2 CAPITULO I: MARCO TEORICO

Para mejor comprensión del tema a ser tratado, en este capítulo se explicaran brevemente a través de las fundamentaciones teóricas, el contenido sobre la gestión en salud, que posee esta investigación, y las formas en la cuales se llegaron para poder alcanzar el objetivo propuesto, con las relaciones de los trabajos que realizan los profesionales actuantes en la asistencia, principalmente como conllevan los gestores las funciones administrativas que estos poseen para una mejor diligencia en sus prácticas y acciones, para poder cumplir con la demanda que impone el servicio de salud.

2.1 GESTIÓN EN SALUD

Acatemos que la gestión en una nueva ciencia, y llegó primeramente en las empresas industriales luego en los servicios de salud. Los hospitales tuvieron un papel fundamental de protagonismo en este proceso de cambios inauditos, por más que hoy en día el concepto de gestión ya no sea tan centralizado en las instituciones hospitalarias como en épocas anteriores.

Entonces, el hospital se convierte en una empresa, por la sofisticación del sistema técnico y organizacional del trabajo, y por la creciente complejidad y conflictividad en su entorno socioeconómico, de las necesidades e intereses de las diferentes partes interesadas, ya sean tanto en los profesionales de salud, como los usuarios de los servicios^[1].

Ya en el área de la salud pública, a partir de la edición de las Normas Operacionales Básicas de 1996 (NOB-96), se introdujo una nueva acepción a estos términos, diferenciando la administración de la gestión.

Entonces, se considera a la gestión como una actividad, la cual posee la competencia y responsabilidad de dirigir los sistemas de salud en cada nivel de gobierno (Municipal, Estadual o Nacional), por consiguiente, comprende un conjunto de amplias atribuciones para ejercer las funciones conceptuadas en la NOB-96: coordinación, articulación, negociación, planeamiento, acompañamiento, control, evaluación e auditoria (BRASIL, 2006).

A partir de ahí, la gestión es un término muy utilizado sustituyendo a la administración, ese significado busca enfatizar al proceso administrativo, que incluye las funciones de dirección, planeamiento, organización, coordinación, evaluación y control,

¹ (Importância da gestão em saúde-Editorial VOL. 23, N.o 1 — JANEIRO/JUNHO 2005)

para tener una connotación política y estratégica, involucrando al establecimiento con visiones futuras, para la gestión de conflictos, la introducción de innovaciones organizativas, tomando en cuenta la flexibilización necesaria a una adaptación permanente de las organizaciones ya sean públicas o privadas (MOTA, 2003).

En el sentido más amplio de la palabra "Gestión", puede entenderse como gestores, están involucrados directa e indirectamente con el SUS. Lo cual, todos somos gestores con deberes y responsabilidades para el propio fortalecimiento. En el sentido más limitado de la palabra, la gestión es una responsabilidad administrativa, por consiguiente, el gestor y su equipo, son los responsables directos por la coordinación y dirección del dicho sistema. Entre tanto, según la Política Nacional de Humanización y gestión en el SUS:

[...] Podemos conceptuar la gestión en salud como la capacidad de lidiar con conflictos, de ofrecer métodos (modos de hacer), directrices, cuadros de referencia para análisis y acción de los equipos en las organizaciones de salud. Además, la gestión es un campo de acción humana que busca la coordinación, definiendo los términos articulación e interacción de recursos y trabajo humano para la obtención de fines / metas / objetivos. Se trata, pues, de un campo de acción que tiene por objeto el trabajo humano que, dispuesto bajo el tiempo y guiado por finalidades, debería realizar tanto la misión de las organizaciones como los intereses de los trabajadores (BRASIL, 2009, p.10).

Para Teixeira (2010), con respecto a la gestión de los sistemas de salud, se especifican, en general, las funciones de conducción política (toma de decisiones y planificación estratégica), organización, coordinación, monitoreo y evaluación de programas, servicios y actividades. En el ámbito del SUS, se ha convenido distinguir Gestión (de sistemas) de gerencia (de unidades de salud, programas y proyectos), como una forma de destacar el carácter político de la primera, en oposición al carácter técnico-administrativo de la segunda, aunque en cada una de esas dimensiones esté en juego el ejercicio del poder, en sus varias dimensiones política, técnica y administrativa.

Es habitual la certificación de que la gestión en salud aún está muy aferrada a métodos y estrategias tradicionales, provenientes de teorías clásicas de la administración. Y para constituir nuevas formas de gestión en el área de la salud, deben estar instituidas en las participaciones, prácticas cooperativas e interdisciplinarias donde los trabajadores de los servicios de salud y usuarios actúen como sujetos activos, eso queda como un desafío a ser superado (MATOS; PIRES, 2006).

En la actualidad, se toma la debida importancia de que en la gestión en salud no se mide apenas por las tendencias actuales y la integración de la asistencia en

salud y las presiones para la creciente y continua racionalización (económica, técnica y organizativa) de los servicios de salud, las cuales van a la par con la persistencia de la especificidad de las organizaciones de los profesionales de salud, en las que existen dos líneas de autoridad, la relación de agencia, la débil o el nulo dominio del consumidor, etc. Se declaran los desafíos emergentes, a los gestores de los servicios de salud y a la gestión en sí, que requieren varios cambios para operar en el campo de la salud, iniciando por la propia ampliación y crecimiento del perfil de morbimortalidad, la oferta exagerada de los recursos, el aumento excesivo de los costos, el paradigma de la sociedad de acuerdo a la información y el conocimiento que poseen, así también la tecnología, el papel del Estado, y de los usuarios en los aspectos de bioética, calidad, y la equidad².

Como bien se sabe, la gestión, es un área muy importante para el avance en el sector de la salud, adquiriendo una buena atención integral y de mejor calidad, para ofrecer buenos servicios de los profesionales de la salud, y para poder llevar a cabo con la ardua labor, existen algunas funciones administrativas muy importantes en que los gestores encargados, se sujetan, para cumplir con los objetivos propuestos.

2.1.1 Funciones Administrativas

En general, se acepta hoy la planificación, la organización, la dirección y el control como las funciones básicas del administrador. Esas cuatro funciones básicas: planificar, organizar, dirigir y controlar - constituyen el llamado proceso administrativo, como se muestra en la Figura 1.



Figura 1 - Funciones del administrador como un proceso secuencial.

Fuente: Introdução à Teoria Geral da Administração (CHIAVENATO, 2004).

² Importância da gestão em saúde (REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA VOL. 23, N.o 1 — JANEIRO/JUNHO 2005)

La gestión, o la acción administrativa, presupone el desarrollo de un proceso que involucra las funciones citadas anteriormente. En su conjunto, las funciones administrativas, forman el proceso administrativo (Figura 2).

PLANEJAMENTO	ORGANIZAÇÃO	DIREÇÃO	CONTROLE
<ul style="list-style-type: none"> › Decisão sobre os objetivos. › Definição de planos pra alcançá-los. › Programação de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> › Recursos e atividades para atingir os objetivos; órgão e cargos. › Atribuição de autoridade e responsabilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> › Preenchimento dos cargos. › Comunicação, liderança e motivação do pessoal. › Direção para os objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> › Definição de padrões para medir desempenho, corrigir desvios ou discrepâncias e garantir que o planejamento seja realizado.

Figura 2 - Elementos del proceso de gestión.

Fuente: Organização e Funcionamento do SUS (2010).

Cuando se consideran en un todo integrado, las funciones administrativas forman el proceso administrativo. Cuando se consideran aisladamente, la planificación, la dirección, la organización y el control constituyen funciones administrativas.

En realidad, las funciones del administrador que forman el proceso administrativo son más que una secuencia cíclica, ya que están íntimamente relacionadas en una interacción dinámica. El proceso administrativo es cíclico, dinámico e interactivo, como muestra la Figura 3.

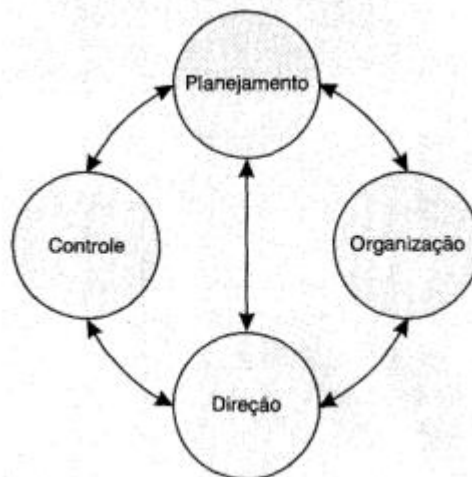


Figura 3 - El proceso administrativo: la interacción de las funciones administrativas.

Fuente: Introdução à Teoria Geral da Administração (CHIAVENATO, 2004).

Pero Mattos (1985), trae en la literatura administrativa que hay una concordancia en la atribución básica de gestión, que son las siguientes: dirigir, organizar y controlar personas o grupos de personas. Es una función que trata con personas, siendo el responsable de la consecución de los objetivos de la organización. El producto final de su trabajo se evalúa a través del desempeño de su equipo.

Entonces, el papel del gerente es planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el trabajo para que la organización pueda alcanzar sus objetivos, debe poseer conocimientos y habilidades perfeccionadas de planificación y control de las actividades organizacionales (JUNQUEIRA, 1990).

En la secuencia, abordaremos cada una de las cinco funciones administrativas: planificar, organizar, dirigir/liderar, controlar/regular y evaluar.

2.1.2 Planificación

La primera función administrativa que figura es planificación, ya que ella es la base que determina la toma de decisiones sobre qué hacer, antes de que la acción sea necesaria y así designar las demás funciones, pues, la misma delimita las misiones y formula los objetivos detallando planes para que estos puedan ser alcanzados de la mejor manera posible, con la programación de las actividades precisas para poder llegar a la meta propuesta. (CHIAVENATO, 2004).

El hecho de planear, consiste en diseñar, elaborar y acompañar un conjunto de propuestas de una determinada acción con vistas a la intervención de un recorte de realidad; la planificación, se ve como un instrumento de racionalización de la acción humana. Actividades realizadas por actores sociales, con un determinado propósito para el mantenimiento o modificación de la situación empleada (VILASBÔAS, 2004).

La planificación, es una formalidad, para que pueda producirse un resultado articulado, en lo cual existe un molde de sistemas integrado de decisiones, que se debe organizar y pensar como coordinar la forma de ejecución de las acciones ya trazadas en conjunto, para poder delegar las actividades a los involucrados en el proceso (MINTZBERG, 2004).

Teixeira (2010), apunta que: "Por planificación se entiende un proceso de racionalización de las acciones humanas que consiste en definir proposiciones y construir su viabilidad, con miras a la solución de problemas y atención de necesidades individuales y colectivas".

Como consecuencia de la complejidad creciente del proceso del trabajo en el área de la salud, surgió el interés por la planificación de las acciones de salud, ya que estas vieron la necesidad de enfrentarse a los cambios que se produjeron, en las condiciones de vida y salud de la población en diversos países. Ya que, en este panorama, se realizarían campañas sanitarias y luego la elaboración de programas de control de enfermedades, que se consideran como actividades que ya incluían la práctica de la planificación (TEIXEIRA, 2010).

Según Matus (1993), determina que la concepción de planificación, reconoce la existencia de varios actores sociales, proponiendo la combinación de acciones estratégicas y comunicativas entre los involucrados para la realización de las actividades certificando la construcción de consensos relacionado a los problemas que deben enfrentarse, también así a los objetivos a alcanzar, y las acciones alternativas a ser desarrolladas para lograr lo propuesto.

Bien sabemos que la planificación es un proceso bastante importante para la realización varias actividades, determinación de objetivos y propuestas a ser llevadas a cabo, con respecto a la salud, es fundamental esa primera función, ya que es la propulsora de los programas, políticas públicas, y para brindar una buena asistencia a los usuarios del sector salud.

Entonces, la planificación en salud se expresa como un saber tecnológico operante, ya que el mismo conduce a la realizar la determinada acción que conlleva ese proyecto. Posee una técnica, sobre el modo de disponer, arreglar y procesar variadas técnicas a ser realizadas, una vez que la población presta directamente sus servicios, esta planificación se presenta como un trabajo de gestión, que debe ser articulado en lo político, con lo técnico-científico, o para la producción de los cuidados asistenciales en salud Según (SCHRAIBER, 1999).

Para Teixeira, Vilasbôas y Abreu de Jesús (2010) el proceso de planificación en salud implica, a nuestro ver, en el desarrollo de dos momentos articulados: formulación de la Política (construcción de la Agenda estratégica) conteniendo la identificación de los problemas prioritarios de alcance general (sistémicos) y elaboración del Plan propiamente dicho.

Para entender los determinados problemas de salud y los procesos de planificación, se considera que el sector salud es inseparable de la totalidad social, eso significa que se debe considerar la situación de salud en que se encuentra una población, y la organización sectorial. El interés por el comportamiento de los involucrados de las actividades a ser realizadas, y el énfasis que estos dan al análisis de relaciones de poder,

para con las prácticas de salud, resulta un nuevo modo de pensar, acentuando la formación de los sujetos sociales para el desarrollo de las políticas en salud (TESTA, 1995).

2.1.3 Organización

La organización es parte del proceso administrativo, la cual se basa en estructurar y dividir el trabajo a ser realizado e integrando actividades en una configuración lógica, designando a personas para la ejecución del mismo y asignando los recursos para coordinar los esfuerzos realizados entre los sujetos, poniendo en práctica la planificación hecha (CHIAVENATO, 2004).

La implementación de instrumentos y prácticas gerenciales está referida al uso de tecnologías aplicadas a la organización, control y evaluación de las actividades desarrolladas, considerando su relación con objetivos definidos. Este proceso implica capacidad para optimizar el uso de recursos disponibles en la organización y de articular la negociación interna, visando consensos posibles frente a los diversos intereses existentes. (BARBOSA; MANGEON, 2010).

Cada organización es única y desempeña una determinada función en ese amplio y complejo organismo llamado sociedad. Algunas dimensiones de los cuidados en salud cobran importancia extraordinaria en este diseño: integración asistencial, continuidad, trabajo multiprofesional y colaborativo, comunicación adecuada entre los diferentes agentes, educación de los pacientes y de sus familias, organización de los servicios en redes dinámicas, horizontales (a nivel de la comunidad y / o de las redes relacionales de los individuos) y vertical (entre los diferentes niveles y componentes del sistema de atención) y coordinación asistencial.

La capacidad de decidir sobre la organización de la infraestructura de los servicios y estructurarla según criterios de eficiencia y eficacia de forma desburocratizada permite una mejor asignación de tiempo y atención a una agenda de prioridades. (BARBOSA; MANGEON, 2010).

Al examinar con más profundidad la realidad de una organización de salud, se puede vislumbrar una de las estructuras más complejas entre las organizaciones. En este ambiente, se percibe la coexistencia de diferentes grupos de trabajo, que constituyen subculturas organizacionales y que mantienen prácticas peculiares, discretas modificaciones en sus prácticas de trabajo donde aún prevalecen aquellas que priman por las reglas y reglamentos, que cobran obediencia y valoran el proceso hasta llegar al resultado.

También en las organizaciones de salud, la necesidad de aprender continuamente deja de ser una cuestión irrelevante y actualmente se destaca por ser imprescindible para el mantenimiento de la competitividad de esas organizaciones (ALMEIDA, 2011).

Lo importante es que el país y el sector salud tengan estructuras organizativas suficientemente flexibles para adaptarse a los contextos políticos, sociales y técnicos que se presentan durante emergencias (OPAS, 2019).

La eficacia de las organizaciones de salud depende de las relaciones que se establecen con las personas involucradas en medio, con las tecnologías, recursos y administración, para realizar la tarea organizacional de la prestación de los servicios de salud. Con todos esos factores, la administración es el papel más determinante, porque una vez que ella realiza el trabajo de alcanzar objetivos organizacionales, mediante las funciones administrativas. La tarea de la administración posibilitara a la organización de salud, cambiar los niveles de atención, y la cualidad de los servicios (JUNQUEIRA, 1990).

2.1.4 Dirección o Liderazgo

La dirección constituye la tercera función administrativa y viene luego de la planificación y de la organización. La dirección cumple el papel de dirigir los esfuerzos de un equipo, lo cual se exige las habilidades de los mismos para un propósito común, que es la de dinamizar las acciones de los servicios de salud. La misma está relacionada con la acción de poner en marcha las actividades propuestas, debe haber comunicación entre las personas para facilitar el trabajo de los demás, y así determinar sus cargos y funciones, estar bien entrenados, guiados y motivados para alcanzar los resultados. Así, la dirección es la función administrativa que se refiere a las relaciones interpersonales de los administradores en todos los niveles de la organización y sus subordinados respectivos (CHIAVENATO, 2004).

Según Rosales³: “Liderar es facultar a otros para encarar retos, lograr Facultar a otros para encarar retos, lograr resultados y crear el futuro positivo que la gente resultados y crear el futuro positivo que la gente vislumbra”.

Para que el liderazgo sea más asertivo dependerá netamente de la capacidad, destreza y habilidad del líder, en varios aspectos, estos sean técnicos, humano y conceptuales. Porque hay una vasta complejidad en el trabajo actual, por tanto, exige más

³ ROSALES, Carlos. **Liderazgo y Gerencia para Liderazgo y Gerencia para Obtener Resultados en Ob- tener Resultados en Salud**. Citado en 30 de junio de 2019. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/pon_lid_y_ger_obt_result.pdf

colaboración para resolver los problemas (GODINEZ, 2003).

Si bien la palabra liderazgo, se define como una autoridad que se ejerce sobre algunas determinadas personas, que por ende también permite incentivarlas para que deseen trabajar en ello de forma entusiasta hasta alcanzar una meta en común. Entonces Teixeira (2010) apunta en su glosario la siguiente definición de liderazgo:

Liderazgo: capacidad de conducción, de dirección, materializada en la figura de un jefe, cuyo conocimiento, experiencia y cualidades de relación interpersonal favorecen que éste encarne los objetivos y valores de un determinado grupo o institución. La literatura contemporánea sobre liderazgo destaca la influencia que un determinado líder ejerce sobre los miembros de un grupo, en función de cualidades personales, como conocimiento de sí mismo, iniciativa, coraje, persistencia e integridad, llamando la atención, sin embargo, que éstas no son necesariamente características innatas y se pueden adquirir a través del entrenamiento y la experiencia (TEIXEIRA, 2010, p. 137).

Godínez (2003), determina que, en la gestión, el liderazgo, generalmente modifica las políticas en el aspecto de decisión para que exista una mejor realización de las actividades respecto a procesos, buscando solución de problemas o conflictos con los grupos de trabajo establecidos.

Lo que caracteriza al liderazgo son varias habilidades, y la cuestión, no es solo tener un título o cargo, y si es influir sobre los demás para poder conseguir un resultado favorable. Los gestores sanitarios, asumen sus responsabilidades para la resolución de los problemas que afronta en la actualidad el servicio de salud, y eso es dar un paso adelante con relación a los aspectos que se enlazan con el liderazgo (MURILLO; PECO, 2017).

En las organizaciones sanitarias, el liderazgo, es un proceso por el cual se dirige, organiza, diseña, optimiza y evalúa, actividades de los diversos actores sociales, involucrados en las actividades, formando así un grupo interdisciplinario, lo cual influye en esos grupos para propiciar la colaboración de los mismos, ampliando y facilitando la comunicación y el trabajo en equipo; el objetivo es crear un grupo de acción comprometido con la calidad, dispuestos a lograr las metas y los objetivos propuestos de la organización (IMSS, 2002; DEL VALLE, 1994).

No hay dudas, que el liderazgo es una de las características primordiales a ser desarrolladas e implementadas en los profesionales sanitarios, más en el ámbito de la gestión, resultando esencial igualmente en el ámbito clínico (MURILLO; PECO, 2017).

2.1.5 Control/Regulación

El control es la cuarta función administrativa los que depende de la planificación, la organización y la dirección. La finalidad del control es consolidar que los resultados de lo que fue planeado, organizado y dirigido se ajusten tanto como sea posible a los objetivos previamente establecidos, definiendo padrones de desempeño de los encargados de las acciones, para luego monitorearlos a partir de los resultados de los objetivos propuestos en la planificación, que fueron organizados y dirigidos.

La propiedad del control se establece en la verificación de las actividades, para así tomar la acción como un guía, asegurando y determinando que los objetivos están siendo alcanzados, llegando a los resultados esperados (CHIAVENATO, 2004).

Regular tiene como significados: sujetar las reglas, dirigir, regular, encaminar conforme la ley, esclarecer y facilitar por medio de disposiciones; reglamentar, establecer reglas para regularizar, establecer orden o parsimonia en acertar, ajustar, contener, moderar, reprimir, conformar, evaluar, confrontar, comparar, entre otros, de acuerdo con el Diccionario Aurelio (FERREIRA, 1986).

La regulación estatal se da cuando el Estado, metido en su papel mediador colectivo, ejercita un conjunto de diferentes funciones para direccionar los sistemas de servicios de salud en el sentido de cumplimiento de sus objetivos y para definir, implementar y evaluar las reglas del juego de estos sistemas, en forma de regular el comportamiento de estos actores sociales en situación y a satisfacer las demandas, necesidades y representaciones de la población. (MENDES, 2002).

La actividad de regulación fue entendida inicialmente como la interferencia del Derecho en la vida social y los comportamientos individuales, pero con el surgimiento de los Estados modernos, pasó a ser entendida, también, como la interferencia del Estado en los sistemas sociales (TEIXEIRA, 2010).

Es entendido como regulación, el poder que es ejercido por el Estado, para estipular padrones y fiscalizar las resoluciones y normas para los productos, servicios establecimientos y las determinadas actividades públicas o privadas del interés colectivo (BRASIL, 2011a).

Por otro lado, Teixeira (2010), apunta que la regulación en salud significa, por lo tanto, la intervención del Estado para garantizar la producción, distribución y el consumo de servicios de salud, e implica el establecimiento de leyes, normas y procedimientos a ser adoptados por los diversos entes que operan en el ámbito del sistema.

En el sector salud, la regulación es una actividad compleja, que comprende un importante número de acciones, estrategias, instrumentos, local se considera que se

compone de un conjunto acciones, servicios y programas de promoción, tratamiento, prevención, rehabilitación, paliación, que incluye los cuidados individuales y colectivos, requiriendo la atención en distintos lugares de atención a la salud ambulatorios y hospitalarias (BRASIL, 2011a).

2.1.6 Evaluación

En la perspectiva de demarcar el campo de la evaluación, de programas sociales, Contandriopoulos et al, (1997), destacan que la evaluación es considerada como un juicio de valor, sobre una intervención o cualquiera de sus componentes, con el objeto de auxiliar en la toma de decisiones.

Según Viera da Silva (2005), la evaluación en salud, es un análisis sistemático de congruencias de políticas en relación a las necesidades y problemas de salud, ya que crea competencias en volumen de acciones direccionadas a las necesidades, demandas y progresos con el afán de cumplir los objetivos, y metas fijadas en el tiempo preciso, de una manera eficiente, con respecto al uso racional de los recursos empleados, en la realización de las acciones previstas, y así también la eficacia para la obtención de resultados favorables con lo estipulado, con respecto a la utilización de las determinadas tecnologías y la prestación de un servicio de salud, con gran efectividad en relación al alcance de los resultados propuestos por un programa o servicio de salud en términos de impacto sobre el problema y las necesidades de salud que lo generaron.

Para Silva (2005), lo que más se destaca como objeto de evaluación son las prácticas más frecuentes, que son resultados de las acciones sociales planificadas, tales como las políticas públicas, los programas y servicios de salud.

Con respecto a la evaluación de políticas públicas, programas y proyectos pueden afectar a todos los niveles del sistema de salud, hasta el punto de recortarlos. En relación a las políticas de salud, pueden ser consideradas como acción u omisión del Estado, como respuesta social, en base a los problemas de salud y sus propios determinantes, así también la producción, distribución y regulación de bienes, servicios y ambientes que afecten directamente a la salud tanto individual, como colectiva (PAIM, 2002, PAIM, 2003).

En el sistema de salud, la evaluación debe comprobar la pertinencia de las acciones relacionadas al sector salud, que son priorizadas, a través del Plan de Salud, dependiendo de los servicios ofrecidos. Al evaluar un sistema de salud, se examina si las competencias de cada esfera de gobierno, están siendo cumplidas, acorde a las necesidades demandadas, del mismo modo se evalúa la resolución de cada nivel de

atención a la salud a partir de la descentralización (BRASIL, 2011b).

2.2 GESTIÓN DEL TRABAJO EN SALUD

La gestión del trabajo se basa de acuerdo a la organización de las relaciones de trabajo, fundamentado en la actividad que desarrolla el trabajador de salud, como un agente transformador de su ambiente (BRASIL, 2011b).

Para la gestión del trabajo en salud, uno de los grandes desafíos, es dirigir la "potencia andante" como estímulo a la libertad de creación y acción de cada trabajador, para que el proyecto técnico-ético y político al servicio del cuidado, pueda establecer la subjetividad del trabajador, y así proponer nuevos mecanismos en los servicios de salud, en contraposición a las prácticas rudimentarias (GALAVOTE et al, 2016).

La gestión en el trabajo trata de la relación entre el trabajo y la participación del trabajador como punto fundamental para la eficiencia del sistema. Así, el trabajador es percibido con un sujeto y agente transformador de su ambiente y no sólo un recurso humano realizador de tareas previamente establecidas por las esferas mayores (BRASIL, 1999).

La gestión del trabajo presupone las cuestiones que implican valorización del trabajador de la salud y de su trabajo, dando atención especial: la desprecariación del trabajo, pues muchos trabajadores se someten a las grandes jornadas de trabajo, prácticas sin equipos adecuados, ambientes precarios, resultando en la falta de compromiso de estos profesionales con los servicios, disminuyendo la calidad y causando una gran rotación del cuadro de funcionarios, impidiendo la formación de vínculos entre los trabajadores y la clientela, además de problemas con cuestiones la mano de obra (BENITO; LICHESKI, 2009).

Por gestión del trabajo en el sector público de salud, se entiende el esfuerzo del Estado, en los diferentes niveles de gobierno, de regulación de las relaciones sociales de trabajo, capacitación y formación profesional de los agentes sociales y la creación de condiciones adecuadas de trabajo (MENDONÇA et al, 2010).

La gestión del trabajo puede ser comprendida sólo bajo el formato administrativo, pautado en situaciones de mando y en el control prescriptivo de la organización de los procesos de trabajo, en el campo de la macro-política, pero también puede ser una acción cotidiana del trabajador, en el espacio de la micro-política, a partir del reconocimiento de que todos los trabajadores son gestores de su propio trabajo, ejerciendo grados de libertad en la organización y ejecución de sus prácticas. (GALAVOTE et al, 2016).

2.2.1 Trabajo en Salud

El trabajo se ve como un proceso de intercambio, creatividad, coparticipación y corresponsabilidad, de enriquecimiento y compromiso mutuo (BRASIL, 1999).

Según Merhy y Franco (2009), el trabajo en salud se relaciona específicamente con el trabajo humano, que es considerado trabajo vivo en acto, lo cual en el mismo momento se ejecuta y determina la producción del cuidado de los profesionales para con los usuarios. Pero el trabajo vivo siempre forma procesos de trabajo, en el cual interactúan todo el tiempo con instrumentos, normas, máquinas y diversos tipos de tecnologías. Y denotan de la siguiente manera la concepción del trabajo en salud:

El 'trabajo en salud' se centra en el 'trabajo vivo en acto', semejanza del trabajo en educación; y la efectividad de la tecnología ligera del trabajo vivo en el acto, en la salud, se expresa como proceso de producción de relaciones intercesoras en una de sus dimensiones clave, su encuentro con el usuario final, que representa "en última instancia, las necesidades de salud, como su intencionalidad, y por lo tanto, quién puede, con su interés particular," publicitar "las distintas intencionalidades de los otros agentes en la escena del 'trabajo en salud' (MERHY; FRANCO, 2009).

Tenemos como desafíos eficaces para la búsqueda de otra manera de operar el trabajo en salud y la construcción de la relación de los trabajadores con los usuarios sistema de salud, edificando una relación más armoniosa entre los mismos desde el punto de vista de su desempeño técnico-asistencial, y de la construcción de un trabajador colectivo y comprometido en el área salud (MERHY, 1994).

El concepto de trabajo en salud podría ser sintetizado en una sola palabra que le confiere singularidad y grandeza: cuidar. "El trabajo en salud produce el cuidado que las personas necesitan en algún momento de la vida". Como ya se ha dicho, cuidar, disminuir el sufrimiento, salvar vidas, contribuir en la construcción de una vida productiva y feliz funciona como el "cemento simbólico" de las organizaciones de salud (OLIVEIRA; LACAZ, 2012).

Según Pires (2009), el trabajo en salud tiene una gran división, que, son las diferentes formas de como los seres humanos, al vivir en sociedades socio-históricas, producen y reproducen la vida.

Los trabajadores tienen que responsabilizarse por una buena parte de la calidad de la asistencia que ofrecen, pues siendo el trabajo en salud un trabajo vivo en acto dependiente, pueden poner todas sus sabidurías, como opciones tecnológicas de que

disponen para la producción de procedimientos eficaces servicio del usuario y de su problema. Así, tenemos que primar por la "ciudadanía" de la asistencia a la salud, constando de esta manera tanto la dignidad del trabajador, como la del paciente. (MERHY; FEUERWERKER 2009).

El trabajo en salud puede ser percibido usando como ejemplo el trabajo de los profesionales del servicio de salud, en el cual se imagina la existencia de tres variantes para demostrar el arsenal tecnológico del trabajo en salud. En la primera variante se encuentran los instrumentos (tecnologías duras), en la segunda, el saber técnico estructurado (tecnologías ligeras-duras) y, en la tercera, las relaciones entre sujetos que sólo tienen materialidad en acto (tecnologías ligeras), por consiguiente, los profesionales de salud deben utilizar las tres variantes, todos de modo diferente, conforme a la forma de producir el cuidado. Entretanto, el trabajo en salud es realizado por trabajadores colectivos, ya que no hay forma de que solo un profesional de salud, pueda con toda la carga de las necesidades en el ámbito de la salud (FRANCO; MERHY, 2009).

Según Oliveira y Lacaz (2012), el trabajo en salud, es altamente institucionalizado, eso significa que se realiza en organizaciones formales, y eso nos plantea un desafío de buscar elementos teóricos, para que posibiliten una mejor comprensión de los escenarios donde se da el trabajo en salud: las organizaciones en salud.

Como toda actividad humana, las prácticas en salud, son actos productivos, ya que estos modifican una cosa, y producen otras nuevas. El modelo de atención a la salud, que predomina en nuestros servicios, todavía están centradas en las organizaciones de acciones a partir de problemas, y situaciones específicas, como el pre-natal, exámenes preventivos de cáncer, hipertensión y otros. Todo eso minimiza la dimensión direccionada al cuidado integral del individuo, es decir, la atención integral. A partir de esas características se derivan, algunas fragmentaciones del cuidado, así como la división técnica y social, que posee el proceso del trabajo en salud (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

2.2.1 Actuación de los Profesionales en Salud

Los trabajadores de salud son aquellos agentes que están involucrados directamente en actividades y acciones con los usuarios del sistema de salud, son los que prestan sus servicios apoyando a la gestión clínica-asistencial, sin importar el tipo de contrato o vínculo que posee, puede ser en el sector público o privado. Los profesionales de salud actúan en la asistencia directa al cuidado del enfermo, así también en la gestión, tratando sobre programas de promoción de salud, y trabajando en los servicios de apoyo

diagnóstico, terapéutico, en la gerencia y en la producción de las tecnologías que se utilizan en el trabajo en salud (NESCON, 2008).

Un profesional de salud, no tiene conocimientos y experiencias suficientes para comprender todo lo que compone un trabajo en salud de calidad. Entonces, los profesionales de salud suman sus habilidades, formando equipos de trabajo, para compartir conocimientos, talentos, experiencias, buscando soluciones a los problemas de forma efectiva, en el trabajo. Todas las acciones realizadas por los determinados equipos producen resultados más significativos para todos los involucrados en el proceso de producción del cuidado, para una atención de cualidad e integral a los usuarios (GILMORE, 1997).

Los trabajadores, son equiparados a los insumos para el buen funcionamiento de los servicios de salud, los profesionales de salud son los mayores protagonistas en la producción del cuidado, por ser sujetos activos que operan con sus saberes, con los proyectos que proponen, las expectativas que explayan, y actúan con base a los instrumentos que adquirieron en su formación, para ir creando experiencias para sus actividades cotidianas (FRANCO, 2013).

Campos (1992) considera a la multiprofesionalidad, como una estrategia que orienta y posibilita el realizar una asistencia integral. Los miembros de un grupo multiprofesional deben trabajar de acuerdo con los límites y específicas de su formación, y respetada esta especificidad, necesitan conocer la acción individual de cada uno de los otros miembros (PEDUZZI, 2001).

El equipo multiprofesional puede ser constituido por todos los profesionales que traten con pacientes hipertensos: médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, profesores de educación física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacéuticos, funcionarios administrativos y agentes comunitarios de salud (MION, et al., 2007).

3 CAPITULO II: METODOLOGIA

Se trata de una investigación bibliográfica, con el método descriptivo-exploratorio con análisis cuantitativo, la cual posee el objetivo de sintetizar el conocimiento producido de forma sistemática y ordenada el resultado de investigaciones ya hechas anteriormente, para así obtener nuevas conclusiones.

Con respecto a optar por una investigación bibliográfica, es para determinar las riquezas de informaciones que están escritas en las literaturas, así también las investigaciones hechas sobre el tema. Siendo así, esta investigación tiene el objetivo de analizar las temáticas y los tipos de estudios de los artículos de la base de datos de LILACS, publicados entre el año 2014 al 2018, con el descriptor de gestión en salud.

Lo cual en el primer momento se trata de buscar en los Descriptores de la Salud un tema específico, después de determinarlos, entramos en la base de datos de la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), para luego entrar en una profunda lectura de los materiales recolectados e ir excluyendo los que no cumplan con lo propuesto a la investigación.

Este estudio partió de la perspectiva de la investigación bibliográfica, lo cual según Gil (1999, p.50):

Se desarrolla a partir de material ya elaborado, constituido principalmente de libros y artículos científicos, Aunque en casi todos los estudios se requiere algún tipo de trabajo de esta naturaleza, hay investigaciones desarrolladas exclusivamente a partir de fuentes bibliográficas. Parte de los estudios exploratorios pueden ser definidos como investigaciones bibliográficas, así como cierto número de investigaciones desarrolladas a partir de la técnica de análisis de contenido (GIL, 1999, p.50).

El estudio exploratorio en esta investigación tuvo el objetivo de profundizar más la experiencia del investigador en relación al tema estudiado en esta investigación.

Triviños (1987, p.109), apunta que el investigador inicia con posibles incógnitas y cuestiones a ser respondidas en relación a una realidad específica donde, futuramente, podrá profundizar sus conocimientos para que haya una construcción amplia y diversa de investigaciones, ya sean éstas descriptivas o exploratorios.

Triviños señala también que:

[...] Otras veces, desea delimitar o manejar con mayor seguridad una teoría cuyo enunciado resulta demasiado amplio para los objetivos de la investigación que se tiene en mente realizar. También puede ocurrir que el investigador, basado en una teoría, necesita elaborar un instrumento, una escala de opinión, por ejemplo, que piensa en un estudio descriptivo que está planeando. Entonces el investigador planea un estudio exploratorio para encontrar los elementos necesarios que le permitan, en contacto con determinada población, obtener los resultados que desea. Un estudio exploratorio, por otro lado, puede servir para plantear posibles problemas de investigación (TRIVIÑOS, 1987, p.109).

3.1 EL CAMINO METODOLÓGICO

A seguir describo todo el trayecto que fue seguido para realizar esta investigación. Así es dividido en tres momentos:

3.1.1 Primer Momento

Determiné el tema central, que aborda la Gestión en salud, por ser un asunto que trata de variadas subdivisiones a ser estudiadas, desde la importancia que se le toma al asunto en cuestión, me llamo la atención por las determinadas publicaciones hechas al respecto del mismo asunto en años recientes, puntuando, principalmente la actuación de los gestores y profesionales, y del trabajo en salud que los mismo cumplen a través de las diversas funciones administrativas. La búsqueda de los artículos fue realizado a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y fue utilizado para la consulta de los descriptores controlados para la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud de Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), que fue básicamente Gestión en la Salud.

LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) es el más importante y abarcador índice de la literatura científica y técnica de América Latina y el Caribe que tiene la información bibliográfica en ciencias de la salud. En los últimos años ha habido un aumento de la visibilidad, acceso y calidad de la información sanitaria en la Región (BIREME; PAHO; OMS, 2019).

La misma es muy conocida y prestigiada por la población académica, ya que es apreciada mundialmente por tener un rigor científico muy confiable.

3.1.2 Segundo Momento

Encontré inicialmente 179 artículos disponibles. Para la selección de la muestra de los mismos fue realizada la lectura de los títulos, resúmenes y principalmente si los descriptores estaban de acuerdo con la temática abordada. Excluí 104 trabajos publicados en el primer momento, por no tratar del tema en cuestión, en las palabras claves citadas de los artículos. Luego leyendo minuciosamente cada artículo, denoté que los que se enfocan son 68 de ellos.

La pesquisa lo realicé en un campo de búsqueda un poco más cerrado pues se filtré varias informaciones, para tratar de forma específica con la temática abordada.

Utilicé los siguientes criterios de inclusión para la selección de los artículos: artículos originales y de revisión en la base de datos del LILACS, disponibles en los idiomas: portugués y español con el asunto principal de Gestión en Salud, con límite de 5 años de publicación, que fue del 2014 al 2018.

Siendo así excluidos artículos no disponibles, por ende, que no se adentraban en la investigación, como: libros, monografías, disertaciones, tesis y documentos ministeriales.

Los artículos seleccionados fueron impresos, sometidos a lecturas de forma íntegra y profunda, por consiguiente, aun así, se excluyeron parte de los mismos por no contemplar la cuestión del estudio propuesta en esta investigación.

3.1.3 Tercer Momento

Para mayor comprensión de los datos, utilicé el programa de Excel, para detallar y elaborar tablas y gráficos, de los artículos en estudio que abordaban las cuestiones de Gestión en la Salud, describiendo la distribución de los mismos y presentando los resultados.

Analicé, comparé y contrasté los resultados a la luz de los autores, también inferí sobre determinados resultados que estaban enmarcados y alarmantes con la escasez de información, de las tablas presentadas. Y finalmente concluyo con las consideraciones finales.

En lo que se refiere a los aspectos éticos por tratarse de investigación documental, datos secundarios, este estudio no necesita aprobación de comité de ética en pesquisa, porque ni trabaja con seres humanos y si con análisis de documentos públicos.

A seguir, describo todo mi caminar metodológico (Figura 4):

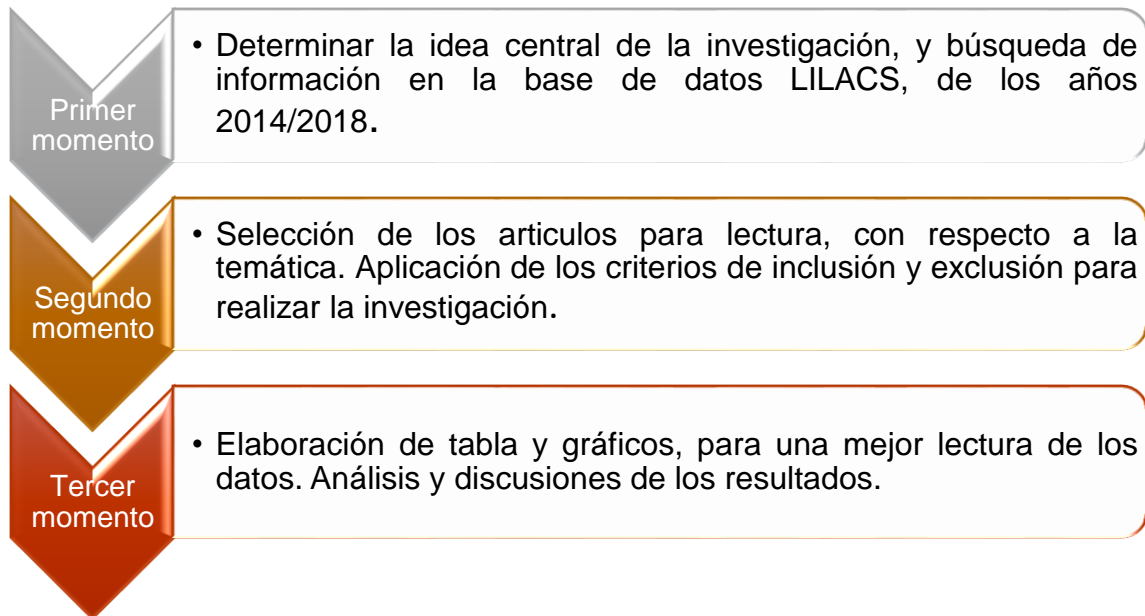


Figura 4 - Camino Metodológico.

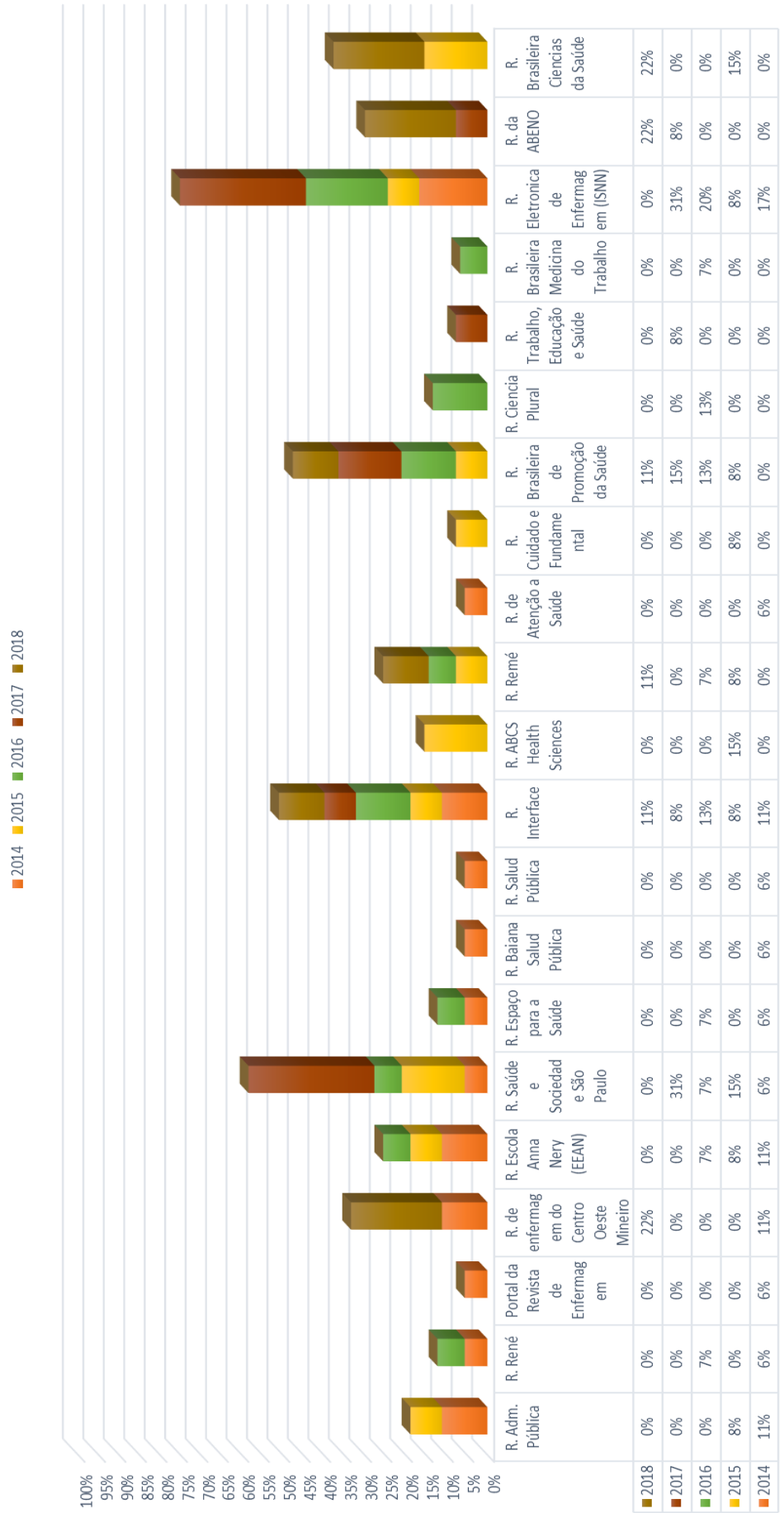
Fuente: Autoría propia (2019).

4 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIONES

A seguir serán presentadas las tablas y gráficos con los respectivos resultados colectados de los artículos de las revistas que contemplan al descriptor de Gestión en salud:

En la figura 5, se demuestra que en el 2014 hubo mayor cantidad de publicaciones hechas con el tema de gestión en salud, con respecto a los siguientes años, totalizando así, unas 12 revistas interesadas. Por consiguiente, las revistas que más publicaron sobre el tema en cuestión fueron la Revista Eletrónica de Enfermagem y la Revista de Saúde e Sociedade de São Paulo, además de ser las que más publicaron, ambas fueron las que en el 2017 tuvieron mayor volumen de publicaciones hechas porque como se pueden ver en las barras, las dos alcanzaron un 31% de difusión, porque versaban más sobre el tema de gestión en salud, otra dato interesante que se observa, es que la Revista Eletrónica de Enfermagem por ser de un campo de la salud en específico puede que las publicaciones hechas por la misma, estén más direccionadas al área de enfermería y en la Revista de Saúde e Sociedade de São Paulo, lo más probable es que este enfocado a los multiprofesionales, es decir, a todos los tipos de actores dentro de la gestión, en tercer y cuarto lugar contemplamos que la Revista Interface y de Promoção da Saúde tuvieron una buena publicación en 2018, por consiguiente las que más publicaron en el determinado año, fueron la Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, la Revista ABENO y Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Otro dato interesante a destacar es que la única revista que tuvo interés de publicar en los cinco años correspondientes, con el tema en cuestión, fue, la revista Interface. Sin embargo, algunas de las revistas tuvieron un mínimo de publicación que fue la Revista de Atenção a Saúde y la Revista de Saúde Pública en 2014, pues estas no se enfocaron netamente en la parte de gestión en salud, otra cuestión relevante sobre las publicaciones de la revista de Administración Pública se enfoca sobre temas más generales, y no apuntan para tratar específicamente sobre la cuestión de Gestión en Salud.

Figura 5 - Distribución de publicaciones de las revistas investigadas sobre el tema Gestión en Salud en el Brasil en el periodo de 2014 al 2018.



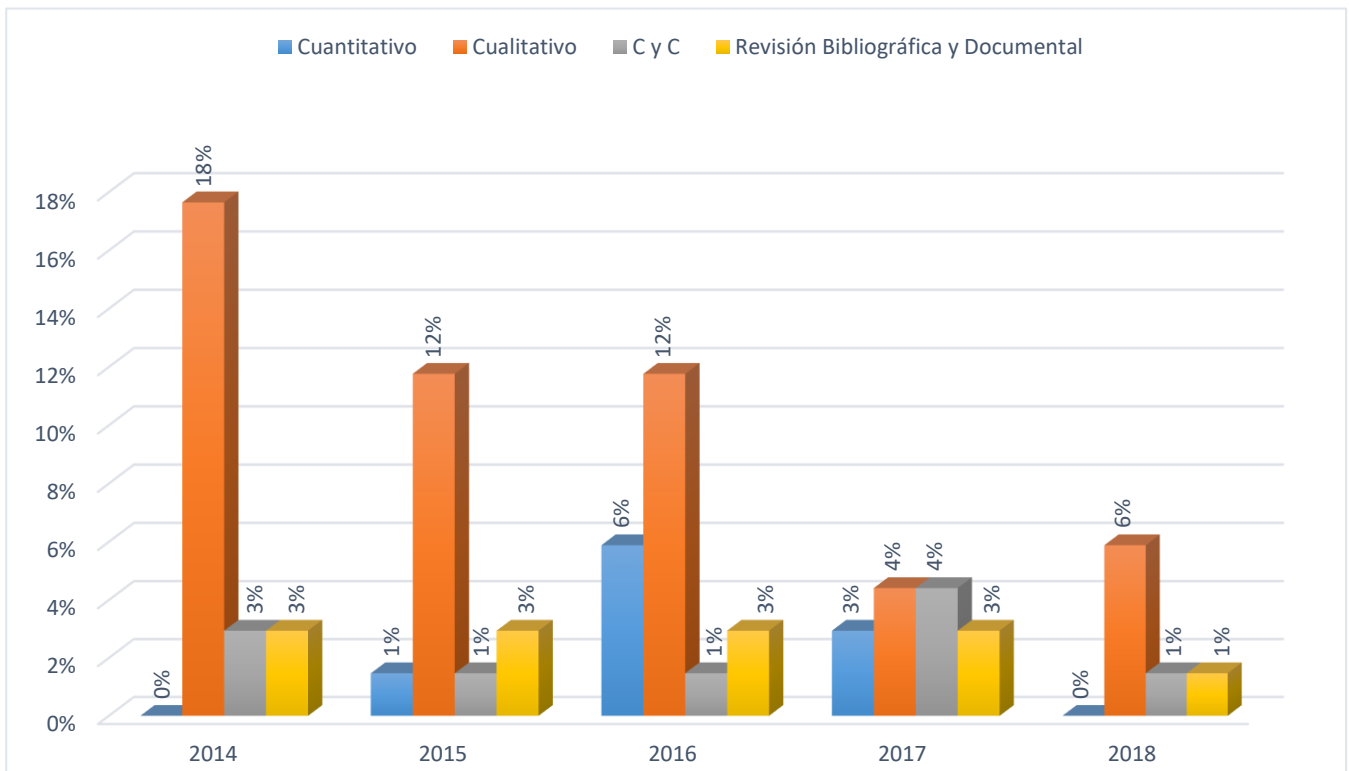
Fuente: Autoría propia (2019).

En la práctica, la ciencia que transmite mejor sus resultados es la más útil, por ello es prioritario comunicar los resultados; la importancia de una publicación científica se puede resumir en: Contribuir a la construcción colectiva del conocimiento, ya que la misma colabora con el avance en el campo de la investigación, para determinar la auto-exigencia frente a los resultados y alcances del estudio, hechos por el investigador, generando nuevas habilidades de redacción científica y desarrollando capacidad de realizar búsqueda de información, facilidad para ordenar ideas, y que estas sean más claras, para contribuir al mejoramiento de la calidad en la práctica profesional, fomentar la educación continua, pues al escribir un artículo se adquieren y actualizan nuevos conocimientos, aportando a la formación propia y de los lectores (CASTELLANOS, 2014).

Entonces, la primera divulgación de una investigación es la publicación científica, que posee contenidos importantes, que el autor quiere expresar a los colegas, con la investigación desarrollada, como una forma de construcción de conocimientos colectivos, para que estos datos puedan ser públicos y útiles, para que así los lectores puedan evaluar, observar los alcances y resultados que obtuvo, generando ideas más claras, y si es del interés de los mismos poder repetir, con procesos investigativos más largos y profundos sobre el tema en cuestión, para que cada vez este actualizado, y así estar ayudando en la formación de los próximos lectores.

De acuerdo con la figura 6, se demuestra que en el periodo de cinco años de publicaciones el abordaje cualitativo fue el más utilizado con un porcentaje de 52% en total, pero resaltó más en el año 2014 por tener una tasa de 18% en base a las publicaciones realizadas, seguidamente están los años 2015 y 2016 con 12% ambas, después el año 2018 con 6% y finalizando, el año 2017 con 4%. Por otro lado, el abordaje cuantitativo solo resaltó en el año 2016 con un 6% de publicaciones, luego el año 2017 con 3% y 2015 con 1%, los años 2014 y 2018 no tuvieron ningún trabajo que aborde sobre el mismo. En relación al abordaje mixto (cualitativo y cuantitativo), podemos observar que utilizaron mínimamente, en los 5 años, y el que más relevancia obtuvo fue el año 2017 con 4%.

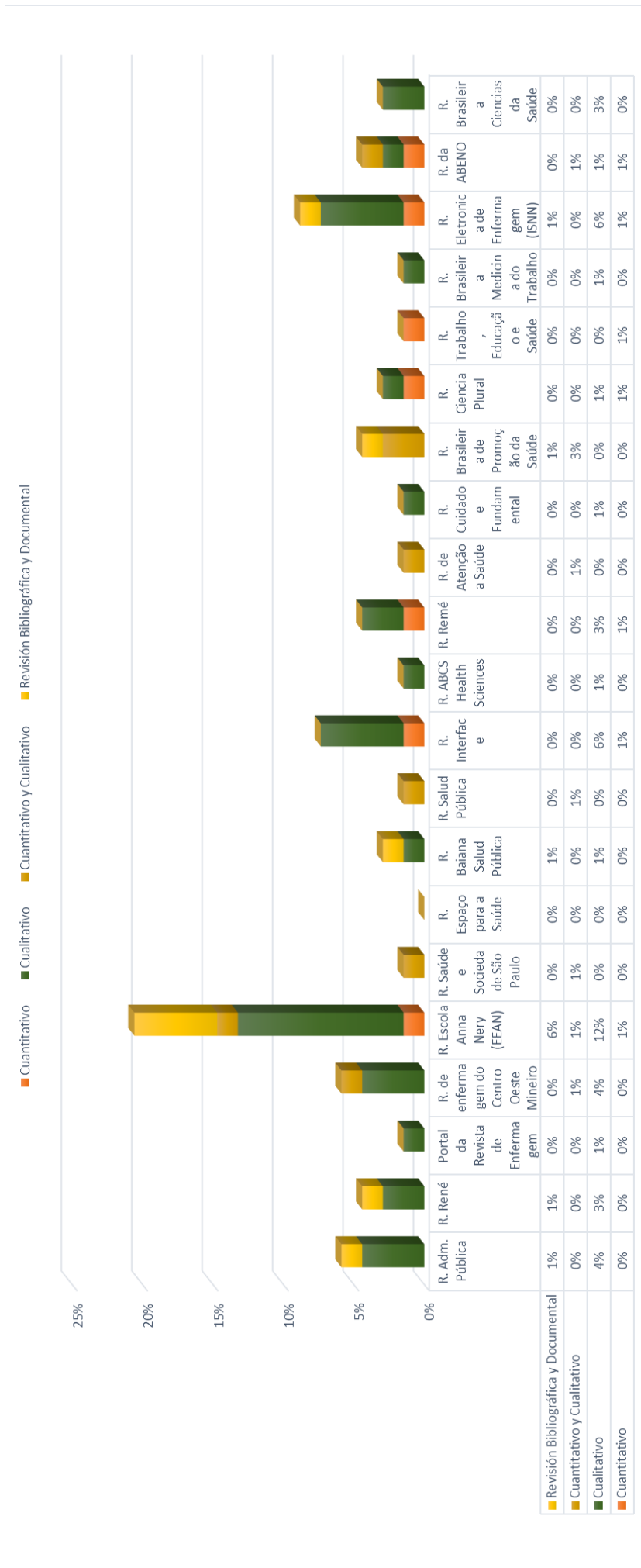
Figura 6 – Tipos de abordajes de investigación presente en los artículos científicos utilizados en la pesquisa en el periodo de 2014 al 2018.



Fuente: Autoría propia (2019).

La figura 7, demuestra que la revista con más publicaciones referente al abordaje cualitativo, es la Revista Anna Nery con un 12%, luego la revista Eletrônica de Enfermagem con 6%, seguidamente la Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro y Administração Pública, ambas con 4%, la Revista René y la Revista Brasileira de Ciências da Saúde con 3%, y las demás con un porcentaje de 1%, consecutivamente visualizamos, que éstas investigaciones con base cuantitativa, aparecen minuciosamente en 7 revistas, tal vez porque ese abordaje está más dirigido para enfoque epidemiológico.

Figura 7 - Tipos de abordajes de investigación presente en los artículos científicos por las revistas utilizadas en la pesquisa



Fuente: Autoria propia (2019).

Con respecto al abordaje mixto, el gráfico, demuestra que los artículos de hay tres revistas referentes a la gestión en salud que se refieren completamente a la pesquisa mixta, las mismas son: la Revista Saúde e Sociedade São Paulo, Revista de Atenção a Saúde y la Revista de Salud Pública con 1%, a pesar de todo, una mínima utilización.

También se observa que dos de las revistas utilizaron los tres tipos de abordaje tanto mixto, así también la cualitativa y cuantitativa, las mismas son: la Revista de Anna Nery, que proporcionalmente encabeza por mayor número de publicaciones y la Revista de ABENO.

Con respecto al análisis documental y revisión bibliográfica, también aparecen de forma minuciosa en los 5 años de publicación, por consiguiente, unas 5 revistas, utilizaron esos tipos de análisis, con una repercusión mínima de 1%.

A pesar de que existía una fuerte desvalorización del abordaje cualitativo en varios temas, para gestión en salud es la más utilizada porque se pretende observar los métodos con una buena calidad de investigación a partir de sus prácticas y conceptualizaciones, ya que la misma contribuye con el desarrollo de un juicio crítico, pautas y criterios para repensar la ciencia social en general, y no solo será utilizarla como forma de revalorizarla, potenciar sus visiones y posibilidades metodológicas.

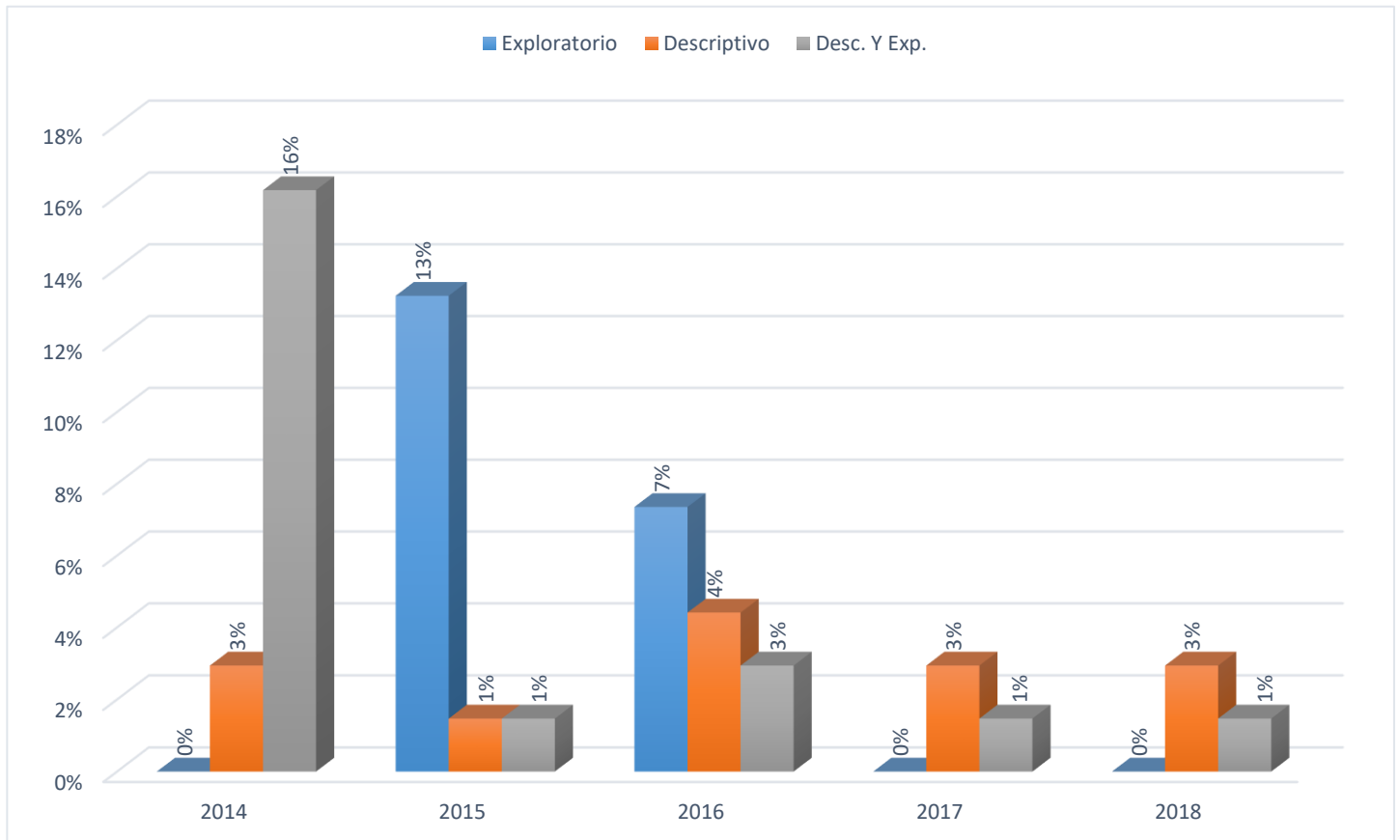
Ya que según Minayo (2001), la investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa, en las ciencias sociales, con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado, o sea, ella trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a la operacionalización de variables. Entonces se percibe que los investigadores están más preocupados con hacer investigaciones con abordaje cualitativo, a partir de ahí surge la subjetividad de la gestión, porque los procesos son subjetivos, la tomada de decisiones es subjetiva el liderazgo, el acto de la salud.

Eso muestra que uno puede investigar un objeto, una situación desde una visión, usando metodologías con abordaje cualitativo o mixto, por la característica de que a gestión en subjetiva. Entonces se observa que el campo de la salud no se ha urtado de apuntar los riesgos de las técnicas de gestión de la subjetividad en su relación con lo que podríamos llamar genéricamente de "organización contemporánea del mundo del trabajo" (MERHY, 1997, 2002)

Con relación a la figura 8, en el lapso de 5 años de las publicaciones hechas, el método más utilizado fue el descriptivo-exploratorio, con una relevancia de 22% sobre el total, el año en que más resaltó con 16%, es en el 2014, luego viene exploratorio

que solo fue utilizado en los años 2015 con 13% y 2016 con el 7%. El método descriptivo, también fue utilizado en los 5 años, correspondientes, representando 14% del total, y la relevancia fue en el año 2016 con 4% de publicaciones hechas.

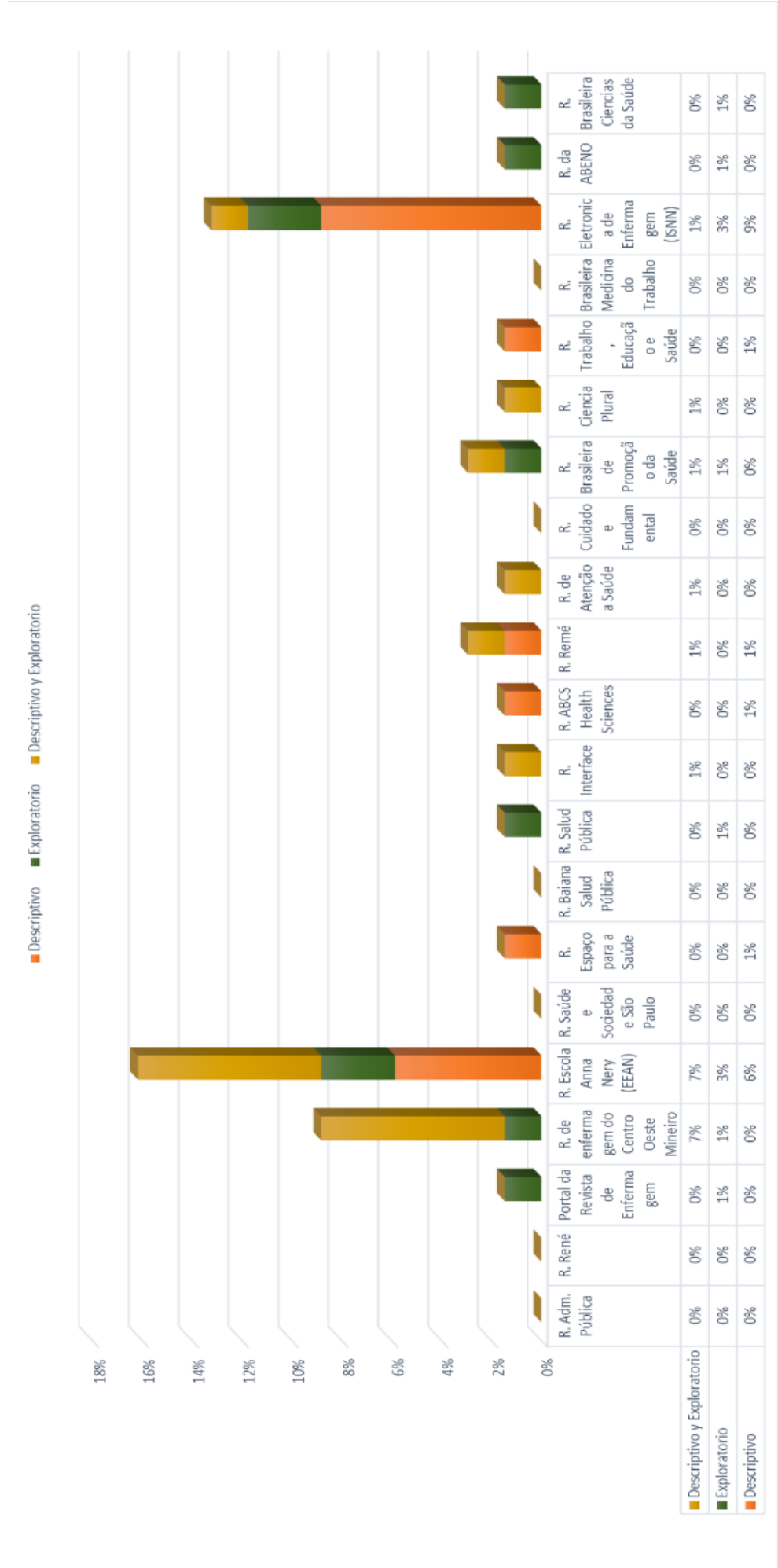
Figura 8 – Tipos de Métodos de investigación presente en los artículos científicos utilizados en la pesquisa en el periodo de 2014 al 2018.



Fuente: Autoría propia (2019).

De acuerdo a la figura 9, seis revistas no presentaron el método de pesquisa que utilizaron en el periodo de 5 años, y estas fueron: Revista de Administração pública, Revista René, Revista Saúde e Sociedade Sao Paulo, Revista Baiana de Saúde Pública, Revista Brasileira Medicina do Trabalho.

Figura 9 - Métodos de investigación presente en los artículos científicos por las revistas utilizadas en la pesquisa en el periodo de 2014 al 2018.



Fuente: Autoria propia (2019).

Pero lo más interesante, es que las revistas Anna Nery, así también la revista Eletronica de Enfermagem, nos presentan con claridad los tres tipos de métodos utilizados, quizá por ser las revistas con más publicaciones de artículos durante los 5 años analizados e investigados. Otro aspecto que se demarca, es que el método descriptivo-exploratorio, aparece en un total de 8 revistas, y las que dieron más destaquen fueron: la Revista de Enfermagem del Centro Mineiro Oeste y la Revista Anna Nery con un 7% ambas, por consiguiente, también hay un total de 8 revistas que utilizaron el método exploratorio, y las que más se destacaron, son: Revista Eletrónica de Enfermagem y la Revista Anna Nery ambas con 3%. Sin embargo, el método descriptivo, aparece en 6 revistas, y la que más la utilizó, fue la Revista Eletrónica de Enfermagem con 9% y luego atrás viene la Revista Anna Nery con 6%. Con respecto a los métodos descriptivos y exploratorios, podemos destacar que: la investigación descriptiva es la que se usa, para poder describir la realidad de situaciones, eventos, personas, grupos o comunidades que están siendo abordadas en las publicaciones y que se pretende analizar. El propio investigador debe definir sus análisis, y que procesos serán llevados a cabo para el mismo, ya que en el método descriptivo plantea lo más relevante de un hecho o una situación concreta. Con este método podemos examinar las características del tema a investigar, definir, formular las hipótesis correspondientes, determinar la técnica de recolección de los datos, etc.

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar como son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (SAMPLIERI et al, 2010, pág. 80).

Por otra parte, el método exploratorio, se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado o es de gran interés para los investigadores saber más sobre el tema a ser tratado, entonces éste nos brinda el acercamiento al problema que se pretende estudiar, para profundizar y aumentar el grado de familiaridad, para conocer el tema que se abordará. Esto nos ayuda a encontrar los elementos necesarios para poder plantear posibles problemas de investigación, y obtener los resultados que se desea.

Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no

se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas (SAMPIERI et al, 2010, pag 79).

De acuerdo con la tabla 1, nos demuestra que la institución donde las investigaciones fueron realizadas en los 5 años estudiados fue más direccionado en el campo de la salud colectiva que trabajan con la salud pública, esto significa que con atención primaria, se denotó que hubieron 56 investigaciones que corresponde al 82%, de las publicaciones hechas, a pesar de que los estudios realizados por esas revistas investigadas tuviera mayor interés en la salud pública en el campo de la salud colectiva con abordaje de gestión en salud, en el área hospitalaria también fueron realizadas, solo que fueron mínimas, mismo que en el área hospitalaria se ejerza la gestión en salud, es un ambiente más cerrado, una organización estructurada y propia.

El año que más se publicó, en la mayoría de las revistas que fueron analizadas fue en el año 2014 con 16 publicaciones un equivalente de 24% y 2016 con un 22%, también observamos pérdida del interés de las publicaciones porque viene decayendo año a año.

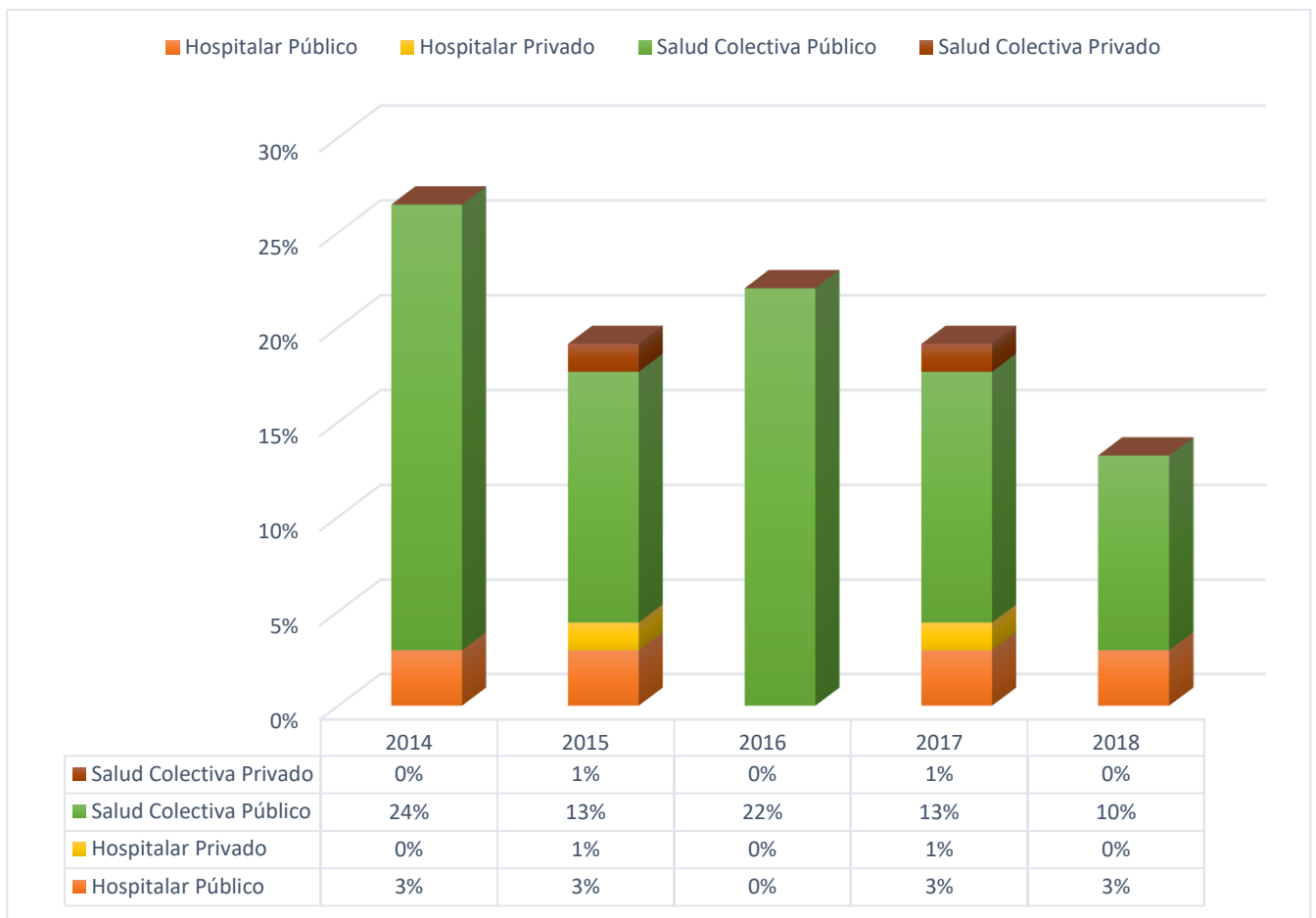
Tabla 1 – Distribución de los tipos de instituciones de salud estudiadas en el Brasil en periodo de 2014 al 2018.

AÑO	HOSPITALAR				SALUD COLECTIVA			
	Público		Privado		Público		Privado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2014	2	3%	0	0%	16	24%	0	0%
2015	2	3%	1	1%	9	13%	1	1%
2016	0	0%	0	0%	15	22%	0	0%
2017	2	3%	1	1%	9	13%	1	1%
2018	2	3%	0	0%	7	10%	0	0%
TOTAL:	8	12%	2	3%	56	82%	2	3%
TOTAL:	68							

Fuente: Autoría propia (2019).

Con relación a las investigaciones realizadas, la figura 10, destaca que hubo más publicaciones hechas en el sector público, se podría suponer que es un área con mayor accesibilidad para realizar estudios, indagaciones, tratar de contribuir de manera relevante y práctica, con la mejoría de las condiciones del sector salud, calidad de vida de la población, a través de la gestión, del conocimiento, formación de profesionales capacitados y el talento que los mismos poseen para la utilización de los instrumentos de gestión y administración en el campo de la salud pública.

Figura 10 - Distribución de los tipos de instituciones de salud estudiadas en el Brasil en periodo de 2014 al 2018.



Fuente: Autoría propia (2019).

La gestión en salud pública, es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, el cual está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS y del Sistema General de Riesgos Laborales –SGRL, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud (MSPS, 2019).

Otra observación a destacar, es que en este lapso de 5 años no hay muchas publicaciones con relación a la actuación de gestión en el área hospitalaria, y se deduce esto, porque las mismas son más cerradas, se enfocan principalmente en la autonomía de la gestión de los servicios y recursos, pero de su institución en particular.

Según Lorenzetti, et al (2014) en el marco de este escenario limitante, el hospital suele ser considerado como una de las instituciones que más resisten al cambio, debido a la poca interacción entre "profesiones y departamentos, fragmentación de la práctica clínica, gran subordinación de los usuarios a los servicios y poco gobierno de los gestores para actuar sobre las corporaciones. Esta conducta se acentúa al director (o los directores) del hospital ya que se enfoca más a las necesidades que son atendidas en ese hospital, en un solo sector, lo cual determina que su actuación es menor en el área de la gestión de la salud en general, porque ya tiene reglas por la cual regirse, necesidades de sus usuarios que exponen sus demandas y atiende a esa determinada población limitada, eso hace que la dinámica de la gestión se reduzca, pero no deja de ser importante, porque a pesar de todo siempre habrá un impacto en la gestión de esa institución u hospital.

A pesar de todo, en el área hospitalaria hay publicaciones o estudios realizadas de una forma constante, pero con poca publicación en las revistas, y esto se debe a que la propia revista pueda tener una orientación de no aceptar publicaciones en el área, o porque las investigaciones de repente no eran de una buena calidad para ser publicadas por más que hayan tratado el tema de interés.

Entonces, la gestión en el campo de la salud pública es más visible, porque tiene más autonomía, más potencia de liderazgo, más libertad de operar y tomar decisiones precisas. La mayoría de publicaciones en salud pública en estas revistas que fueron analizadas, en el año 2014 y 2016.

Abrahão, et al (2008), determina que, en el campo de la salud, "autonomía" es palabra clave en la gestión de las unidades de asistencia. Estas organizaciones se caracterizan por el hecho de que el poder decisorio, en cuanto a la administración y distribu-

ción de recursos, se centra en una parte importante de los profesionales operativos - médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales. Ya que estos profesionales tienen la capacidad de comando de tomar decisiones y trabajan con un sistema público que es mucho más amplio, en el área de actuación de la gestión en salud, porque existe la cuestión general del sistema, y la gestión de unidades, de programas de salud.

Por consiguiente los mismos gestores en salud, necesitan desarrollar varios planes de acción, tomar decisiones importantes y factibles, tener un previo conocimiento sobre gestión de personas para poder tomar decisiones concretas, para corroborar con los avances de los procesos y hacerse cargo de la organización de los equipos de trabajos preestablecidos, compartiendo responsabilidades, delegando funciones a cada actor involucrado, siendo así los gestores líderes natos y competitivos, con respecto a las acciones planificadas, para poder llegar a los objetivos propuestos de forma eficaz sin ningún problema.

En el ámbito de la salud, es extremadamente importante saber lidiar con varias situaciones en el cotidiano, principalmente el en ámbito profesional, porque hay un proceso que permite resolver distintos problemas que se presentan, para poder enfrentarlo en el sistema de salud, y es la toma de decisiones que ayudara a superar varios desafíos. Según Pacheco y Gomes (2016), se puede evidenciar que la toma de decisión es práctica de enorme dimensión que contempla aspectos racionales, como uso de técnicas de gestión y de la capacidad de análisis, interpretación y síntesis, y aspectos subjetivos, como selección de valores y vivencias personales, los problemas gerenciales son más amplios, ambiguos, complejos y menos estructurados en la práctica.

Varios actores de sector público o privado se adentran al proceso de toma de decisiones en salud, ya que se dirigen al objetivo de aumentar la equidad, y eficacia, para mejorar la calidad de los servicios de salud, la descentralización de las funciones de cada profesional, y resolución de los problemas que demandan las necesidades de salud de población en general.

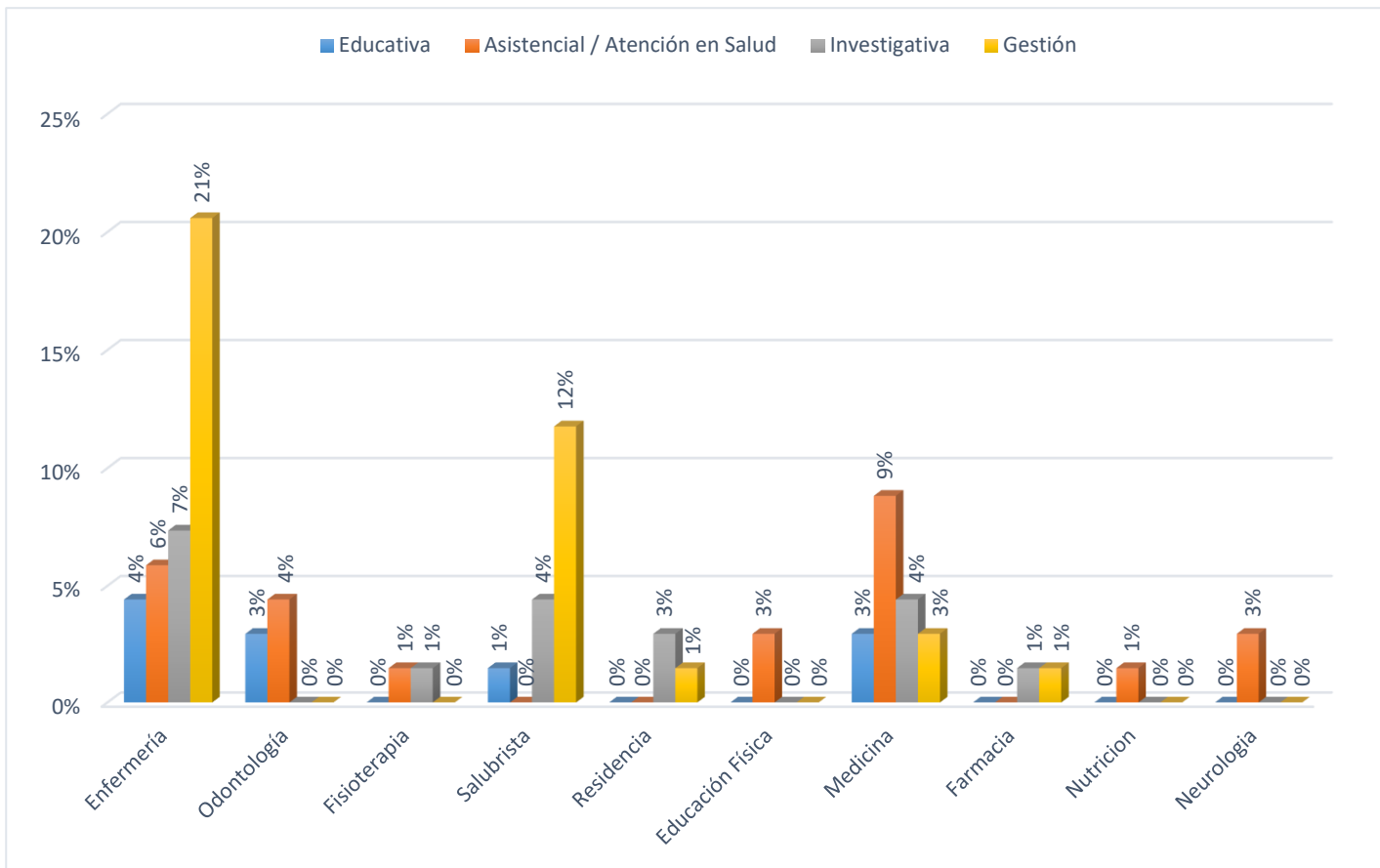
La tabla 2 nos demuestra que dentro de las funciones profesionales que son desempeñadas por los profesionales de la salud en las publicaciones vemos que la ocupación que es más desarrollada es la gestión en salud y son más desempeñadas por el enfermero, dentro de un equipo multiprofesional con un 21%, esto puede estar ligado al hecho de que los artículos tratan en los descriptores sobre la gestión en salud, por consiguiente varias de las publicaciones hechas en los cinco años, constata más sobre la actuación del profesional de enfermería en específico, y vemos también que la función profesional Salubrista también es bastante relevante con un 12%.

Tabla 2 – Tipos de profesionales de salud y sus respectivas funciones descriptos en los artículos científicos utilizados en investigación en el periodo de 2014 al 2018.

PROFESIONALES	Educativa		Asistencial / Atención en Salud		Investigativa		Gestión	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ENFERMERÍA	3	4%	4	6%	5	7%	14	21%
ODONTOLOGÍA	2	3%	3	4%	0	0%	0	0%
FISIOTERAPIA	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%
SALUBRISTA	1	1%	0	0%	3	4%	8	12%
RESIDENCIA	0	0%	0	0%	2	3%	1	1%
EDUCACIÓN FÍSICA	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%
MEDICINA	2	3%	6	9%	3	4%	2	3%
FARMACIA	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
NUTRICION	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
NEUROLOGIA	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%
TOTAL:	8	12%	19	28%	15	22%	26	38%

Fuente: Autoría propia (2019).

Figura 11 - Tipos de profesionales de salud y sus respectivas funciones descriptas en los artículos científicos utilizados en investigación en el periodo de 2014 al 2018



Fuente: Autoría propia (2019).

Tratando sobre función de los profesionales del área de la salud, el gráfico 5 nos demuestra que varios de ellos trabajan en conjunto, para la mejoría de la calidad de asistencia a las personas, por consiguiente, ese trabajo se considera multiprofesional en salud, por ser un equipo formado por un grupo de profesionales que trabajan en conjunto para actuar en la atención integral del paciente, haciendo frente a desafíos, el trabajo multidisciplinar, es algo que se construye a partir de las necesidades básicas que se presentan, y las capacidades que cada actor que produce el cuidado a la salud de las personas.

Según Lacaz y Oliveira (2012), la multiprofesionalidad es aquí tomada como un conjunto de profesionales involucrados en el proceso de trabajo en salud, es decir, en el ejercicio del trabajo cotidiano, constituyendo un equipo. Para entender su actividad, ella debe ser aprendida como una interacción entre los varios profesionales con el objeto, los instrumentos y el trabajo en salud en sí, con una direccionalidad que es dada por el proceso de trabajo. En el abordaje / estudio del papel del equipo multiprofesional, como ya se ha dicho anteriormente, es necesario considerar la división social y la división técnica

del trabajo, la valorización de los trabajos especializados, la autonomía técnica de los profesionales y la responsabilidad por las actividades clínicas individuales y de salud colectiva, a los proyectos de los profesionales del equipo y la interacción / comunicación entre ellos y de ellos con los usuarios de los servicios. A esto se agregan las relaciones de poder entre los diversos profesionales insertados en la producción de cuidados en salud, las cuales permean y componen tales relaciones.

Sin embargo, el trabajo en salud se centra en la relación que se establece entre el usuario y el profesional de la salud.

Por ende, en este estudio se denota que, el área de enfermería va ganando más espacio por el proceso de trabajo que acarrea y puede ser subdividido en dos esferas principales: asistir/cuidar y administrar/gerencia.

Apuntando en la dimensión gerencial, el enfermero tiene como finalidad, la organización del trabajo, de los recursos humanos y financieros con la intención de crear e implementar las condiciones adecuadas para la producción del cuidado y el desempeño del equipo de trabajo del enfermero (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Es extremadamente importante que ese enfermero venga adquiriendo conocimiento sobre administración o gerencia en salud, por el hecho de que el profesional de enfermería queriendo o no, gerencia una unidad de salud, carga con la resolución de problemas de su sector, articulando diversos servicios hospitalarios, buscando la mejoría en la calidad de atención para los usuarios, se encarga de los propios recursos materiales y financieros con el control de gastos de esa unidad y por eso es crucial que ese enfermero tenga respaldo y una base a través de sus conocimientos adquiridos en la academia, para desarrollar de la mejor manera sus aptitudes profesionales, pero por sobre todo, en el área de gestión, no da para decir que un enfermero es solo asistencialista.

Un enfermero es aquel que gestiona los cuidados, los recursos (materiales y humanos) pero a pesar de todo el trabajo arduo que hacen es muy difícil que estos profesionales interioricen el importante papel que cumplen en la gestión, así como las instituciones de servicios de salud también, reconociéndolos como gestores capaces de dirigir un sector específico de salud, para el cuidado de los usuarios. Ya que con la gestión del cuidado mejoran el acceso, las oportunidades, determinan la seguridad en la atención del paciente, cuidados de calidad y también demuestran a las instituciones su capacidad de administrar los insumos correspondientes y cuidar la infraestructura para así evitar gastos innecesarios.

Entonces, para Ruthes y Feldman (2010), el gestor-enfermero debe saber liderar e inspirar a su equipo de trabajo, instigando el alcance de la excelencia en la atención

a sus pacientes para lograr las metas propuestas. Para eso, el gestor debe utilizar todo su conocimiento teórico, sus habilidades y actitudes, como instrumentos capaces de favorecer el logro de resultados satisfactorios.

Se denota que las habilidades, y competencias del área de enfermería en el ámbito de la gestión, son construidas durante el proceso de su formación académica ya que este se dota de varias ciencias, y va desarrollándose de manera permanente con las practicas del día a día. Lo cual, toda esa experiencia que adquieren al transcurrir el tiempo, pueden utilizar de forma que desarrollen un espíritu de liderazgo, para interactuar con los equipos de trabajo colectivos, a través de la comunicación, tratando así con la gestión de recursos financieros, materiales, recursos humanos, y la infraestructura necesaria para poder realizar un buen trabajo de gestión.

Con respecto al trabajo en salud que desarrolla el enfermero, más direccionado en la cuestión de la asistencia por el enfoque de la formación académica, se reconoció que la competencia de la acción gerencial es una tarea muy compleja para el enfermero actuante en el área de la gestión, pero es un profesional apto para poder cumplir esa función. Tanto impacto causa la contribución del profesional de enfermería en los servicios públicos de salud, con una experiencia de gestión, que se dio por repensar la formación de ese profesional a nivel de graduación, para poder subsidiar a los docentes del área de Salud Pública de los Cursos de enfermería, para un enfoque que privilegien más la gestión pública en los servicios de salud (WEIRICH et al., 2009).

Anteriormente se determinaba que papel principal del enfermero era la asistencia paramédica, es decir, para los médicos, ya en el diagnóstico, tratamiento y/o cuidado a los pacientes y usuarios del sistema de salud, impregnando todo su conocimiento a través de la labor que realiza en los hospitales o centro de salud, pero los mismos profesionales hoy en día están brindando servicios de asesoría, es decir, se encargan de gestionar el sector de salud, comenzando con sus propios colegas de trabajo, delegando funciones y actividades a cada uno de ellos, esto se debe que el profesional de enfermería sea uno de los más competentes para desempeñar el papel de gestor en el área de la salud.

Por otro lado, tratando de gestión, también es importante mencionar al profesional salubrista, ya que se determina en el gráfico, que también tuvo bastante repercusión con relación al tema abordado.

Según Ayres (2016), la Salud Colectiva surge a partir de una crítica hegemónica del saber médico, los cual se define como un campo de conocimientos de saberes y prácticas interdisciplinarios, que se preocupa con las necesidades sociales de salud, y no

solo apenas con las enfermedades, entendiendo la salud como un proceso dinámico y social.

Ya que la Salud Colectiva, es una nueva profesión nueva aún no se destaca mucho, pero ya se observa que al paso de los años se está ganando espacio dentro de la gestión, es el profesional más apto, porque dentro de sus esferas de formación se encuentra enfocado en la gestión en salud. El profesional salubrista, se adentra en el campo de conocimientos y prácticas relacionados con la interdisciplinariedad que se preocupa con las necesidades sociales en salud de la población, siendo estas individuales o colectivas, por ende el mismo posee una formación generalista, y la competencia de poder actuar en el área de la gestión, para poder evaluar, planear, organizar y dirigir actividades referentes a la formulación y ejecución de procesos en el ámbito de la gestión en el sector de salud ya sean en instituciones públicos o privados. Lo cual, según Souza (2014), la acción de salud colectiva se comprende como aquellas que se relacionan con la comprensión de las necesidades de salud, acciones de promoción, vigilancia y educación en salud, estrategias de democratización y control social, además de las actividades intersectoriales.

El salubrista viene ejerciendo acciones fundamentales para la comprensión e intervención en los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-cuidado, demostrando la salud más allá del cuerpo y referenciándose en el ámbito social en sus generalidades, teniendo en cuenta los procesos de producción de salud de manera multidisciplinar y dinámica (BEZERRA et al., 2013).

El Salubrista posee la capacidad de formular, ejecutar, monitorear políticas, planes, proyectos, estrategias e intervenciones en salud, con capacidad de participar de investigaciones en Salud Pública, motivando a la población para participar de la resolución de los problemas de salud presentes, con capacidad de gerencia, articulando, y tomando decisiones, rompiendo esquemas y paradigmas, con respecto a las negociaciones para la posibilidad de propuestas, y participación del proceso de cambios en espacios de trabajo complejos, con indicadores eficaces, efectivos y que cause un impacto social.

En la tabla 3, nos demuestra que de las revistas publicadas de las funciones de las gestiones en salud podemos ver que los autores se refirieron más a la función de la planificación con un total de 43%, es decir que le dieron más importancia a la primera función de la Gestión en salud. Por ende, podemos denotar que en el 2014 fue donde más se publicó la parte de investigaciones con un 16% y nos llama la atención, que luego fueron decayendo las publicaciones que abordan la planificación.

Tabla 3 – Funciones de la gestión en salud descritos en los artículos científicos de las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018

AÑO	Planificación		Organización		Liderazgo		Regulación		Evaluación	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2014	11	16%	3	4%	2	3%	1	1%	1	1%
2015	6	9%	1	1%	3	4%	2	3%	1	1%
2016	5	7%	1	1%	3	4%	1	1%	5	7%
2017	3	4%	3	4%	3	4%	0	0%	4	6%
2018	4	6%	2	3%	0	0%	1	1%	2	3%
TOTAL:	29	43%	10	15%	11	16%	5	7%	13	19%
TOTAL GRAL:	68									

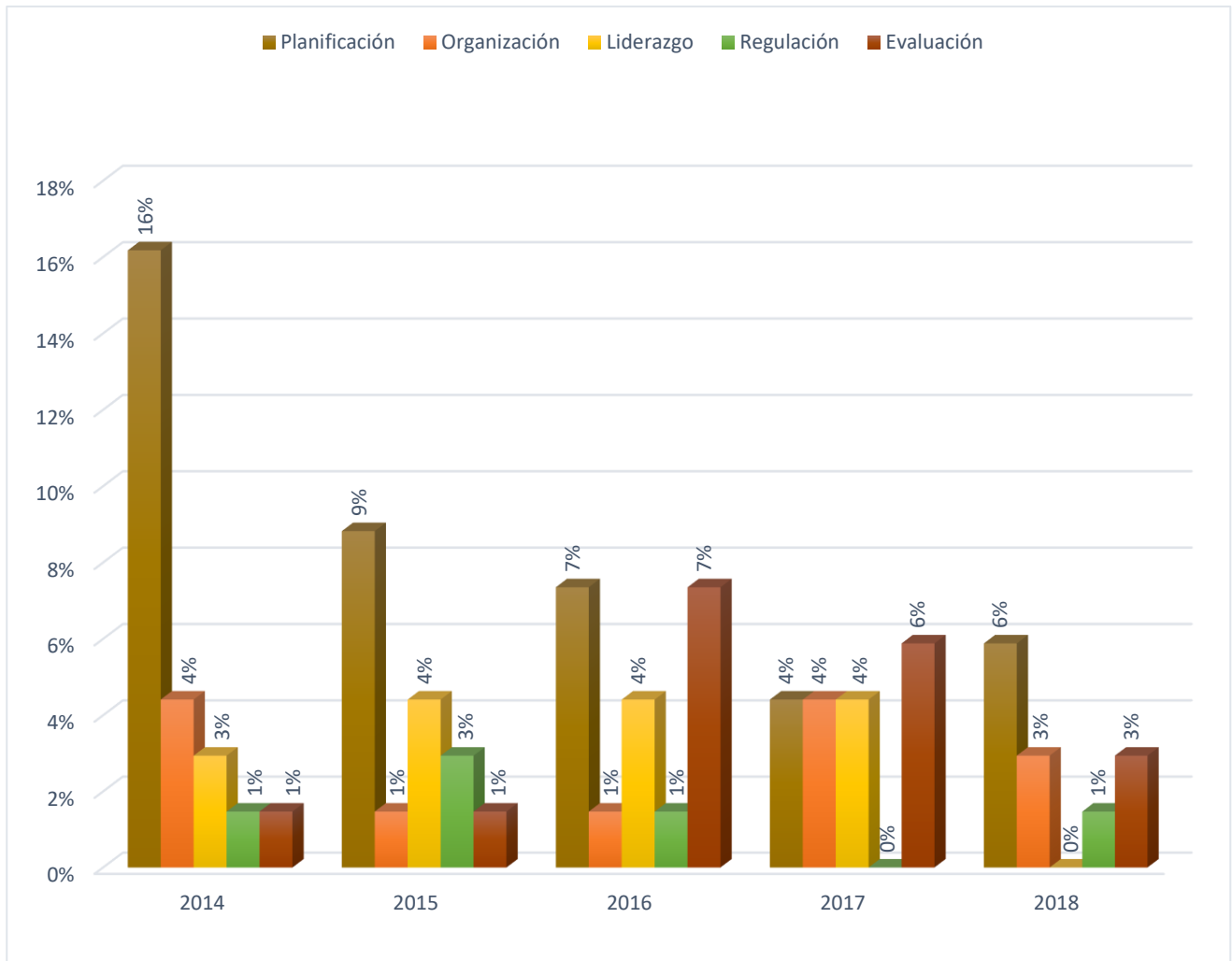
Fuente: Autoría propia (2019).

Otro factor que llama la atención es que, en el 2016, con respecto al liderazgo hubo más interés de las revistas, y esto nos dice que puede estar enfocado más al hecho de que la gestión ejecuta sus funciones de acuerdo al tipo de gestión de los profesionales, y que la primera función es la más relevante totalizando 29 publicaciones al equivalente de 43%, luego viene el liderazgo 11, que equivale a 16%, después la organización con 10 publicaciones en porcentaje sería 15%, y que se ve una preocupación con la evaluación.

La función más demarcante en los estudios publicados entre los años 2014 a 2018 estudiados, es la planificación, y lo cual nos permite afirmar la importancia que tiene esta determinada función, en el proceso de gestión en salud.

La figura 12, demuestra que la función más en los estudios publicados en los años del 2014 a 2018, nos permite afirmar que es la planificación, eso nos demuestra que, para esos estudios realizados, es muy una de las funciones más importantes a ser empleadas para el proceso de gestión en salud.

Figura 12 - Funciones de la gestión en salud descritos en los artículos científicos de las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018.



Fuente: Autoría propia (2019).

Se determina que las funciones administrativas en el ámbito de la gestión son muy importantes ya que estos son los que elevan a un nivel de excelencia para el proceso de construcción del sector salud. Si no se aplican estas funciones de manera organizada, podría sufrir grandes prejuicios a la eficacia y eficiencia en el momento de la ejecución de las acciones propuestas por el gestor de salud.

Toda organización, ya sea un empresa o ente público, privado, cuenta con cuatro niveles en el proceso organizacional: planificación, organización, dirección y control. Se constató que la planificación es la función más demarcante en este análisis, lo cual eso remite que el mismo, juega un papel fundamental en el proceso de organizar de forma simultánea las actividades que serán propuestas por el gestor que en este caso, es del área de la salud, ya que esta función es primordial para definir, establecer, prever programas o políticas, anticipando y reduciendo las incertezas, siendo así el punto de partida del proceso y el encargado de la formulación de los objetivos y los medios para que a través de las personas delegadas de la realización de las actividades propuestas y estos puedan ser logrados, según Testa (1995), para entender los determinados problemas de salud y los procesos de planificación, se considera que el sector salud es inseparable de la totalidad social, eso significa que se debe considerar la situación de salud en que se encuentra una población, y la organización sectorial. El interés por el comportamiento de los involucrados de las actividades a ser realizadas, y el énfasis que estos dan al análisis de relaciones de poder, para con las prácticas de salud, resulta un nuevo modo de pensar, acentuando la formación de los sujetos sociales para el desarrollo de las políticas en salud.

El plan que se utiliza para la gestión de los servicios de salud de la forma más certera, es el estratégico, ya que utiliza un criterio fundamental, llamado, tomada de decisión y esa función la emplea el gestor que está al mando, y es el líder de la organización, por consiguiente, el utiliza esa herramienta para direccionar a los actores involucrados, evaluar las operaciones y procedimientos que se llevarán a cabo y que serán necesarias para poder llegar al objetivo propuesto. En ese sentido nos dice Matus (1985): "La planificación estratégica redefine e identifica, en buenas cuentas, dirección con planificación, no hace una separación tajante entre ambas. La planificación es inseparable de la gerencia".

En el sector de salud público, debe haber una buena planificación, indicativos u operativos, por los gestores del sector de salud, para poder tener una mejor organización, y así buscar para la mejoría de los procesos de atención de cualidad, entonces la planificación en salud se ve como una herramienta de gestión para el desarrollo de planes estratégicos, implementación de forma efectiva de programas y procesos de trabajo, políticas públicas direccionadas a los usuarios del servicio de salud, para evitar la ineficiencia de los profesionales de salud, uso adecuado de los fondos públicos.

Al planear se podría decir que, se debe tener una articulación suficiente y necesaria para percibir y entender que ninguna planificación puede ser cerrada, ni centrada en un solo punto, pues la pretensión de este proceso es que sea ser vivo, abierto y dinámico

para apuntar a varias direcciones proponiendo variadas acciones y actividades, pero siempre las mismas deben concretarse y llegar al mismo objetivo, porque según Matus (1958), la planificación se realiza en un medio resistente y nunca en un medio estático, pasivo o inerte, ya que el objetivo de los planes estipulados es siempre una realidad que está en movimiento, en una dirección y en una velocidad determinadas.

En la planificación de los servicios de salud, la gestión asumida como construcción colectiva puede abrirse explícitamente a la posibilidad de trabajar no sólo la producción de cosas, sino también de espacios genuinamente colectivos. En esta perspectiva, la actividad productiva gana un nuevo significado y pasa a organizarse para promover, simultáneamente, la producción de servicios necesarios al usuario y la constitución tanto del propio agente de la producción, como de los colectivos organizados para esa producción (ABRAHÃO et al., 2008).

La tabla 4, nos indica que la Gestión Pública más destacada es la Municipal totalizando un 43% de publicaciones encontrados en el periodo de cinco años, los datos más relevantes son del 2014 y 2016 ambas con un 12%, en 2015 tuvo una decaída, luego en los años siguientes volvió a repuntar, aumentando las investigaciones.

Tabla 4 – Distribución de las esferas de Gestión Pública del Brasil descritas en los artículos científicos en las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018.

AÑO	Municipal		Estadual		Federal	
	N	%	N	%	N	%
2014	8	12%	5	7%	5	7%
2015	3	4%	5	7%	5	7%
2016	8	12%	4	6%	3	4%
2017	5	7%	6	9%	2	3%
2018	5	7%	4	6%	0	0%
TOTAL:	29	43%	24	35%	15	22%
TOTAL GRAL:	68					

Fuente: Autoría propia (2019).

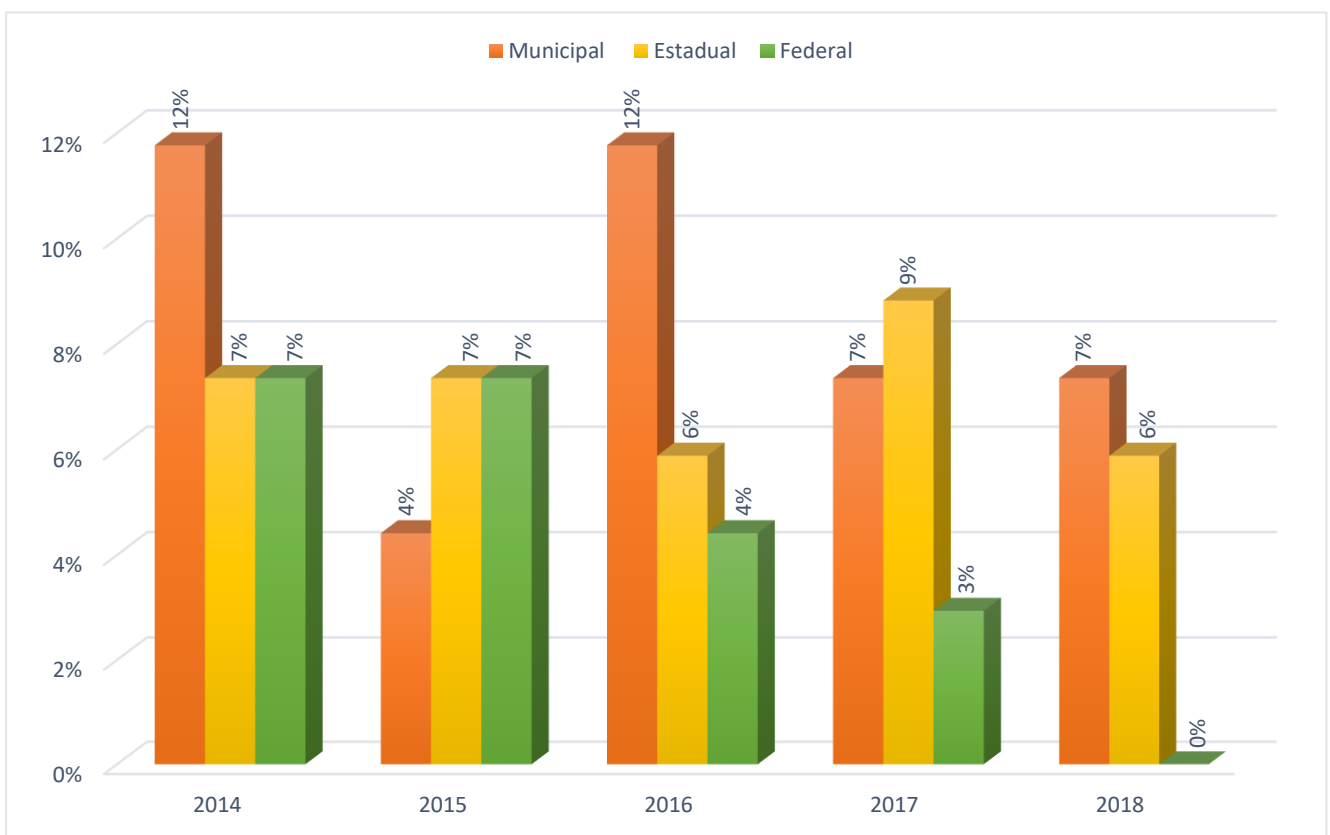
Otro aspecto que determinamos es que también hubo una cantidad significativa de publicaciones con relación a la Gestión Pública Federal con un 22% de estudios

realizados, dentro de los cinco años tuvo una cantidad muy pareja de publicaciones, pero en el año 2018 no apareció ninguna investigación hecha.

Luego viene la Gestión Pública Estadual, con un 35% y el año que más publicó fue en 2017 con un 9% de investigaciones, y los otros años fueron decayendo.

La figura 13, nos demuestra que la Gestión pública Municipal es la que más se destaca entre los estudios realizados a lo largo de cinco años, esto puede ser a causa de que existe una descentralización de los servicios en todo el Brasil, por ende, los municipios tienen más autonomía.

Figura 13 - Distribución de las esferas de Gestión Pública del Brasil descritas en los artículos científicos en las revistas investigadas en el periodo de 2014 al 2018.



Fuente: Autoría propia (2019).

La autonomía de los entes puede asegurar la institucionalidad y la unicidad del SUS; establecer relaciones de equilibrio e interdependencia, el ejercicio de la gobernanza y la cooperación, minimizando las heterogeneidades del territorio. Dada la complejidad de las responsabilidades asumidas con la descentralización, sin la coordinación del estado hay dificultades para que los entes federativos desarrollen sus competencias en el SUS (VARGAS et al., 2014).

La descentralización de la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) merece ser discutida en la perspectiva de lo que ocurre en el ámbito local para su efectividad,

y de esta forma reflexionar sobre la realidad enfrentada por los municipios brasileños. En el artículo 7 de la ley 8080/90, del código Brasileiro, el noveno principio establece la descentralización política administrativa con dirección única en cada esfera de gobierno con énfasis de la descentralización en los municipios (Ley 8080/90).

La descentralización de la salud, es distribuir las instalaciones, atribuciones, funciones etc, que estaban centralizadas, implantar la descentralización es hacer con que deje ser centralizado en un solo sector. La descentralización es un punto clave, para que el gobierno pueda tener una capacidad de gestión, tanto nivel local, regional o federal, de esa manera el gobierno puede aumentar su cobertura, mejorando la producción de servicios de salud, la distribución de recursos debe ser en base de prioridades, creando así una nueva relación funcional.

El sector salud avanza, cada vez más a lo largo de la última década, con las políticas públicas orientadas a la descentralización de los servicios y acciones de salud, por consiguiente, en su forma de gestionar, aún choca de cierto modo con la administración científica. Por ende, el área de gestión tiene impregnado varios desafíos, los cuales son: primeramente, superar el modelo tradicional centrado en aspectos financieros y de administración de material; desarrollar líneas teóricas que consigan una mirada diferente para las especificidades; superar el reduccionismo en la atención a la salud y, por último, crear prácticas democráticas en la dinámica gerencial (ABRAHÃO et al., 2008).

La idea de la descentralización es para una mejor organización de los municipios, para poseer una identidad territorial, y así poder hacerse cargo de los diversos problemas que ocurren en su propio territorio, para dotarse de autonomía y gobernarse por sí mismos, respondiendo a las necesidades que los acomete, así también la descentralización, ayudara a una mayor efectividad y eficacia de los servicios, para llevar las funciones determinadas y para que el usuarios del sector salud, pueda usufructuar los servicios de manera integral.

La descentralización aproxima un lugar de comando donde el servicio es prestado y facilita la fiscalización de la gestión, los municipios pueden decir cuáles son las prioridades y los servicios ofertados, mientras más local la decisión tomada, hay más posibilidad de acierto, teniendo en cuenta la organización, la unión, y compañerismo entre los gobiernos.

La descentralización valorizó la municipalización y redundó en la ampliación de servicios, en el incremento de resultados positivos y en la mayor participación popular, pero presentó límites y dificultades para la legitimación del derecho integral a la salud

(FLEURY; OUVREY, 2012). Por lo cual, las experiencias de descentralización demostraron que los municipios se encuentran en diferentes etapas y que ese proceso ha sido determinado por la especificidad local y por avances en el proceso de gestión de cada uno, generando resultados factibles, pero limitando la integralidad de atención a la salud, por varios factores desencadenantes, que podrían ser la falta de equipos, profesionales de salud que poseen especialidades, insumos, y más.

Sin embargo, para que las condiciones de la descentralización atiendan la garantía del acceso universal a las acciones de los servicios de salud y de la atención integral, deben regir, de acuerdo con las necesidades y demandas de la población.

Para Medeiros y Gerhardt (2015) el avance de la descentralización y la consolidación de la municipalización tras la creación del Sistema Único de Salud (SUS) han ocurrido gradualmente y con diferencias significativas entre regiones y entre municipios.

La municipalización tiene como pauta la descentralización de todo lo que se relaciona con la salud, como la contratación de personas gerenciamiento de unidades prestadoras de servicios, recursos financieros, sin olvidarnos de que la población participa de toda la gestión del sistema cumpliendo las leyes del SUS. El gestor del municipio es el secretario de salud.

Los municipios, ejecutan los papeles más importantes de ese proceso, con relación a las características de la descentralización, que son adoptados por el gobierno federal, estadual y municipal. Por ende, cada municipio, es responsable de su propia gestión, en cuanto a control, planificación, y así también la ejecución de la prestación de servicios de salud.

Otro importante factor a ser acreditado a los municipios se refiere a que en la salud con el desarrollo de los planes municipales de salud. Así pues, en la construcción de esos planes, se necesita que se conozcan con profundidad las condiciones de salud de la población, así como las necesidades de inversiones en el sector. En la planificación en salud, también importa la participación popular, incluyendo en ese contexto a los trabajadores y usuarios, representantes de sindicatos, asociaciones de los barrios, con especial atención al consejo municipal de salud, por consiguiente la OPS (2011), determina que de esta manera se puede construir un municipio saludable, aceptando la diferencia de ideas, logrando el entendimiento y por sobre todo, no perdiendo de vista las metas comunes, aquellas que contribuirán a mejorar la calidad de vida de todos y todas.

Entonces, la Gestión Pública Municipal es responsable por todo aquello que es de interés local, asistencia primaria en salud, puestos de salud, UPAS (Unidad de Pronto

Atendimento), en fin, traduciendo en la salud, se trata básicamente de los insumos necesarios para una asistencia de cualidad por ejemplo gasas y compresas, en un puesto de salud, eso es responsabilidad del sector municipal, por ende debe tomar las medidas adecuadas, para adquirir los equipos necesarios para una buena atención a los pacientes.

5 CAPITULO IV: CONCLUSIONES

En esta investigación, se denota que el estudio que se realizó con el tema de gestión en salud, a partir de revistas publicadas en una plataforma llamada LILACS, en un periodo de 5 años del 2014 al 2018, determinamos que la gestión, es un tema de gran relevancia a ser abordado en el sector de salud, ya que la Gestión es para asumir y cargar con responsabilidades de procesos a ser llevados a cabo por el gestor, coordinando las actividades programadas con sus actores sociales y asegurando que existan los recursos y estructuras necesarias para una buena atención de calidad para los usuarios.

Entonces, a través de los análisis y las discusiones llegué a la conclusión de que:

1. Con respecto a la cantidad de publicaciones de revistas por año, nos deparamos con un total de 68 publicaciones con interés al tema de Gestión en salud, desde los años 2014 al 2018, lo cual remite que la gestión en salud, es un tema bastante interesante a ser abordado, ya que fue tratado en 21 revistas diferentes en ese lapso de tiempo, algunos con un grado más alto de investigaciones hechas sobre el mismo, y otros un poco más ínfimos, porque generalmente depende del interés del editorial de cada revista para tratar sobre el asunto en cuestión. El año en el que más se publicó, fue en el 2014, dando un total de 12 revistas diferentes, con respecto a los siguientes años, pero lo más relevante son las publicaciones hechas en mayor cantidad por las revistas Revista Eletrónica de Enfermagem y la Revista Saúde e Sociedade de São Paulo, ambas con 31% de publicaciones totales en el año de 2017.
2. Con relación al abordaje, se demuestra que en el periodo de cinco años de publicaciones el abordaje cualitativo fue el más utilizado con un porcentaje de 52% en total, pero resaltó más en el año 2014 por tener una tasa de 18%. Por otro lado, el abordaje cuantitativo solo resaltó en el año 2016 con un 6% de publicaciones. El abordaje mixto se utilizó mínimamente, tuvo más relevancia en el año 2017 con 4%.

La revista con más publicaciones referente al abordaje cualitativo, es la Revista Anna Nery con un 12% las publicaciones con base cuantitativa, aparecen mínuciosamente en 7 revistas. Con relación al tipo de institución que se abordó en un lapso de cinco años, nos encontramos con que el campo de la salud colectiva, trabaja mucho más enfocado en el sector de salud pública, con una significación de 82% de publicaciones hechas al respecto de ese sector.

3. El método más utilizado fue el descriptivo-exploratorio, con una relevancia de 22% sobre el total, el año en que más resaltó con 16%, es en el 2014, luego viene exploratorio que solo fue utilizado en los años 2015 con 13% y 2016 con el 7%. El método descriptivo, también fue utilizado en los 5 años, correspondientes, representando 14% del total, y la relevancia fue en el año 2016 con un 4% de publicaciones hechas. Seis revistas no presentaron el método de pesquisa que utilizaron en el periodo de 5 años.

Las revistas Anna Nery y la revista Eletrónica de Enfermagem, nos presentan con claridad los tres tipos de métodos utilizados, quizá por ser las revistas con más publicaciones de artículos durante los 5 años analizados e investigados. Otro aspecto que se demarca, es que el método descriptivo-exploratorio, aparece en un total de 8 revistas publicadas, así también el método exploratorio, la diferencia está en la cantidad de veces que utilizaron los determinados métodos, y, por último, el método descriptivo, aparece en 6 revistas.

4. La mayoría de publicaciones con respecto a la salud pública fueron analizadas, específicamente en los años 2014 y 2016, entonces, generalmente los principales desafíos de la gestión en la salud pública, se evidencia en que la implementación de la gestión está ligada a diversos factores, por ser un sector con más procesos dinámicos, integrales, sistémicos y participativos, pues esta posee más autonomía, con potencial liderazgo, de operación y toma de decisiones, en cuanto a organización y distribución de recursos, por ende los gestores de salud, trabajan conjuntamente con los profesionales, para adquirir resultados favorables, en cuanto a una buena atención en los servicios, trabajando en el sistema público de forma más amplia, con la resolución de los problemas que demandan las necesidades de salud de población en general, tratando la gestión de unidades, de proyectos, programas y políticas de salud. Por otra parte, con respecto a publicaciones hechas sobre el sector hospitalario, son más ínfimas, ya que éste es un escenario muy limitante, porque las mismas son más cerradas, se enfocan principalmente en la autonomía de la gestión de los servicios y recursos, de su institución en particular, es una de las instituciones que más resisten al cambio, debido a la poca interacción entre los profesiones y departamentos, por la basta fragmentación de la práctica clínica, gran subordinación de los usuarios que exponen sus demandas a los servicios, atendiendo solo a ese población limitada, con poco gobierno de los gestores para actuar, pues los mismos ya tiene reglas por la cual regirse y eso hace que la dinámica de la gestión se reduzca,

pero no deja de ser importante, porque a pesar de todo siempre habrá un impacto en la gestión de ese hospital.

5. Las funciones de los distintos profesionales de salud, que se resaltan en estas investigaciones son muy importantes, pues ya se sabe que la formación de los profesionales necesita estar pautada en la reflexión y en la creación de nuevas tecnologías de cuidado de la salud con respecto a la asistencia, educación, e investigación, pero como los estudios se enfocan en el descriptor Gestión en Salud, se da más importancia a este tema, y se determina que el profesional de salud, que más desempeña la Gestión dentro de un equipo multiprofesional es el enfermero, con un 21% de relevancia, y luego viene el profesional salubrista con un 12%.

Esto constata que el profesional de enfermería, es responsable por la estructura, proceso y resultado del cuidado inferido por el equipo de salud, y debe tener un conocimiento amplio sobre el campo de la gestión en salud, de forma en vaya adquiriendo competencias para realizar diagnósticos de salud de forma interna y externa a la organización; analizando, y evaluando de forma crítica y sistemática las situaciones de salud ante el contexto social, político y económico, también debe desarrollar y aplicar estrategias para el enfrentamiento de los problemas de salud, visualizando los diferentes escenarios y sus implicaciones con las metas establecidas en la perspectiva de una visión de futuro, y tratar con situaciones, definiendo, monitoreando y evaluando los riesgos de las posiciones adoptadas en las respectivas situaciones. Y en cuanto al profesional Salubrista, cada vez va ganando más campo de actuación, a través de luchas ya que los mismos se relacionan con las acciones que visan intervenir en la vida de las personas y en los determinantes sociales de salud, asumiendo desafíos innovadores y comunicativos, para poder trabajar en equipos, de forma entusiasta y perspicaz, con la capacidad de romper esquemas y construir opciones de negociaciones para posibilitar algunas propuestas de cambio, en trabajos complejos y conflictivos, con capacidad de gerencia, y articulación en la toma de decisiones para la resolución de los problemas que acometen a la población en general.

6. Las funciones de la gestión en salud, son la base fundamental para la buena articulación de los procesos a ser tomados en cuenta a la hora de la formulación de estrategias factibles para que el sector de salud, pueda llegar a los objetivos propuestos, bien sabemos que existen cinco funciones importantes; La planificación, la organización, el liderazgo, la regulación y, por último, pero no menos importante la evaluación.

Sin embargo, en este estudio se evidenció que la primera función, que es la planificación fue la más resaltada con respecto a las demás funciones en un lapso de 5 años, comenzando por el 2014, luego fue estancándose de a poco. Para entender los problemas de salud, es esencial la planificación, pues ayuda a mejorar la organización sectorial, pues el gestor utiliza esta función, para el diseño y acompañamiento de las propuestas de acción, con la toma de decisiones correspondientes, delimitando misiones, formulando objetivos, detallando planes, y programando actividades precisas, para que la propuesta inicial sea alcanzada con éxito rotundo. La planificación en salud, visa enfrentar las necesidades que tiene la población, con respecto a los cambios de las condiciones de vida y salud, realizando campañas sanitarias, elaborando programas y políticas públicas para identificar los problemas de salud determinados, y plantear proyectos para la resolución de los mismos.

7. Visando de manera estratégica la gestión en salud, en el Brasil, la cuestión del tema de descentralización tiene tres niveles: Municipal, Estadual, y Federal. Por ende, la Gestión Municipal es la que más se destacó entre todos los estudios realizados, totalizando un 43% de publicaciones, siendo así los datos más relevantes.

Eso ocurre cuando la descentralización de los servicios es muy fuerte, y entonces, le da más autonomía a los entes, para que creen su propia capacidad de gestión, tanto en el nivel local, regional o federal, con relación a la distribución de recursos debe ser en base a prioridades, creando así una nueva relación funcional ya que el sistema de salud avanza cada día más, y los campos de actuación en el mismo son muy complejos, que solo un sector ya no da cuenta para abastecer tantas demandas, entonces la descentralización del sector de salud, tiene la finalidad de ofrecer servicios de calidad para el usuario de la forma en que le sea más fácil el acceso, principalmente en la atención primaria, ya que cada municipio, barrio o pequeña región dentro de una ciudad debe tener una puerta de entrada para los mismos, ya sean los puestos de salud, upas, hospitales, todo eso se trata básicamente de los insumos necesarios para una buena asistencia, por ejemplo gasas y compresas, en un puesto de salud, eso es responsabilidad del sector municipal, porque eso se le llama peculiar interés local, ya que eso no compete al nivel federal y estadual, por ende el municipio es el que debe tomar las medidas necesarias para adquirirlos. El fortalecimiento de la gestión municipal del SUS constituye una estrategia fundamental para asegurar el acceso integral de la población a la promoción, protección y recuperación de la salud. Tal fortalecimiento no depende sólo del gobierno federal, sino también, y principalmente, de la

participación decisiva de los intendentes y de sus secretarios de Salud, la cual, además, ya viene ocurriendo en la mayoría de los municipios y propiciando los avances obtenidos.

La municipalización tiene como pauta la descentralización de todo lo que se relaciona con la salud, como la contratación de personas, gerenciamiento de unidades prestadoras de servicios, recursos financieros, sin olvidarnos de que la población participa de toda la gestión del sistema cumpliendo las leyes del SUS. La descentralización aproxima un lugar de comando donde el servicio es prestado y facilita la fiscalización de la gestión, los municipios pueden decir cuáles son las prioridades y los servicios ofertados, mientras más local la decisión tomada, hay más posibilidad de acierto, teniendo en cuenta la organización, la unión, y compañerismo entre los gobiernos.

Esta investigación concluye que la gestión en salud es un tema discutido en todas las revistas teniendo en cuenta las siguientes características, la mayoría de los estudios se refirieron a los profesionales de enfermería, los resultados revelan los desafíos para el rol de estos profesionales, como gerente en los servicios, pues destaca la importancia del desarrollo sus competencias y habilidades para comprender al ser humano de manera integral, por la capacidad de satisfacer e identificar las necesidades de la comunidad para la participación en todos los entornos de gestión de las instituciones, destacándose principalmente la Revista Eletrónica de Enfermagem, los hallazgos de este estudio nos permiten concluir que el papel de las enfermeras en la gestión de la salud pública ha crecido porque se centran en múltiples funciones, y en la actualidad más en el área de la gestión en salud.

Algunas revistas en específico tuvieron tendencia a un alto grado de publicación entre los años 2014 al 2018, entre ellas está la Revista Eletrónica de Enfermagem, Revista Anna Nery y la Revista Saúde e Sociedade, con respecto a las demás revistas tuvieron más resistencia en realizar publicaciones referentes al tema en cuestión. Los datos expuestos sobre la gestión en salud, determina que su tendencia es más direccionada al campo de salud colectiva, con enfoque en el sector de la Salud Pública, el método más utilizado fue el descriptivo-exploratorio, y el abordaje cualitativo.

Es posible observar que la gestión tiene una gran responsabilidad para planear acciones que contribuyan con la mejoría de la atención, avanzando cada vez más en la forma que beneficie a los usuarios del sistema. La planificación es la que

más resaltó en todas publicaciones referentes a la función de la gestión, dentro del periodo de análisis el año en que más se destacó es en el 2014.

Como nuevas instituciones constitucionales, los consejos de administración enfrentan importantes desafíos en intersección directa con la gestión pública, entre las que se encuentra la creación, apropiación y mejora de mecanismos para monitorear y evaluar la implementación de sus deliberaciones, es decir, el impacto de sus respectivas esferas de gobierno.

6 CAPITULO V: RECOMENDACIONES

Recomiendo que el tema de gestión en salud debería ser más abordada, por ser un área amplia y que investigadores del área salud estén más preocupados en publicar artículos referidos al tema, porque estudiar la gestión en salud puede dar nuevas alternativas para calificar la gestión, optimizando las actividades a ser llevadas a cabo, principalmente la gestión pública.

Realizar un estudio con más tiempo sobre la gestión en salud, planteando otros objetivos, y propuestas de trabajo, ya que se puede exprimir al máximo el tema, y sacar buenas informaciones de las mismas, para las lecturas cotidianas de los colegas que tienen interés en esta área.

A pesar de todo, el área de gestión en salud, trabaja tanto en el sector público como el privado, pero usan diferentes metodologías, y eso puede hacer que los otros investigadores tengan interés, y que realicen más trabajos a partir de eso, pues son necesarios más estudios para contribuir para nuevos aprendizajes acerca de los modelos de gestión en salud, con el propósito de ofrecer mejorías, para que la dinamicidad de la gestión encuentre nuevas alternativas para probar como está la realidad del sector de salud y crear estrategias para una buena prestación de servicios.

América Latina en sí, debe tocar el tema de gestión en salud, para que estemos todos adecuados a referencia de otros países, y es importante que se enfoquen más en el tema de gestión en salud, porque esto les compete a todos, pues es la forma en que se plantean los programas, las políticas, y los direccionamientos en el sector de salud.

Realizar varias investigaciones en el área de la gestión, es de suma relevancia, porque hay varios temas a profundizar, debería estudiarse al máximo, como salubristas vamos a utilizar las ideas expuestas, para adquirir más conocimientos, planteando otros objetivos para adentrarnos más al campo de la gestión, porque es uno de nuestros enfoques principales en toda la graduación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABRAHÃO, Ana Lucia; MARTINS, Carla Macedo; GEISLER, Adriana. **O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia**. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Rua Dr. Celestino 74, Centro. 24240-091 Niterói RJ. abrahamo@vm.uff.br
2 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):247-257, 2008.
2. ALMEIDA, Adriano Antonio Marques. **As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão**. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011;35(3):252-257.
3. AYRES JR de CM. **Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira**. *Intelligere* 2016;2(1):139-55. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/303645124_Georges_Canguilhem_e_a_construcao_do_campo_da_Saude_Coletiva_brasileira
4. BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo. **As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2483-2495, 2010
5. BEZERRA, Aline **Patrícia Santos et al. Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?**. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, 2013.
6. BENITO, Gladys Amélia Vélez; LICHESKI, Ana Paula. **Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde**. Universidade do vale do Itajaí. Curso de graduação em enfermagem. Itajaí, SC. *revista brasileira de enfermagem. rev. bras. enferm.* vol.62 no.3 Brasília may/june 2009
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de organização da atenção básica**. Brasília; 1999. [citado em 04 junho 2019]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf
8. Brasil, Ministério da Saúde – **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde– NOB 96** – Portaria Min Saúde 2203 de 06/11/1996, disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Disponível em: Acesso em: 08 junho 2019.

11. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011a. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011a, 10)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b. 36 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
13. BRASIL. Ministério da saúde. **Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras**. Em debate revista do centro brasileiro de estudos de saúde volume 39, número especial rio de janeiro, dez 2015
14. CAMPOS, MA. **O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica**. J Bras Psiq 1992; 41(6):255-7.
15. CASTELLANOS, Gustavo Cáceres. **La importancia de publicar los resultados de Investigación**. Rev. Fac. ing. vol.23 no.37 Tunja July/Dec. 2014
16. CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações /-** 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003 - 6ª reimpressão
17. CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. **A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos**. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
18. DEL VALLE, R. **Comités de Unidad Médica, Administración**. Directivo Médico (Méx) 1994; 1 (1): 34-39
19. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009
20. FRANCO, T. B. **O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.
21. FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Política de Saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012a, p. 25-58.
22. GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. **A gestão do trabalho na estratégia saúde da**

- família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde.** Saúde soc. [online]. 2016, vol.25, n.4, pp.988-1002. ISSN 0104-1290.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n4/1984-0470-sausoc-25-04-00988.pdf>.
23. GILMORE, C. M.; NOVAES, H. M. **O trabalho em equipe para o melhoramento da qualidade.** In: OMS. OPAS. Fundação Kellogg. Manual de gerência da qualidade. 1997. (Série HSP/UNI Manuais Operacionais Paltex).
24. GIL AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas; 01999)
25. GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e Funcionamento do SUS.** Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP Especialização em Gestão em Saúde, 2014.
26. GODÍNEZ, Celestina C Múgica. **Liderazgo en la gestión.** Revista del Hospital General “La Quebrada”. Vol. 2, 2003;2(1):30-351 Enero-Abril 2003 pp 30-35.
Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031h.pdf>
27. HAUSMANN, Mônica y PEDUZZI, Marina. **Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2009, vol.18, n.2, pp.258-265. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200008>.
28. HOUAIS, A. - **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa,** Editora Objetiva Ltda., RJ, edição 2001
29. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. **Programas Integrados de Salud. Niños, adolescentes, mujeres, hombres, adultos mayores.** Guía práctica. México, DF: Edic IMSS, 2002.
30. JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Gerência dos Serviços de Saúde.** Caderno de saúde pública RJ 6 (3): 247-259, jul/set, 1990.
31. KOTTER, JP. **Leading Change.** Boston: Harvard Bussiness School Pub 1982: 54-59.
32. LACAZ, F. A. C. **Qualidade de vida no trabalho e saúde doença.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 151-161, 2000.
33. LOPES MMB, CARVALHO JN, BACKES MTS, ERDMAN AL, SCHLINDWEIN BHSM. **Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem.** Acta paul. enferm. 2009; 22(6): 819-27
34. LORENZETTI J, LANZONI GMM, ASSUITI LFC, PIRES DEP, RAMOS FRS. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 417-25.

35. MATTOS, Ruy A. **Desenvolvimento de Recursos Humanos e Mudança Organizacional**, Rio de Janeiro, LTC/ANFUP, 1985. Gerência e Democracia nas Organizações. 2ª ed., Brasília. Ed. Livres Ltda., 1988.
36. MATOS, C. **Política y Plan**. IVEPLAN, Caracas, Venezuela, 1982. 186p.
37. MATOS, C. **Planificación, Libertad y Conflicto**. Caracas: Ediciones IVEPLAN. 1985
38. MATOS E, PIRES D. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm. 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.
39. MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
40. MERHY, E.E. - **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**, in Cecílio, L.C.O. - Inventando a Mudança na Saúde, Hucitec, São Paulo, 1994.
41. MERHY EE. **En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en salud**. En: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Actuar en salud un desafío para el público. San Pablo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
42. MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002
43. MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C: **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009.
44. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; MARTINS, Maria Inês Carsalade; GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família**. 2010 Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480, Mangueiras. 21041-040 Rio de Janeiro RJ.
45. MEDEIROS; GERHARDT. **Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 160-170, DEZ 2015.
46. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
47. MINTZBERG H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas; 1995. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999
48. MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre:

- Bookman, 2004.
49. MINSALUD. Ministerio de Salud y Protección Social. **Gestión en salud pública**, 2019.
50. MION, et al. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.3 São Paulo Sept. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012
51. MORAES PA. **Gestão na Atenção Pré-Hospitalar de Urgência do Município de Goiânia-Go** [dissertação]. Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás; 2012.
52. MOTTA, P. R. **La ciencia y el arte de ser dirigente**. Santafé de Bogotá, Colômbia: TM Editores, Ediciones Uniandes, 2003. 241p.
53. OLIVEIRA, Cecilio, Luiz Carlos. **O trabalho em saúde** / OLIVEIRA, Cecilio, Luiz Carlos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 74p.; 14 x 21 cm. ISBN. Saúde pública – História. 2. **Política de Saúde – SUS**. I. LACAZ, Francisco Antonio de Castro - 362.10981 Castro. II. Título
54. MURILLO, Diego Ayuso; PECO, Iván Herrera. **EL LIDERAZGO EN LOS ENTORNOS SANITARIOS Formas de gestión**. ISBN: 978849052079. Editorial: Díaz de Santos, 2017. Madrid. España. Disponível em: <https://www.editediazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490520796.pdf>
55. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Organização do setor saúde e suas políticas**. Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres em saúde. Fundação Oswaldo Cruz (CEPEDES/FIOCRUZ) Rio de Janeiro. Citado em 30 de junho de 2019. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/organizacao-do-setor-saude-e-suas-politicas>
56. OUVÉNEY, AM., and NORONHA, JC. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>
57. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Biblioteca virtual em Saúde**. 2019. Disponível: <http://lilacs.bvsalud.org/>

58. PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.
59. PAIM, J.S. **Políticas de saúde no Brasil**. In: ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 600. (no prelo).
60. PAIM, J. S. **Desafios da saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDU-FBA, 2006
61. PACHECO, José Márcio da Cunha; GOMES, Júnior Romeu. **Tomada de decisão e alta administração: a implantação de projetos de mudanças de gestão da clínica em hospitais do SUS. ARTIGO** • *Ciênc. saúde colet.* 21 (8) Ago 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.20012015>
62. PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General Promoción de la Salud. **Guía para Municipios Saludables paso a paso**. - Asunción: OPS, 2011, 30 p. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2011
63. PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo 2001; 35(1):103-109
64. PIRES, D. A. **Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho**. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 62 n. 5, p. 739-44, set./out. 2009. Disponível em: . Acesso em: 26 maio 2019.
65. RUTHES RM, FELDMAN LB, CUNHA ICK, **Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem**. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(2):317-21. 6- Durand T. Forms of incompetence. In: 4th International Conference on Competence-Based Management. Oslo (NW): Waikato Management School; 1998.
66. SAMPIERI, et al. *Metodología de la investigación*. 5ta edición, ISBN: 978-607-15-0291-9 (ISBN edición anterior: 978-970-10-5753-7). México año 2010
67. SILVA JC, ROZENDO CA, BRITO FMM, COSTA TJG. **Percepção del estudiante de enfermería sobre la función gerencial del enfermero**. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2012 Apr/Jun [cited 2019 Junho 22];14(2):[about 296-303p.]. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a09.htm
68. SILVA, LMV. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 15-39. ISBN: 978-85-7541-516-0.
Disponível:<http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>
69. SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999

70. SOUZA, LEPF de. **Saúde pública ou saúde coletiva?** Espaço para a Saúde, 2014 [citado em 8 junho 2019]; 15(4):7-21. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4163347/mod_resource/content/1/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20ou%20Sa%C3%BAde%20Coletiva%3F.pdf
71. TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação.** São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995. 306p.
72. TEIXEIRA, et al. **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências.** Salvador : EDUFBA, 2010. 161 p.
73. TESTA. **Pensamento estratégico e lógica da programação.** Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.
74. TESTA. **Pensamento estratégico e lógica da programação.** Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.
75. TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas. 1987
76. VIEIRA DA SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA /FIOCRUZ, 2005. p. 15-39.
77. VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.
78. WEIRICH CF, MURANI DB, MISHIMA SM, BEZERRA ALQ. **O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde.** Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 Apr/Jun [citado 2019 junho 15];18(2):[about 249-57p.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf>