



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ECONOMÍA.

**ADMINISTRACIÓN Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD
EN AMERICA LATINA 2000-2007**

Trabajo de Tesina que presenta:

David Ulises Zárate Castillo

Para obtener el título de:

Licenciado en Economía.

Asesor Tesina: Alejandro Guerrero Flores



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“ADMINISTRACIÓN Y DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD
EN AMERICA LATINA 2000-2007”**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	10
CAPITULO I	14
1.- TEMAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS.....	14
1.1.- Límites del sistema de salud.....	14
1.2.- Atribución causal.....	15
1.3.- Factores de mediación.....	15
1.4.- Desempeño y tiempo.....	16
1.5.- El campo del desempeño.....	16
1.6.- Preferencias universales.....	17
1.7.- Metas socialmente aconsejables.....	17
1.8.- Implicaciones de la política práctica.....	18
CAPITULO II	19
2.-EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	19
2.1.- La necesidad de medir las funciones y el progreso.....	19
2.2.- Medición del desempeño de las funciones.....	20
2.3.- Administración.....	20
2.4.- Metas instrumentales e intermedias.....	22
2.5.- Valores sociales y metas sociales finales.....	23
CAPITULO III	24
3.- VINCULANDO LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD CON LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y LA TOMA DE DECISIONES.....	24
3.1.- ADMINISTRATIVAS.....	24
3.1.1.- Introducción.....	24
3.1.2.- Indicadores del desempeño de las funciones del sistema.....	24
3.1.3.- Implicaciones para los sistemas de información sanitaria.....	25
3.1.4.- Compromiso de la sociedad civil.....	25
3.1.5.- El apoyo técnico de la OMS para los países.....	25
3.1.6.- Evaluar las funciones centrales.....	26

CAPITULO IV..... 27

4.- CRITERIOS DE ESTRUCTURA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA..... 27

4.1.- PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA..... 27

4.1.1.- Auto evaluación del Capítulo de estructura..... 27

4.1.2.- Evaluación de los criterios de procesos y resultados..... 27

4.1.3.- Dictaminación..... 28

4.2.- CAPITULO DE ESTRUCTURA..... 28

4.3.- LA ECONOMÍA SANITARIA Y LA PRÁCTICA MÉDICA..... 28

4.4.- Falsas premisas entre la práctica médica y la economía sanitaria..... 30

4.5.- Verdaderos problemas entre la economía sanitaria y la actividad profesional..... 30

4.6.- Conclusión: De las falsas premisas al verdadero problema..... 31

CAPITULO V..... 33

5.- CONSIDERACIONES ESTRUCTURALRES..... 33

5.1.- GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD..... 33

5.2.- HOSPITALES MODERNOS..... 33

5.3.- DIRECTOR O GERENTE..... 35

5.3.1.- LIDERAZGO..... 35

5.3.1.1.- Dimensión de la organización..... 36

5.3.1.2.- Dimensión interpersonal..... 36

5.3.1.3.- Dimensión individual..... 36

5.4.- COORDINACIÓN..... 36

5.5.- COMUNICACIÓN..... 37

5.6.- RECURSOS HUMANOS..... 38

5.7.- MOTIVACION..... 39

5.7.1.- Teorías sobre las necesidades..... 40

5.7.2.- Teoría sobre las expectativas..... 40

5.7.3.- Teoría sobre el aprendizaje social y los incentivos..... 40

5.8.- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA..... 41

5.8.1.- Definición de la misión socioeconómica..... 41

5.8.2.- Elaboración del plan estratégico..... 41

5.8.3.- Implementación estratégica..... 42

5.8.4.- Evaluación y revisión..... 42

5.8.5.- Características de planificación estratégica..... 42

5.9.- EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES..... 42

5.9.1.- Riesgo e incertidumbre..... 43

5.9.2.- Impacto a mediano y largo plazo..... 43

5.9.3.- Intersectorialidad e interdisciplinaridad..... 43

5.9.4.- Factores a considerar en la toma de decisiones..... 44

5.10.- CONTROL..... 44

5.11.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN..... 46

5.12.- ESTRUCTURA..... 47

5.12.1.- Fase de jerarquización del poder y autoridad..... 48

5.12.2.- Fase de la perspectiva o por objetivos..... 48

5.12.3.- Fase de la flexibilidad por modulación..... 49

CAPITULO VI..... 50

6.- LA ESTRUCTURA CLASICA DE UN HOSPITAL EN EL SIGLO XX..... 50

6.1.- DEPARTAMENTOS HOSPITALARIOS MODERNOS..... 50

6.1.1.- Jornadas y Horarios..... 53

6.1.2.- Cálculo de Personal..... 53

6.1.3.- Área de dirección..... 53

6.1.4.- Área administrativa..... 53

6.1.5.- Área de enfermería..... 53

6.1.6.- Jefatura de enfermería..... 53

6.1.7.- Servicios clínicos..... 53

6.1.8.- Servicio de curaciones e inyecciones..... 53

6.1.9.- Servicios de Emergencias..... 54

6.1.10.- Área de Farmacia:..... 54

6.1.11.- Laboratorio Clínico..... 54

6.1.12.- Radiodiagnóstico..... 54

6.1.13.- Admisión y registros médicos..... 54

6.2.- Descripción y esquematización de los procedimientos..... 54

6.2.1.- Consulta externa u Hospitalización..... 54

6.2.2.- Atención de medicamentos y de materiales al paciente..... 56

6.2.3.- Requisición de medicamentos y de materiales..... 57

6.2.4.- Recepción de medicamentos y de materiales..... 57

COMENTARIOS A MANERA DE CONCLUSIONES..... 58

BIBLIOGRAFIA..... 67

PRESENTACIÓN:

Con este estudio podremos observar y comparar el sistema de Salud de México tomando en cuenta las observaciones hechas por la Organización Mundial de Salud, en su reunión del año 2000 verificando así el cumplimiento de dichas recomendaciones para poder incrementar la calidad de vida de la población y con ello alcanzar el desarrollo de la nación. Conocer la administración hospitalaria en todos sus campos de aplicación y determinar los componentes que llevan a una mejor toma de decisiones, respecto a dicha administración, que nos lleve a:

1.- Verificar que México lleva a cabo las indicaciones de la OMS dando cumplimiento a Normas Internacionales.

2.- Comparar la situación actual del sistema de salud.

3.- Mencionar brevemente en qué consiste la administración de un hospital.

4.- Detallar los elementos que intervienen en el proceso administrativo de un hospital.

5.- Determinar las funciones en las que interviene el departamento administrativo de un hospital.

6.- Dar a conocer las características del proceso administrativo y proporcionar información sobre el manejo y uso de estas al ser aplicadas en la toma de decisiones, que beneficien a la organización.

7.- Identificar las carencias con la que se cuenta en el Sistema de Salud en México.

8.- Poder identificar las áreas de oportunidad en el Sistema de Salud en México.

Por otro lado tomaremos como marco retórico de referencia las condiciones materiales de vida de la población ya que consideramos a la salud como una necesidad social, que el Estado debe proveer, ya que existe una estrecha relación entre enfermedad y pobreza, o planteada en lo positivo, entre salud y productividad. En efecto, una producción baja de bienes y servicios genera salarios insuficientes, y éstos a su vez dan lugar a una nutrición inadecuada, a una educación deficiente, a una vivienda malsana y a un bajo nivel de vida.

A la medicina y la salud pública, aunque no resuelven todos los problemas del bienestar, sí les corresponde en cambio una participación preponderante en la vida socioeconómica de una nación.

Durante un tiempo se entendió por higiene, la ciencia de la salud, y la definición de salud pública limitaba el término simplemente a la lucha contra la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud menciona en su Constitución: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones y enfermedades”.

INTRODUCCIÓN

En el año de 1951 se estableció en Latinoamérica el primer programa educativo específico de administración hospitalaria en la Escuela de salud Pública de Sao Paulo en Brasil, seguido de otros países como Chile, Argentina, Perú, Venezuela, Colombia y México. El contenido curricular de administración y gerencia de Servicios de Salud en estas escuelas era muy descriptivo, conteniendo elementos de tipo procedimental fundamentalmente. Al mismo tiempo se desarrollaron nuevos centros hospitalarios que contenían altos elementos tecnológicos de alta sofisticación y que además del alcance y magnitud de recursos demandaron personal con entrenamiento en las disciplinas administrativas, desarrollándose varios programas de capacitación en administración hospitalaria en las escuelas de medicina de Brasil, Chile, México y Venezuela.

En 1976 se crea el PROASA (Programa de Estudios Avanzados en Administración Pública del Sector Salud) en Rio de Janeiro, teniendo como objetivos:

- 1.- Capacitar los recursos humanos que los organismos del sector salud necesitan para modernizar sus mecanismos y procesos administrativos.
- 2.- Realizar estudios e investigaciones sobre aspectos políticos, socio-económicos y administrativos de la problemática de salud de Brasil con el propósito de la divulgación para el resto de Latinoamérica.

Para el año de 1977 se llevó a cabo el primer curso integral para de Administración de la Salud en América Latina organizado por la Asociación Panamericana de la Salud resaltando la falta de recurso de los programas y su diseño y desarrollo poco sistematizados.

Durante el Informe de Salud Mundial efectuado en el año 2000 (WHR) se elaboró un esquema para evaluar el desempeño de los sistemas de salud proponiendo que se utilizara en forma sistemática y Homogénea, sin embargo con la comparación del desempeño en los distintos

países, y con el transcurso del tiempo podemos darnos cuenta sobre cuáles políticas mejoran el desempeño de los sistemas de salud y cuáles no, dependiendo sus condiciones y situaciones.

La publicación del Informe estimulo un enérgico debate sobre los procesos en torno a la diseminación de dicho Informe y sobre su contenido científico. Debido a esto y al interés de los estados miembros se llevo al acuerdo de informar sobre el desempeño del sector de la salud cada dos años; adoptando las siguientes medidas:

- Establecer un proceso de consulta técnica reuniendo al personal y las perspectivas de los estados miembros en cada una de las Regiones de la OMS;
- Asegurar que la OMS consulte a cada estado miembro sobre los mejores datos a utilizar en la evaluación del desempeño y brindar información por adelantado sobre los valores de los indicadores que la OMS obtenga empleando dichos datos;
- Todos los estados miembros recibirán las compilaciones antes de que estén disponibles para el público general;
- Establecer un pequeño grupo de consulta, incluyendo a los miembros del Consejo Ejecutivo y del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, para que le ayuden a monitorear el apoyo de la OMS en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

El Consejo Ejecutivo aprobó estas medidas y le solicito a la Dirección General lo siguiente:

- 1) Iniciar una revisión de la metodología del desempeño de los sistemas de salud por efectos científicos como parte del proceso de consulta técnica, incluyendo una metodología de actualización y una nueva fuente de datos pertinentes al desempeño de los sistemas de salud.
- 2) Asegurar que la OMS realice consultas con los estados miembros y comparta los resultados de la revisión elaborada por los expertos científicos, coma también sus recomendaciones.
- 3) Elaborar un plan multianual para una investigación más a fondo y desarrollo del esquema y sus indicadores pertinentes para evaluar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud como parte del proceso de consulta técnica.

- 4) Elaborar un plan para mejorar la calidad de los datos que se utilizan para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.
- 5) Informar a los estados miembros sobre el impacto de los informes del desempeño de los sistemas de salud en lo que se refiere a las políticas y prácticas de los estados miembros.
- 6) Proporcionar los informes a las autoridades sanitarias de los estados miembros 15 días antes de la fecha de publicación.

En consecuencia, las consultas regionales se celebrarán en cada Región de la OMS. Los participantes serán representantes de los gobiernos de los estados miembros así como también expertos científicos regionales. Teniendo como objetivo el aportar insumos técnicos para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

Por tal motivo en este estudio verificaremos el funcionamiento del sistema de salud en México observado su situación actual mediante un estudio que va del año 2000 a 2007, años en los que cambio el partido en el poder dando a conocer las carencias de la administración anterior, así como las carencias de la nueva administración. Obteniendo un estatus verídico de la situación de este sector que como bien observaremos es esencial para el crecimiento y desarrollo de una nación debido a que de la salud depende la fuerza laboral.

Con la presente investigación observaremos y estudiaremos las indicaciones de la OMS en su reunión del año 2000 tomándolas como base para la comparación de las condiciones del sistema de salud en México a partir de ese año hasta el año 2007 observando con ello si se está dando cumplimiento y el alcance de las mismas recomendaciones en el desarrollo y mejora del sistema de Salud logrando medir el bienestar de la población a partir de que cuenta con estas normas y políticas dictadas por el organismo Internacional.

Esta investigación está estructurada en antecedentes históricos así como por seis capítulos en los cuales se pretende presentar la información que existe de manera institucional y por otro lado abordar el análisis comparativo con información obtenida de manera empírica, estos

capítulos contienen los conceptos y métodos, evaluación del desempeño de los sistemas de salud, vinculando la evaluación del desempeño de los sistemas de salud con la elaboración de políticas y la toma de decisiones, criterios de estructura para la autoevaluación de establecimientos de atención médica ambulatoria, consideraciones estructurales y la estructura clásica de un hospital en el Siglo XX.

ANTECEDENTES

LA SALUBRIDAD PÚBLICA EN MÉXICO.

ETAPA PRECORTESIANA.

Poco se sabe de la situación sanitaria y médica que prevalecía en México antes de la llegada de los españoles, hay evidencia de muertes ocurridas debido a dos causas principales: las guerras y el hambre. El espíritu bélico de los pueblos mexicanos y la alimentación deficiente tuvieron una profunda significación en el de crecimiento demográfico de estos pueblos.

EPOCA COLONIAL.

Con el arribo de los españoles a la Nueva España llegaron también las epidemias, Las principales que se presentaron en la Nueva España fueron la viruela y el tifo. El primero en introducir la vacuna contra la viruela fue el doctor Francisco Javier de Balmis, enviado por Carlos IV. Las epidemias se desarrollaban en general de manera rápida por la insalubridad en que vivían las masas indígenas y por la mala alimentación. Hernán Cortes fundo el primer hospital que hubo en el Nuevo Mundo: Hospital de la Purísima Concepción de Jesús. Los primeros trabajos de higiene y salubridad pública se llevaron a cabo a través del protomedicato, fundado en 1628.

En 1831 se creó la facultad Medica de México, y en 1841 el Consejo Superior de Salubridad, para entender la salubridad pública. La evolución de las instituciones para atender la salud pública alcanzo su máxima representación hasta 1917, con la creación del Departamento de Salubridad Pública.

A principios de 1928 se fundó la Secretaria de Asistencia Pública por fusión de las antiguas Beneficencias públicas y Privadas del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil.

En 1929 se creó el Instituto de Higiene, destinado a la investigación científica y a la enseñanza. En 1933 se contaba ya con una organización administrativa para la ejecución de las obras de agua potable y alcantarillado en el país, así como para las actividades de saneamiento del medio.

Los diferentes gobiernos de la República han abordado los problemas de salud buscando atender prioridades de este importante sector nacional. En el sexenio 1988-1994, cuyo objetivo principal persiguió impulsar la protección de todos los mexicanos en la salud, la asistencia y la seguridad social. De acuerdo con lo anterior, el Programa Nacional de Salud estableció las siguientes políticas:

1. Fomento de la cultura de la salud.
2. Acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad.
3. Prevención y control de enfermedades y accidentes.
4. Protección del ambiente y saneamiento básico.
5. Impulso de la asistencia social.

Dentro del Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000, la Secretaría de Salud elaboró el Programa de Reforma de Sector Salud, en el cual ha tenido como propósito, cumplir con los mandatos contenidos en el artículo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las disposiciones de la Ley General de Salud. Este programa del sector salud se dividió en cuatro secciones básicas: la que se refiere a la evolución que ha tenido el sistema de salud en México, la cual permite diagnosticar la situación actual; la que plantea los aspectos tanto estructurales como funcionales de la reforma; los programas contenidos en el programa sectorial; y los programas de apoyo para la reorganización del sector.

En un balance sumario de las últimas décadas del siglo XX puede afirmarse que en México el sector salud ha logrado avances considerables en el combate a la enfermedad; así, la mortalidad ha sufrido cambios significativos al reducirse su tasa bruta 79%, pasando entre 1940 y 1994 de 23 a 4.7 defunciones, por cada mil habitantes. Para el caso de la mortalidad infantil, el descenso ha sido mayor (82%), pasando de 158.7 a 29 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados. Los datos anteriores han permitido el aumento de la esperanza de vida, que ha alcanzado a los 75 años.

Por último, uno de los aspectos más recientes y novedosos de la atención a la salud es el que se refiere a los “casos de desastre”. La Secretaría de Salud está desarrollando un programa que regula su participación en diferentes operativos relacionados con los fenómenos naturales con objeto de establecer guías de preparativos hospitalarios para situaciones de desastre.

La asistencia pública en México y el sistema de seguridad social tiene su origen en las modificaciones a nuestra carta constitucional hechas en 1917.

Diversas medidas protectoras en materia de trabajo y seguridad social se han convertido en tareas casi exclusivas del gobierno para mejorar y ampliar las condiciones materiales de vida de nuestra población.

En las últimas décadas, México ha crecido demográficamente con gran rapidez, por lo cual de manera paralela han aumentado, entre otras, las necesidades habitacionales y de seguridad en la vida y en el trabajo.

Habiéndose abocado el gobierno a la tarea de proteger a sus habitantes, ha creado en algunos casos instituciones destinadas al radio de acción de las secretarías de estado dedicadas a la asistencia y a la seguridad social.

Entre las instituciones que atienden los sectores, se encuentra: 1º La Secretaría de Salud; 2º El Instituto Mexicano de Seguro Social; 3º El Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado; 4º El Departamento del Distrito Federal; 5º El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Existen además otras instituciones dedicadas a la atención de sectores específicos, entre las que se encuentran la Seguridad Social para las Fuerzas Armadas y el Instituto Mexicano de Rehabilitación.

CAPITULO I

1.- TEMAS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS.

1.1.- Límites del sistema de salud.

De la discusión del Informe de Salud Mundial 2000 surgen varios conceptos posibles del sistema de salud:

La definición más estrecha marca IQS Límites con firmeza acerca de las actividades bajo el control directo del Ministerio de Salud.

La segunda definición es un poco más incluyente, En ella, el sistema abarca servicios de salud personales y no personales, pero no las acciones intersectoriales diseñadas para el mejoramiento de la salud.

La tercera definición es aún más incluyente y considera cualquier acción donde la intención primaria es el mejoramiento de la salud como parte del sistema de salud. Esto es más amplio que los servicios de salud personales y no personales, incluyendo acciones Intersectoriales, tales como el apoyo para regular la reglamentación diseñada para reducir las muertes por accidentes de tránsito.

Siendo entonces apropiada en la medida que los administradores del sistema de salud aseguren la prestación de los servicios personales y no personales clave y aboguen por la actividad intersectorial en una gama de acciones dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud.

La opción final es incluir todas las acciones que contribuyen al mejoramiento de la Salud en la definición del sistema de salud. Esta incluye su eficiencia, porque, prácticamente todas las áreas de la actividad humana la educación, el desarrollo industrial y el medio ambiente influyen en la salud.

1.2.- Atribución causal.

Muchas acciones, incluidas aquéllas que no están diseñadas específicamente para el mejoramiento de la salud, afectan a la salud ya sea positiva o negativamente, entre ellas la educación, el medio ambiente, la agricultura, la industria etc.

Con el Informe de Salud Mundial 2000, se han revelado dos enfoques que compiten por separar la influencia del sistema de salud de los de estas otras actividades.

El primero es la definición de los indicadores parciales del logro general de metas que incorporan en la medida un conjunto de relaciones causales planteadas como hipótesis. Por tanto, solo los resultados, en gran parte determinados por las actividades del Ministerio de Salud o los formuladores de políticas sanitarias, serían medidos y monitoreados como parte de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Por ejemplo, la mortalidad Infantil, causada por enfermedades prevenibles por vacunación, se mediría por sobre la mortalidad infantil general porque el Ministerio de Salud puede controlar la cobertura de los programas de vacunación ordinaria pero no puede controlar el hecho de que algunos niños mueran de la desnutrición asociada con pobreza.

1.3.- Factores de mediación.

Está claro que la simple prestación de servicios médicos y de salud y las acciones intersectoriales, no se traducen automáticamente en el mejoramiento de la salud de población. Se requieren varias condiciones de mediación, de cuáles son estos factores y cómo pueden medirse. La medición de una cobertura eficaz plantea muchos desafíos si se incorporan conceptos tales como acceso físico, costo, utilización, eficacia y calidad.

También requiere de la identificación de un conjunto de intervenciones clave por las cuales la cobertura se medirla habitualmente.

Si se desea que la cobertura sea monitoreada de forma válida, fiable y equivalente deben superarse varios desafíos técnicos. Dos de los desafíos más importantes son la incorporación de los proveedores no gubernamentales y privados en la evaluación de la cobertura y la validación de ésta, lo cual implica los datos de la prestación de servicios.

1.4.- Desempeño y tiempo.

La eficiencia es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y del sistema que no es de salud.

El cálculo de la eficiencia requeriría del control de todos los factores determinantes posibles del sistema que no es de salud y el impacto de medidas de salud tomadas en el pasado identifica claramente quién es el responsable del bajo rendimiento actual pero no proporciona incentivos a los formuladores de políticas sanitarias para pensar en acciones más amplias que podrían mejorar la salud, es decir que se hagan cargo de la salud de población en su totalidad.

El desempeño deficiente refleja el hecho de que el sistema no está logrando lo que podría haber logrado en presencia de las políticas y programas apropiados. Puede que esto sea el resultado de las decisiones tomadas hace 15 años o las que se tomaron actualmente. Puede también que sea el resultado de no haber prestado servicios médicos a los pobres.

Este enfoque también es compatible con la forma de medir la eficiencia en el aspecto más amplio de la economía, donde por ejemplo, no se hace ningún intento para ajustar los cálculos actuales de la eficiencia de las compañías frente a los errores cometidos por los administradores del pasado.

1.5.- El campo del desempeño.

En el Informe de Salud Mundial 2000, La eficiencia se definió como el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución realizable a las metas sociales definidas, dados los recursos utilizados el desempeño. A menudo se define como una gama de actividades

alrededor de la utilización de pruebas para maximizar los resultados o el logro de metas. Esto significaría definir la “evaluación del desempeño de los sistemas de salud” como un conjunto de actividades que Incluya lo siguiente:

- La medición de los recursos del sistema de salud y los que no son de salud utilizados para obtener los resultados.
- El cálculo de la eficiencia con la cual los recursos se utilizan para lograr estos resultados;
- La evaluación de la forma en que las funciones observadas del sistema influyen en los niveles del logro y la eficiencia;
- El diseño y ejecución de políticas para mejorar el logro y la eficiencia.

1.6.- Preferencias universales.

La cuestión de si todos los países tienen las mismas preferencias ha surgido posteriormente. Para comparar el logro general en todos los países se requiere de algún sistema de ponderación uniforme, pero la pregunta de si las preferencias varían en diferentes entornos es un asunto que puede probarse empíricamente.

Si es que en efecto difieren sustantivamente en todos los países, existe la opción de utilizar dos tipos de sistemas de ponderación general para el logro y la eficiencia. Uno tomaría el promedio observado en todos los países, y el otro utilizaría las diversas ponderaciones del país. Esto permitiría una evaluación del grado en que el logro y los cálculos de eficiencia generales fueron sensibles a la variación de la preferencias del país. Si las preferencias varían en forma sustancial entre los países, podría ser determinado a través de una serie de encuestas domiciliarias en varios países, las cuales incluyen preguntas sobre la importancia de las diferentes metas.

1.7.- Metas socialmente aconsejables.

En el Informe de Salud Mundial 2000 se baso en que existen tres metas definidas: salud, grado de respuesta del sistema y financiamiento justo. En términos de cualquier otra definición,

la salud es una meta social a la cual contribuye el sistema de salud pero que es también influida por otros factores.

Nadie ha disputado que el sistema existe principalmente para mejorar la salud y que esta es la meta definitiva por lo que los sistemas de salud deben contribuir a la consecución de otras metas sociales además del mejoramiento de la salud. Esta es la idea que trata de capturar la categoría “grado de respuesta del sistema” al definir las siguientes áreas: Dignidad, Autonomía, Confidencialidad, Atención inmediata, Calidad de servicios básicos, Acceso a las redes de apoyo social durante la atención y Elección del proveedor.

El sistema de salud contribuye a una variedad de metas sociales, Crecimiento económico y la promoción de la participación comunitaria. El incluir a éstas como metas en el esquema de evaluación del estudio de los sistemas de salud, depende en parte de si el sistema de salud les otorga una contribución suficientemente importante para justificar el monitoreo de rutina sobre el impacto del sistema en los resultados. Por ejemplo, si el sistema de salud logra solo un pequeño cambio en la tasa de crecimiento económico, no sería factible o necesario vigilar su contribución a este Crecimiento como parte de la evaluación periódica del desempeño de los sistemas de salud.

1.8.- Implicaciones de política practica.

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud es importante para desarrollar mejores políticas, estrategias y programas, para lograr fortalecimiento del trabajo sobre las funciones del sistema; generación de recursos, financiamiento, provisión y rectoría. Una manera de proporcionar esta información es fortalecer los vínculos entre la evaluación del desempeño de los servicios de salud y el análisis de eficacia en función de los costos.

CAPITULO II

2.-EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

2.1.- La necesidad de medir las funciones y el progreso.

Sería mejor considerar una amplia gama de actividades en lugar de equipararla a la eficiencia. Esto permitirá que la evaluación del desempeño pueda considerar si se está progresando hacia las metas específicas y si se están emprendiendo las actividades apropiadas para promover el logro de estas metas para Identificar las áreas problema que pueden requerir de atención especial y mejores prácticas que puedan servir de modelo. De esta forma, la evaluación del desempeño también podría ser un instrumento para la regulación y para la asignación de recursos.

El concepto amplio del desempeño incluiría la capacidad de evaluar si están lográndose avances hacia las metas específicas y si están emprendiéndose las actividades apropiadas para promover el logro de esas metas.

En la evaluación del desempeño, el enfoque puede compararse al diseño de un tablero de mandos, el cual cuenta con múltiples calibres que permiten el escrutinio de diferentes dimensiones del desempeño de los sistemas de salud al considerar el logro de las metas intermedias y las diferentes maneras en que las funciones de los sistemas operan.

La cuestión es que si las categorías de las capacidades, de los procesos y de los riesgos son los apropiados para evaluar el progreso para seleccionar los indicadores se han sugerido cuatro criterios básicos:

- Medidas que apunten hacia un objetivo específico y se orienten a los resultados
- Medidas significativas y comprensibles
- Datos adecuados para apoyar las medidas
- Medidas validas, fiables y adaptables

2.2.- Medición del desempeño de las funciones

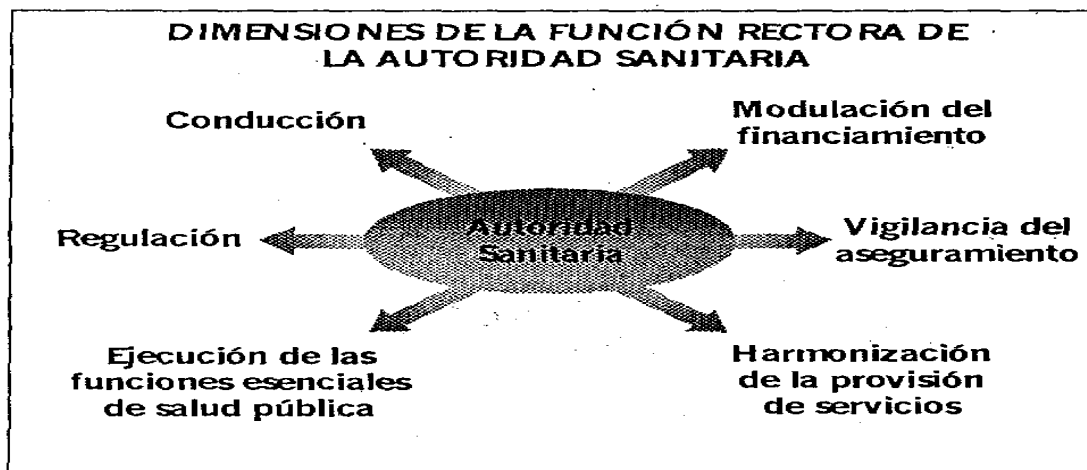
Existe la necesidad de definir los indicadores de cómo los sistemas de salud se organizan para llevar a cabo una serie de funciones que son interdependientes y también necesarias para alcanzar las metas programadas.

2.3.- Administración.

La reforma del Estado y los procesos de descentralización han llevado a una redefinición de las funciones institucionales en el sistema de salud como prioridad en los estados miembros, especialmente en lo que concierne a la función de rectoría de los ministerios de salud.

Esto intensifica la necesidad de reconfigurar y adaptar las responsabilidades y operaciones de las autoridades sanitarias para fortalecer sus funciones de rectoría sectorial, de manera que puedan definir mejor sus áreas de intervención, tales como la conducción sectorial, la regulación, la implementación de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la prestación de Servicios (figura 1).

Dimensiones de la función rectora de la autoridad Sanitaria



1

La amplitud de las funciones de rectoría de los ministerios de salud dependerá del grado de responsabilidad del sector público, del grado de descentralización y la división del trabajo en la estructura institucional de cada país. Estas responsabilidades requerirán que los ministerios

fortalezcan y, en muchos casos, re instrumenten sus operaciones, su estructura organizacional y el perfil profesional de su personal de gestión, técnico y administrativo.

Las reformas del sistema sanitario se enfrentan con el desafío de fortalecer la función de rectoría de la autoridad sanitaria, y una parte importante de ese papel está ejerciendo Las funciones esenciales que corresponden al Estado en el nivel central, intermedio y local.

Para medir el desempeño de lo que se ha denominado las funciones esenciales de salud pública (FESP), como la base para el mejoramiento de la práctica en la salud pública y para fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado.

Las FESP se han definido como capacidades que permiten una mejor práctica de salud pública. Para contribuir en la orientación de la discusión de esta consulta, se enumeran las once FESP identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de América.

- 1) Monitoreo y análisis de situación de salud.
- 2) Vigilancia de salud la pública, investigación y el control de los riesgos y daños en la salud pública.
- 3) Promoción de la salud.
- 4) Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en la salud.
- 5) Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión para apoyar los esfuerzos en la salud pública y la función rectora de la autoridad sanitaria nacional.
- 6) Reglamentación de la salud pública y su cumplimiento.
- 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- 8) Desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en la salud pública.
- 9) Asegurar la calidad de los servicios de salud personales basados en la población.
- 10) Investigación, desarrollo y ejecución de soluciones innovadoras de salud pública.
- 11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

La medición del grado del desempeño de la función de administración y de las FESP debe conducir a un mejoramiento en la práctica de salud pública.

2.4.- Metas instrumentales e intermedias.

La mayoría de los indicadores disponibles sobre el logro de las metas instrumentales está relacionada con el método en el cual se desarrolla la función de la prestación o provisión de servicios de salud personales y no personales.

En el transcurso de los años, se han sugerido innumerables metas intermedias, y actualmente algunas de ellas se están implementando en países como Canadá, Australia, el Reino Unido y Gran Bretaña. Dichos países han incluido los siguientes elementos:

- El acceso (Si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuado).
- La eficacia (qué tan bien funcionan los servicios y como afectan la salud).
- La pertinencia (si la prestación del servicio es relevante a las necesidades y si está basada en el estándar establecido).
- La continuidad (como se corresponden los servicios entre sí, incluyendo coordinación, integración y conducción).
- La sostenibilidad (capacidad de Los sistemas para proporcionar infraestructuras, tales como fuera laboral, establecimientos y equipos además de ser innovadores y responder a las necesidades que puedan surgir).
- La eficiencia (ésta a menudo se concibe como eficiencia técnica o la capacidad de lograr mejores resultados a más bajo costo).
- La competencia (prestadores con conocimientos y aptitudes apropiados con la atención que proporcionan).
- La aceptabilidad (cuán eficientes son los sistema de salud frente a las expectativas de los ciudadanos).

2.5.- Valores sociales y metas sociales finales.

Es claro que la elección de los indicadores del desempeño no opera en un ambiente libre de juicios de valor, y debe reconocerse que las sociedades crean formas de organizar los sistemas de salud según principios orientadores y valores fundamentales que comparten sus ciudadanos.

CAPITULO III

3.- VINCULANDO LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD CON LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y LA TOMA DE DECISIONES.

3.1.- ADMINISTRATIVAS.

3.1.1.- Introducción.

La evaluación rutinaria del desempeño de los sistemas de salud requeriría que los gobiernos nacionales monitoreen y evalúen los logros de sus sistemas de salud, diagnostiquen los factores determinantes del desempeño observado basándose en los grupos funcionales e identifiquen las políticas y estrategias para mejorar el desempeño. Requerirá también que la OMS aumente su capacidad de proporcionar apoyo técnico en estas áreas.

3.1.2.- Indicadores del desempeño de las funciones del sistema.

El esquema y los instrumentos actuales de las FESP ayudan a los administradores en la medición del desempeño de los sistemas y les permite compararlo con otros países. El mejoramiento del desempeño requiere tomar medidas en las cuatro funciones medulares:

Administración, financiamiento, provisión y generación de recursos, pero en la actualidad no existen instrumentos para medir el desempeño de cada función frente al conjunto de las metas instrumentales acordadas. El paso final para los administradores es la interpretación de estos indicadores instrumentales y la imposición de medidas correctivas apropiadas. Por ejemplo, una cobertura pobre puede que esté relacionada a un desempeño deficiente por parte de los proveedores de asistencia sanitaria, la cual es afectada por una variedad de factores; tasas de salarios, calidad de educación y supervisión. Las acciones de administración variarán según el nivel de la responsabilidad en la toma de decisiones (puede que las tasas de salarios se determinen en el nivel central, mientras que la supervisión se determina en el nivel institucional).

3.1.3.- Implicaciones para los sistemas de información sanitaria.

En la actualidad, tanto en el ámbito nacional como subnacional, los sistemas de información en salud no tienen la infraestructura adecuada para asumir la totalidad de Las FESP, y la OMS aun no cuenta con la capacidad suficiente para proporcionar apoyo técnico.

La elección de indicadores es un asunto crítico. El tener miles de indicadores del desempeño para la medición de la calidad de la atención, como es del caso actualmente, impone enormes presiones en los sistemas de información sanitaria de todos los estados miembros, pero en particular en los más pobres. También presenta dificultades a los administradores que tendrían que discernir entre una enorme cantidad de datos.

Es necesario encontrar un equilibrio entre la cobertura de todos los factores posibles que podrían influir en los resultados, en la capacidad del sistema para producir información oportuna y en la capacidad de los administradores para digerir la información.

3.1.4.- Compromiso de la sociedad civil.

El objetivo de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud es la evaluación de las contribuciones de todas las partes del sistema de salud, y el desarrollo del mejoramiento de las funciones, del sector privado, por ejemplo, donde se demuestra que está funcionando por debajo de las expectativas. Por tanto, se ha sugerido que los gobiernos mantengan un diálogo continuo sobre las políticas con el público; con los interesados privados con fines de lucro y con los sin fines de lucro, así como también con sus colaboradores intersectoriales.

3.1.5.- El apoyo técnico de la OMS para los países.

La OMS también debe formar su propia capacidad para proporcionar apoyo técnico a través de una organización debe enfocarse en la realización de miembros sin embargo las más recientes sugerencias incluyen lo siguiente:

a) Consultar y examinar la metodología de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud con los países y sus propios expertos.

b) Ayudar a los países instándolos a desarrollar capacidades para las siguientes acciones:

Comprometerse a dialogar sobre políticas nacionales de salud.

3.1.6.- Evaluar las funciones centrales.

- Empezar la medición y el análisis sub nacional esto requerirla de un examen de la conveniencia de los sistemas de información sanitaria para las FESP.
- Desarrollar respuestas de políticas apropiadas.

CAPITULO IV

4.- CRITERIOS DE ESTRUCTURA PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA.

4.1.- PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

En 1999, se creó el Programa Nacional para la Certificación de Hospitales, bajo la Coordinación del Consejo de Salubridad General con el apoyo de una Comisión, integrada por representantes de academias, instituciones educativas, colegios y sociedades en materia de salud. El Programa es una estrategia fundamental de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que tiene como propósitos mejorar la atención médica efectiva y el trato digno de los pacientes.

El 20 de septiembre de 2002, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo por el que se Establecen las Bases para el Desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, que da pauta a que la certificación se amplíe a otros tipos de establecimientos, entre los que se encuentran los de atención médica ambulatoria.

4.1.1.- Auto evaluación del Capítulo de estructura.

Etapa consistente en la evaluación por parte de los responsables del establecimiento de atención médica, de los criterios de este capítulo, con el fin de medir la capacidad de infraestructura, de recursos humanos, de instalaciones físicas, de equipamiento, así como de organización y métodos de la unidad.

4.1.2.- Evaluación de los criterios de procesos y resultados.

Etapa que realiza un equipo multidisciplinario de evaluadores institucionales capacitados, para medir el grado de cumplimiento de los criterios de procesos y resultados de la atención médica de la unidad, mediante la revisión in situ de las áreas, documentos y acciones definidos en los criterios correspondientes.

4.1.3.- Dictaminación.

En esta etapa, los integrantes de la Comisión en reunión ex profeso analizan los resultados de las evaluaciones y emiten su dictamen.

4.2.- CAPITULO DE ESTRUCTURA

Para los fines del Programa, se entiende por establecimiento de atención médica ambulatoria todo aquel establecimiento público, social o privado fijo, cualquiera que sea su denominación y régimen jurídico, que preste servicios de atención médica a pacientes ambulatorios, ya sea ésta: general, familiar o especializada, dirigida a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas.

El capítulo de estructura contemplado dispuesto en la Ley General de Salud y sus reglamentos, en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que aplican para la obtención de avisos de funcionamiento y de responsables sanitarios, así como lo relativo para los requisitos de estructura o equipamiento, que son obligatorios para los establecimientos de atención médica ambulatoria. En instalaciones y equipamiento, se toman en cuenta las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-168-SSAI-1998, del expediente clínico; NOM-157-SSA1-1996, Salud ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnostico medico con rayos X; NOM-OO1-SSA2-1993, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud y NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

4.3.- LA ECONOMÍA SANITARIA Y LA PRÁCTICA MÉDICA

En los últimos 30 años, la ciencia médica ha mostrado un significativo desarrollo mediado por la acelerada innovación tecnológica, condición que trajo aparejada a su vez profundos cambios en los esquemas habituales de diagnóstico y tratamiento, así como Un incremento significativo en

el costo de la atención médica. Tanto en la introducción de nuevas prácticas, fármacos y equipos sofisticados, es el médico quien finalmente asigna más del 80% de los recursos del sector salud en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas, tomadas diariamente en condiciones de incertidumbre.

Dentro de las cuestiones estratégicas que hacen a las reformas de los sistemas de salud en sus tres niveles—macro, mezo y micro—el peso de los profesionales frente al proceso de producción sanitaria se torna crucial, tanto en la utilización adecuada de los escasos recursos financieros. Disponibles, como en los incentivos para lograrlo.

La Economía Sanitaria debe centrarse también en los aspectos que vinculan la clínica con lo macroeconómico. De allí que su objetivo fundamental sea que el médico logre incorporar a su actividad una cuestión central: Lograr la máxima utilidad en sus resultados en el tiempo justo con los recursos adecuados y con la calidad necesaria conceptualmente, sin una medicina efectiva no puede haber servicios sanitarios eficientes.

Por tal motivo, un proceso de reforma centrado en la gestión clínica requiere así dos componentes; un actor y un instrumento que permita evaluar sistemáticamente proceso/resultado/costos; o lo que es más preciso, relacionar eficiencia con efectividad: Uno de los principales problemas del sistema de salud-luego de la inequidad-es la asimetría entre el crecimiento progresivo de los costos y los resultados esperados en términos de salud colectiva (costo/efectividad) o de satisfacción de las personas (costo/calidad), Ahora bien, existen dos problemas centrales en este nudo crítico de gestión dentro de la dinámica sanitaria. El primero se basa en tres elementos clave de la práctica médica:

Incertidumbre, ausencia de patrones confiables de comparación de alternativas y resultados y abuso de la ‘experiencia’ en la misma. El segundo remite a una elevada veracidad del resultado final como consecuencia de las diferentes decisiones clínicas.

4.4.- Falsas premisas entre la práctica médica y la economía sanitaria.

La economía sanitaria es la ciencia que se ocupa de las consecuencias de la escasez de recursos en la atención de la salud. Tal vez el conflicto mayor que se plantea entre la economía sanitaria y el ejercicio de la medicina surge de la contradicción entre el concepto sanitario tradicional que “la salud no tiene precio” y el reconocimiento que frente a los costos médicos en alza, ya que existe una necesidad económica de contener gastos en razón de los escasos recursos disponibles por lo tanto, Poder definir como se obtiene el máximo beneficio con cada peso que se gasta en salud, como necesidad individual o colectiva, es un reto difícil de alcanzar.

Por otra parte, la evidencia científica también se relaciona con la medicina y su concepto clásico de arte y ciencia a la hora de establecer la toma de decisiones en salud. De allí que la economía sanitaria caiga en su vínculo científico con la práctica médica en una “caja negra” que contribuye a establecer falsas premisas en torno a su armonización.

4.5.- Verdaderos problemas entre la economía sanitaria y la actividad profesional.

Si la atención de la salud, considerada en todos sus aspectos, resulta ineficiente en término de costos, e inefectiva en término de resultados, sea por errores médicos o no médicos en la gestión sanitaria, será imposible lograr estándares adecuados, no solo económicos sino científicos y bioéticos. Al mismo tiempo, no plantear opciones para establecer una toma de decisiones responsable, e incorporar juicios de valor con gran dispersión de ideas implica en un entorno social complejo donde aumenta la presión respecto de proveer servicios sin pensar en el consumo de recursos o en el uso alternativo de los mismos para otros pacientes, una actitud costo-inconsciente.

De allí que sea racional plantear, desde la economía sanitaria, una selección costo-efectiva o costo del menú prestacional, bajo criterios de necesidad y de utilidad asistencial y social, previa la evaluación de las tecnologías.

Regular la variabilidad del proceso de atención médica tanto en la asignación de recursos como en el logro de resultados más efectivos, implica avanzar sobre un componente central (el médico) que, a partir de su conocimiento y experiencia, se transforma en el nudo crítico del proceso sanitario.

Cualquier regulación parte de la posibilidad efectiva de definir parámetros adecuados de combinación de recursos y nivel de efectividad de resultados, así como costos de tales intervenciones.

En ese contexto, hay tres condiciones de variabilidad que deben ser preestablecidas:

- Su amplitud, que resulta de como el médico gestiona la evolución de la propia enfermedad a partir del proceso de atención.
- Su causa, vinculada al diferente grado de uso o ampliación de técnicas y procedimientos diagnóstico/terapéuticos a partir del empirismo o “experiencia”
- Su consecuencia, a partir de la presencia de pacientes individuales o en grupos con enfermedades similares.

Aplicar regulaciones en la micro gestión para reducir la variabilidad del proceso de atención sin duda afectará frontalmente al ejercicio de la medicina. Cuando el profesional aplica diariamente la ciencia médica en un contexto económico y social, donde la tecnología no cesa en su avance innovador. El clásico modelo de gestión sanitaria se va modificando radicalmente y los recursos económicos se hacen escasos frente a la expansión del gasto en atención médica.

4.6.- Conclusión: De las falsas premisas al verdadero problema.

Desde esta nueva visión de la práctica médica vinculada a la economía sanitaria, tanto las actividades preventivas de salud como las prestaciones asistenciales debieran proveerse a partir de su efectividad; es decir, que permitan alcanzar resultados objetivamente medibles en salud, teniendo en cuenta al mismo tiempo los costos que ellas generan y los recursos

disponibles. Por ende, entre las alternativas terapéuticas posibles, corresponderá priorizar aquellas más costo-efectivas.

Si la oferta de servicios de atención médica tiene la posibilidad de generar su propia demanda (Ley de Say sanitaria), y a su vez se encargan de proveer las prestaciones para resolver los problemas derivados de la enfermedad, el “libre albedrío” en su actividad lleva a un descontrol ilimitado del gasto. Desde el esquema de la economía sanitaria, que representa al médico como un agente en relación con dos principales (el paciente que traslada su demanda de resolución del problema por un lado y los servicios de salud que trasladan su demanda de producción por otro), se considera que éste no puede actuar eficazmente sin incorporarle a sus actos responsabilidad económica.

Por tanto podemos definir a “La economía sanitaria”, como una disciplina que integra conceptos, teorías y modelos económicos y médicos para abordar en el estudio de la producción, distribución y consumo de los servicios de atención médica.

No solo resulta útil aplicar el costo/efectividad a los servicios de atención médica para reducir la variabilidad generada por la autonomía profesional, sino incorporarla a aquellas decisiones que, desde la política sanitaria, procuran reducir morbilidad o mortalidad a partir de la prevención. Un programa preventivo, si bien no evita la presencia de enfermedad, toda vez que cuando se la detecta ya está instalada y no puede predecirse, permite alcanzar como objetivo su detección precoz y control adecuado en individuos clínicamente asintomático.

La economía sanitaria puede así, desde uno de sus instrumentos centrales como la evaluación costo/efectiva de las intervenciones en el campo sanitario, prestar la utilidad necesaria tanto a la propia medicina como a la salud pública, más allá que estén basadas en la evidencia.

CAPITULO V

5.- CONSIDERACIONES ESTRUCTURALES.

5.1.- GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Durante la Administración de un Hospital, los principales componentes que se necesitan en esta tarea es una serie de fundamentos y características que llevan a la implementación de un proceso administrativo basado en:

Liderazgo: Toma de decisiones, Control Gerencial y Evaluación de Calidad, Recursos Humanos, Sistemas de Información. Dividiendo el trabajo, en dos partes: La primera un componente teórico sobre cada punto presentado de manera resumida. La segunda es a aplicación de toda a teoría en el caso de la Administración de Hospitales, resumiendo las técnicas y características Llevadas a la práctica.

5.2.- HOSPITALES MODERNOS.

Los cambios que ocurren en el mundo que nos rodea exigen de todas las organizaciones ya sean estas públicas o privadas una capacidad de adaptación e innovación constante, estas exigencias y tecnologías nuevas generan presiones para establecer nuevas formas de proceder para aumentar el impacto de la institución en la comunidad.

Los hospitales como prestadores de servicios de relevancia social deben estar atentos al desarrollo de tecnologías ya que el aprovechamiento al máximo de los conocimientos mejorará la eficiencia y eficacia al prestar los servicios.

El progreso de los hospitales puede ser visto como resultado de la capacidad gerencial de responder a los desafíos impuestos por los cambios de la sociedad, económicos, políticos y tecnológicos. Entre estas condiciones y cambios podemos destacar:

1. El progreso tecnológico en el área medico-hospitalaria, que brinda oportunidad de mejoría constante en la atención a la salud y genera un aumento en la productividad del hospital.

2. El desarrollo socioeconómico de la región, puesto que es el responsable del crecimiento de enfermedades crónicas, sin reducir las causadas por dificultades físicas.
3. Desarrollo de la ciencia médica que impone tratamientos variados e individuales que exigen una estructura compleja para su ejecución,
4. La imagen externa que cualquier servicio médico es mejor prestado en el hospital, lo que logra que las personas no utilicen los centros de salud.

La función administrativa gana mayor espacio en el hospital ya que se integra a varias actividades de asistencia y no se ve como una instancia de apoyo aunque el énfasis sea en la dimensión gerencial, se entiende que el desarrollo de un hospital depende también de su desarrollo físico y tecnológico.

El sentido de modernización de un hospital debe considerar tres dimensiones:

- 1.- Dimensión tecnológica: esta debe ser vista como un proceso de innovación constante en la cual los nuevos equipos sean accesibles a la práctica médica por lo cual es necesario que la dirección del hospital preste atención continua para evitar que los equipos, prácticas y métodos de acción se vuelvan obsoletos. Pues ha proporcionado diagnósticos más rápidos y precisos además de tratamientos especializados, en la cuestión económica ha generado una disminución en los costos directos e indirectos de la salud pues reduce el tiempo de internamiento hospitalario.
- 2.- Dimensión física: la obtención de nueva tecnología exige muchas veces el cambio del espacio físico, la modernización física es imprescindible para poder realizar la innovación tecnológica.
- 3.- Dimensión humana y gerencial: las estructuras y métodos poco actualizados hacen que los gerentes hagan un esfuerzo en busca de mejorar los resultados en el sistema administrativo de los hospitales los cuales son muy deficientes pero el todavía bajo nivel de inversión en la administración genera frustraciones lo que los desalienta e inicia un ciclo de ineficiencia como

producto de la frustración lo que genera que se pierdan oportunidades de desarrollo personal y profesional, en el punto de vista gerencial la modernización es el desarrollo de un nuevo modelo de gestión médico-hospitalaria que apoyado con tecnologías avanzadas será más eficiente y satisfacer a los usuarios, por lo cual es necesario una capacitación gerencial para adquirir conocimientos sobre alternativas gerenciales modernas que equivalen a la tecnología medico/hospitalaria que se está utilizando.

5.3.- DIRECTOR O GERENTE.

Se presume que ciertas personas que poseen cualidades naturales como adquiridas en su profesión pueden ser buenos gerentes pero estas cualidades que son importantes pueden ser insuficientes para desarrollar una buena gestión de gerencia, la complejidad de la organización moderna exige habilidades administrativas superiores a las de la experiencia y sentido común. La separación entre las habilidades de gestión y liderazgo sirve para mostrar lo importante que es aprender habilidades diversas para obtener una nueva forma de dirigir grandes proyectos y organizaciones como los hospitales.

5.3.1.- LIDERAZGO.

El liderazgo es la dimensión gerencial que más ha llamado a atención de quien trata de llevar a cabo una gran administración puesto que deja implícito no solo la aceptación de una persona como líder sino su capacidad de agregar intereses e influenciar a otros para obtener compromisos en una causa común, para jefes y gerentes el liderazgo se ha convertido en una palabra común en su hablar administrativo muchos desean tener esta habilidad en especial los gerentes que lo ven como instrumento para inducir a las personas y conservar el poder. Los líderes en realidad son personas comunes que pueden transmitir un poder a las personas bajo su mando lo cual les facilita el desarrollo de su potencial generando en esta confianza, iniciativa hacia un ideal lo cual les permite aceptar errores.

El líder es un producto de persistencia y constancia en el aprendizaje de habilidades

Interpersonales dentro de una organización.

5.3.1.1.- Dimensión de la organización.

1. Orientarse para conocer a fondo la misión socioeconómica del hospital.
2. Conocer bien los objetivos de la organización.
3. Orientarse siempre hacia el futuro.
4. Estudiar los objetivos de la organización para lograr sus propósitos.

5.3.1.2.- Dimensión interpersonal.

1. Comunicarse con el personal para establecer un significado colectivo.
2. Ejercitarse en la búsqueda de nuevas soluciones e identificar nuevos problemas.
3. Analizar de forma crítica los procesos, técnicas y tradiciones del hospital para crear nuevos métodos.
4. Comunicar ideas y formas de comprensión de los fenómenos de la organización.

5.3.1.3.- Dimensión individual.

1. Reconocer el valor de las personas.
2. No idealizar a las persona
3. Valorar las relaciones personales estrechas.
4. Se debe confiar en la gente y permitir que desarrollen sus propios métodos de trabajo.

5.4.- COORDINACIÓN.

Gerenciar una gran organización, significa afrontar una variedad de factores técnicos, además de una diversidad de comportamientos humanos. Al principio esa diversidad lleva a una imagen de contradicción, cuando se piensa en la organización como algo integrado u ordenado. Un hospital no es una maquina ni un organismo. Las analogías de un hospital con maquinas, organismos u otras instituciones, tan frecuentes en el sentido común de la gente, no reflejan el funcionamiento real de la organización.

La coordinación se hace una necesidad pues la vida de la organización es un constante desvío de lo deseado. La coordinación es la función gerencial por excelencia, pues con esta se busca resolver las contradicciones inherentes a la idea de organizar.

La coordinación busca desarrollar:

1. Homogeneidad a partir de la diversidad, heterogeneidad e imperfección sistémicas.
2. Organización a partir de una construcción arbitraria.
3. Unidad y Totalidad por la suma de acciones de sectores semi-autónomos e independientes,
4. Interacción a partir del aislamiento causado por la división del trabajo.

Como la buena coordinación es el fruto de habilidades gerenciales que promueven la Interacción, a integración y la armonía entre los diversos sectores de una organización recomienda a los gerentes y a los jefes que faciliten al máximo posible a solución de problemas cerca del lugar de donde ocurren.

Para llevar a cabo una acción de coordinar, se destacan las siguientes acciones:

1. Estimular a los subordinados para que busquen soluciones a los problemas
2. Crear estructuras funcionales flexibles, usando grupos de trabajo temporarios.
3. Incentivar la participación de especialistas de trabajos en grupo.
4. Promover reuniones periódicas entre sectores y niveles jerárquicos diferentes.
5. Divulgar información considerada importante para el trabajo de la organización.

5.5.- COMUNICACIÓN.

Un gerente pasa la mayor parte del tiempo comunicándose, romper la comunicación eliminaría el propio ejercicio de la función gerencial. La segunda razón es que la comunicación está presente en todas las otras funciones gerenciales como, por ejemplo, planificación, coordinación y control.

La comunicación administrativa se lleva a cabo no solo en un medio altamente personal y valorativo, sino también variable en cuanto a la forma y al medio en que se utiliza.

La comunicación es un proceso por el cual los individuos atribuyen significados a sus percepciones del mundo. Ese proceso establece nuevas jerarquías entre los conocimientos que se poseen. Por lo tanto, la comunicación administrativa no puede ser vista simplemente como una transmisión pasiva de datos, según canales preestablecidos entre personas y grupos de una organización.

La comunicación es un proceso social que exige, no solamente la transferencia de información de una persona a otra, sino también, el significado y la comprensión que la persona comunicada posee sobre la información.

Comunicaciones clásicas de la gerencia hospitalaria:

Evaluación de necesidades

Formulario de objetivos

Movilización de recurso

Desarrollo de apoyo financiero

Organización de la estructura administrativa,

Delegación de autoridades.

Relacionamiento personal.

Supervisión y control.

Coordinación de subsistemas.

Responsabilidades.

Vigilancia de calidad.

Identificación de nuevos problemas. Planificación.

Promoción de innovaciones.

5.6.- RECURSOS HUMANOS.

El progreso tecnológico ha contribuido a que los productos y servicios y la manera en que estos son producidos o prestados sean cada vez más semejantes. La innovación, la calidad y la

productividad pasaron a ser términos predominantes en la búsqueda por la supervivencia, importancia y progreso de una organización, sin embargo la productividad y la calidad dependen del esfuerzo y la capacidad de los recursos humanos disponibles. Son las personas las que aportan las habilidades, los conocimientos y la experiencia necesaria al desarrollo de una organización.

La gestión de recursos humanos adquiere una importancia estratégica y deja de ser secundaria o posterior a la planificación de la organización. Pasa a ser vista estructurada de forma diversa, incluyéndose principalmente:

1. La vinculación más estrecha con la planificación estratégica: la planificación estratégica del hospital, define sus objetivos y prioridades. De esos objetivos es que surgen los conocimientos, habilidades necesarias, nuevas formas de proyectar el papel de las personas en el ambiente de trabajo, criterios de contribución, retribución y posibilidades de progreso de cada cual.

2. Una marcada descentralización en la gestión de recursos humanos: las variaciones en la tecnología, en las demandas de mercado ven la necesidad creciente de identificar a la clientela, han fortalecido las perspectivas sectoriales en la definición de las políticas e implementación de asuntos relativos a la gente.

5.7.- MOTIVACION.

Es la idea general de como el individuo se relaciona a su trabajo.

La gente se acostumbró a ver problemas como el ausentismo, la impuntualidad, la pérdida de armonía y a baja producción como falta de motivación. La motivación es esencialmente una dimensión interna del individuo, pero solo verificable cuando éste actúa.

La motivación es un proceso psicológico que favorece un sentido de dirección en el comportamiento individual. En ese sentido las teorías de la motivación se concentran en los motivos por los cuales los individuos actúan.

Las teorías sobre la motivación se desarrollaron a partir de la visión de tres áreas de inquietud, las necesidades, las expectativas y los incentivos.

5.7.1.- Teorías sobre las necesidades.

Las teorías sobre las necesidades parten de la premisa de que el ser humano siempre tiene algo que satisfacer en su vida, es decir, compensar una deficiencia o inclusive un deseo de Concretización. Esta necesidad insatisfecha que lleva a una persona a buscar en su trabajo la forma de compensación o realización.

5.7.2.- Teoría sobre las expectativas.

La teoría de las expectativas es esencialmente la teoría de la intencionalidad se desarrolló al tratar de vincular la motivación interior del individuo para actuar con los objetivos de la organización. Se trata de integrar al máximo posible los intereses individuales con los intereses de las tareas.

5.7.3.- Teoría sobre el aprendizaje social y los incentivos.

La idea de conceder incentivos al individuo se originó en las teorías de aprendizaje social, que conciben a los comportamientos humanos en el trabajo como función de sus consecuencias.

Para orientar comportamientos, es necesario crear estímulos o incentivos, para que la persona se dirija hacia un fin deseado. Los incentivos, en realidad, son recompensas que se conceden a las personas por haber desempeñado sus tareas. Esos incentivos varían de acuerdo a la calidad y cantidad del trabajo llevado a cabo. Para que se conviertan en un factor motivacional, deben ser conocidos previamente y considerados positivos, pues la que determina una acción eficaz es la búsqueda de un buen resultado.

Si los incentivos son repartidos a unos pocos esto produce resentimiento y reduce la productividad y crea justificaciones para la apatía y el pesimismo

5.8.- PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA.

Las organizaciones hospitalarias, por su complejidad, son siempre más inflexibles y lentas que los cambios de valores externos.

La planificación estratégica se orienta hacia el logro de resultados por medio de un proceso continuo y sistemático que consiste en prever futuros cambios, aprovechando las oportunidades que surgen, examinando los puntos fuertes y débiles de la organización y estableciendo y corrigiendo cursos de acción a largo plazo.

El proceso de introducción de la planificación estratégica pasa por cuatro momentos importantes dentro de una organización determinada y estos no se dan necesariamente en secuencia.

5.8.1.- Definición de la misión socioeconómica.

La misión es el propósito final que justifica y legitima social y económicamente la existencia de la organización. Con la misión se busca una definición genérica de la actividad que se propone desarrollar la organización y del tipo de institución que desea o debe ser.

5.8.2.- Elaboración del plan estratégico.

Es el proceso integrador y global de adopción de decisiones para enfrentar los desafíos del ambiente y garantizar el logro de la misión socioeconómica del hospital. Ese momento comprende las siguientes fases analíticas:

1. Análisis y diagnóstico del ambiente externo.
2. Análisis y diagnóstico del ambiente interno.
3. análisis prospectivo: aproximación inicial al futuro.
4. Contraposición de la evaluación prospectiva y resultados actuales.
5. Bases de alternativas y ventajas estratégicas.
6. Decisiones-estratégicas-fundamentales.

5.8.3.- Implementación estratégica.

La ejecución de una estrategia es el proceso de adaptación de la organización a las opciones estratégicas, por medio del logro de los objetivos, a revisión de las estructuras, la elaboración de los planes de acción y la definición de las funciones organizacionales y los métodos gerenciales. Esta actividad consiste en adquirir y redistribuir los recursos humanos, materiales y financieros para que la organización pueda alcanzar sus nuevos objetivos.

5.8.4.- Evaluación y revisión.

Es el proceso de producción de información sobre el valor de los resultados para saber si la estrategia y la ejecución siguen siendo coherentes con los objetivos previstos. Evaluar es determinar el valor y a utilidad de los objetivos y estrategias.

En un hospital puede haber planificación de:

- La salud.
- La atención de la salud.

5.8.5.- Características de planificación estratégica.

1. Decisiones dirigida mas a la comunidad que a las decisiones do servicios.
2. Poco valor a la mitología decisiones.
3. Planificación decisiones tiene base en números y relaciones cuantitativas, con poco decisión en valores decisiones y decisiones sociales.
4. Planificación estratégica debe estar decisiones integrada en las decisiones de “día a día”.

5.9.- EI PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

El proceso de toma de decisiones es comprender la naturaleza misma de la vida de la organización. Desde la perspectiva de la toma de decisiones, la organización es un conjunto de factores que forman un proceso dinámico, en el cual se identifican, evalúan e implementan alternativas para el alcance de determinados objetivos.

En la toma de decisiones se valoraban mucho, por ejemplo los análisis de costo y beneficio y los métodos racionales de alcance de mayor eficiencia y productividad. El proceso de toma de decisiones en hospitales es algo distante, separado de la gestión cotidiana. Tanto los gerentes como los asesores y analistas utilizan sus valores, percepciones, intereses y opciones políticas de ese proceso, a veces, altamente técnico, de producir información para la toma de decisiones.

La toma de decisiones continua siendo el gran desafío y punto central de atracción y visibilidad del trabajo gerencial.

5.9.1.- Riesgo e incertidumbre.

Por más amplio y cuidadoso que sea el proceso, no se puede eliminar el riesgo de las decisiones. El éxito y el fracaso son, de cierta forma, imprevisibles. La incertidumbre se refiere a la falta de confiabilidad de la información, Como el alcance de la información es siempre limitado, las decisiones en organizaciones siempre se toman en un ambiente de riesgo e incertidumbre.

5.9.2.- Impacto a mediano y largo plazo.

En una situación compleja en las modernas organizaciones de trabajo, como los hospitales, las decisiones tienen un impacto que va más allá del momento y del sector donde son tomadas, Por medio de la visión estratégica es que el dirigente aprende a pensar hacia adelante y hacia afuera de su contexto inmediato, comprendiendo mejor los vínculos y las perspectivas traídas por sus asesores y auxiliares.

5.9.3.- Intersectorialidad e interdisciplinaridad.

La mayoría de las decisiones exige una combinación de información de varios sectores, disciplinas o profesiones. Por medio de esta se obtiene: más información y mayor variedad y creatividad en los análisis, mayor participación y compromiso de los que recopilan y analizan

datos, una oportunidad más amplia de aprendizaje sobre los problemas, perspectivas y alternativas de solución.

5.9.4.- Factores a considerar en la toma de decisiones.

- 1, Momento (presente y futuro).
2. Presupuesto.
3. Historia (circunstancias).
4. Factores externos.
5. Misión, filosofías, políticas del hospital.
6. Impacto inter departamental.
7. intuición
8. Reflexiones y consideraciones comparadas;

5.10.- CONTROL.

Es el proceso de prevenir, monitorear y corregir las acciones administrativas, para garantizar que los resultados predeterminados sean alcanzados.

El control es una referencia a los objetivos y resultados predefinidos. En ese sentido, aparece una función técnica administrativa resultante de las opciones políticas definidas y va mucho más allá de las dimensiones técnicas administrativas. Entre esas dimensiones, se destacan las siguientes:

1. Las decisiones tomadas en las estructuras superiores son inevitablemente modificadas a medida que son implementadas. Ningún proceso de toma de decisión e implementación es totalmente previsible; existen variaciones externas a la organización, como también no son previsible los comportamientos administrativos internos. Por eso, no se debe de ver al control como una técnica administrativa, porque así alguna falla en la implementación será vista irónicamente como deficiencia en la habilidad de control de los gerentes.

2. El proceso de formular e implementar decisiones administrativas pasa por etapas, pero estas no son totalmente rígidas. Los niveles técnicos y políticos y de formulación e implementación no se distinguen totalmente.

3. Los objetivos mal definidos crean tales dificultades en la implementación que hacen posible la realización del control. A menudo, los objetivos están mal definidos por causa de una mala conceptualización de los problemas.

4. El buen control exige una visión clara de objetivos y resultados. Cuando la visión es ambigua, a referencia para el monitoreo y a corrección, también lo será. Además, cuando los jefes y supervisores en los niveles jerárquicos más bajos saben de la ambigüedad sobre objetivos proviene de razones políticas, actúan con más cautela, se esfuerzan poco por conseguir más información, e interfieren hasta con el proceso, por temor de perjudicar los intereses de una coalición de poder.

5. Las organizaciones muy centralizadas, como muchos Hospitales, tienen menos posibilidad de corregir la dirección de la implementación.

Conforme a lo ya mencionado, el control significa prevención, monitoreo e intervención. A menudo, en instituciones altamente centralizadas, los gerentes superiores exigen de los jefes subordinados un control acentuado sobre los procesos de gestión.

Por otra parte, el control bien ejecutado sirve también para aprender en la gerencia, pues enseña sobre el potencial de la organización de corregir y alterar su rumbo, respondiendo a las exigencias y a los apoyos externos. Resumiendo el buen control debe llevar a los gerentes de hospitales a:

1. Desarrollar una actitud estratégica de anticipación y prevención de problemas, en función de los objetivos y misión de la organización.

2. Monitorear y ajustar el proceso de implementación, procurando conocer los factores de riesgo y desvíos comunes posibles.

3. Analizar la información sobre el desempeño del hospital, examinando la calidad y validez de los datos producidos.
4. Pensar más en objetivos y prioridades de trabajo menos en reglas y personas.
5. Reconocer a las personas por su iniciativa capacidad de contribución y no por su comportamiento sumiso.
6. Controlar lo esencial, reduciendo el control a la mínima, y permitir a las personas, mayor libertad de acción,
7. Supervisar a las personas periódicamente, por intervalos conocidos y previamente divulgados, estableciendo oportunidades más auténticas de debate sobre el desempeño.

Componentes del Control de Calidad:

1. Accesibilidad
2. Apreciabilidad
3. Continuidad
4. Efectividad
5. Eficacia
6. Eficiencia
7. Satisfacción
8. Seguridad de los equipos
9. Oportunidad

5.11.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

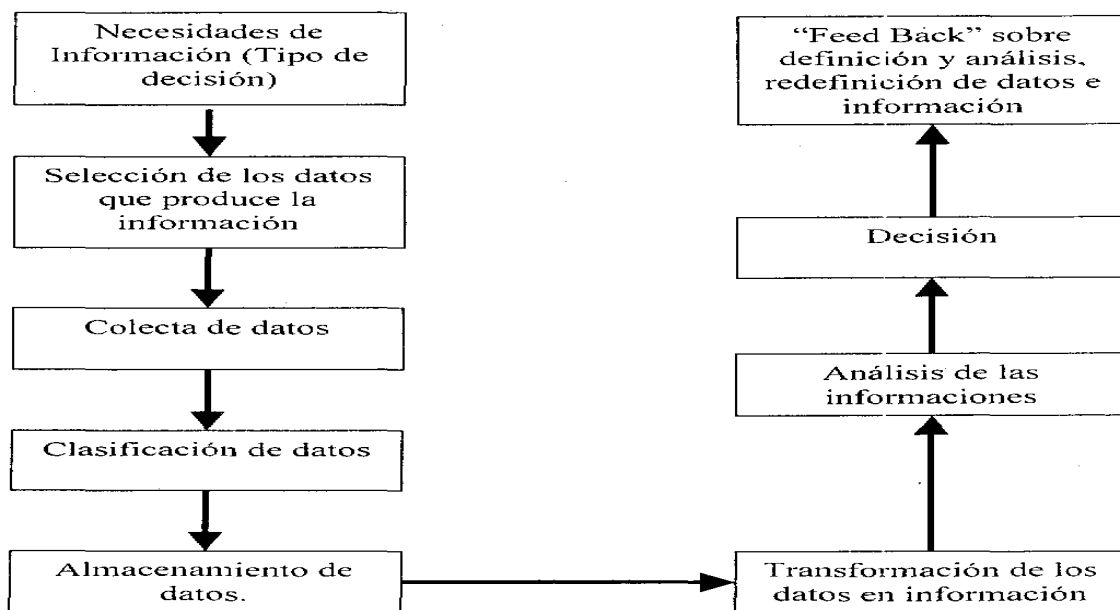
Las nuevas formas de tratar la información, como el progreso de las telecomunicaciones y el procesamiento electrónico de datos han traído cambios rápidos y visibles en casi todas las empresas privadas e instituciones públicas.

Esta revolución ha alterado profundamente la vida administrativa al:

1. Mejorar la capacidad de uso de información para tomar decisiones.

2. Destruir la confidencialidad o los usos restringido de información.
3. Facilitar la destrucción de barreras geográficas y jerárquicas.
4. Eliminar intermediarios en la transmisión de datos.
5. Hacer “instantáneo” el acceso a la información.
6. Mejorar la presentación de datos, por medio de tablas, gráficos, etc., con la construcción electrónica.

MODELO BASICO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIO.



5.12.- ESTRUCTURA.

En el sentido clásico, La estructura era usada con el objeto de guiar el comportamiento administrativo y con la creencia de que los errores. Esa perspectiva privilegiaba a las dimensiones internas y las funciones administrativas de manera casi independiente de las transacciones que la organización hospitalaria tenía con su ambiente.

Mientras tanto, como resultado de las transformaciones sociales, económicas, políticas y tecnológicas del mundo moderno, se ha llegando a cambiar la estructura administrativa de un Hospital, dividiéndola en las siguientes fases:

5.12.1.- Fase de jerarquización del poder y autoridad.

En esta fase se hacen las siguientes recomendaciones, para ser aplicado en la Administración de un Hospital:

1. Dividir, clasificar y especializar el trabajo, estableciendo una Lógica consecuente con la jerarquía de la autoridad.
2. Definir formas de dirección que garanticen la unidad de mando.
3. Distribuir recursos de poder de autoridad compatibles con el grado de responsabilidad.
4. Mantener fronteras bien definidas de autoridad y más rigidez en el ámbito de la responsabilidad.
5. Reforzar Las reglas formales de control como forma de mantener unida a estructura de autoridad.

5.12.2.- Fase de la perspectiva o por objetivos.

En esta segunda fase, el problema estructural se vinculaba a la rigidez de las normas y reglas. Se trataba de adoptar a organización Las variaciones del mundo exterior por medio de la imposición de una visión finalista más acentuada.

En esta fase se recomendaba:

1. Compartimentar al máximo posible por objetivos, área geográfica, preferentemente diseñar la estructura con base en proyectos o sistemas.
2. Proyectar estructuras multifuncionales, de matriz, revisando los patrones establecidos para la división de tareas y unidad de mando.
3. Conceder autoridad sobre los medios e instrumentos administrativos.
4. Delegar y descentralizar recursos de poder de las unidades de nivel jerárquico inferior de los responsables por proyectos específicos.

5. Instituir en la gestión una visión permanente sobre objetivos y resultados, de manera de facilitar no solo una mayor flexibilidad en el reparto de las tareas sino, sobre todo, para determinar criterios de desempeño, evaluación y control.

5.12.3.- Fase de la flexibilidad por modulación.

Además de las cuestiones relacionadas a las fases anteriores, estructurar una organización hospitalaria ha sido esencialmente un problema de cómo proyectar fronteras ambiguas de autoridad y de cómo convivir con variaciones estructurales constantes. En esta perspectiva se ve la estructura en la administración de un hospital como algo:

- a) Arbitrario: seleccionada entre varias posibilidades, inclusive porque gran parte de las relaciones establecidas en una organización no son definidas por la estructura.
- b) Complejo: basada en alta interdependencia, multifuncionalidad y ambigüedad en la definición de tareas.
- c) Variable: Adaptable a los diferentes ambientes en que operan las diversas unidades de la organización en el caso de la Administración de un Hospital.

CAPITULO VI

6.- LA ESTRUCTURA CLASICA DE UN HOSPITAL EN EL SIGLO XX.

6.1.- DEPARTAMENTOS HOSPITALARIOS MODERNOS.

- 1.- Administración / Computación.
- 2.- Admisión.
- 3.- Central esterilización.
- 4.-Comunicación.
- 5.- Emergencia.
- 6.- Mantenimiento Energía.
- 7.- Nutrición.
- 8.- Limpieza.
- 9.- Unidad de Tratamientos Intensivos. (UTI)
- 10.- Laboratorios.
- 11.- Lavandería.
- 12.- Materiales.
- 13.- Registros médicos.
- 14.- Enfermería.
- 15.- Fisioterapia.
- 16.- Planificación.
- 17.- Radioterapia.
- 18.- Radiología.
- 19.- Respiratorio.
- 20.- Servicio social.
- 21.- Servicio quirúrgico.
- 22.- Transporte.

23.- Otros.

Administración y organización hospitalaria.
Tabla de personal para un hospital de 200 camas.

	6 horas	8 horas
Gobierno del hospital		
Director		1
Sub-Director o Administrador		1
Jefe de docencia	1	
Personal secretarial		3
Cuerpo Médico		
Jefe de médicos	3	
Internistas	3	
Cirujanos	17	
Gineco-obstetras	7	
Pediatras	3	
Residentes		8
Internos		10
Laboratorio de Análisis		
Licenciado en laboratorio clínico	7	
técnicos laboratoristas	14	
Auxiliares administrativos	3	
Radio Diagnostico		
Médico radiólogos		2
técnicos radiólogos		2
Auxiliares administrativos		2
Anatomía Patológica		4
Auxiliares de tratamiento	11	7
Enfermería de Consulta Externa	6	
Enfermería de Emergencia	7	
Enfermería de Hospitalización	38	118
Dietética o Cocina	40	
Trabajo Social	8	
Comunicaciones	8	
Farmacia	5	
Archivo Clínico	13	
Administración		15
Almacén General		8
Lavandería		26
Intendencia		77

El análisis se distinguirá en tratar las funciones generales administrativas de un hospital y organizado por divisiones de trabajo coordinados jerárquicamente, manteniendo un sistema de control por la Dirección del mismo a través de cada uno de los departamentos o secciones.

Dicha jerarquía con sus niveles de mando son representados de la siguiente manera:



Las funciones técnicas son funciones directas de atención al paciente. Las funciones administrativas son funciones indirectas de atención al paciente.

La expresión "Administración Hospitalaria", cubre numerosas actividades tan diversas como los propios sistemas de administración de hospitales. La administración hospitalaria realiza funciones diferentes que pueden clasificarse en tres categorías:

1. Preparación de la legislación hospitalaria: Planificación del sistema de hospitales en su conjunto, determinación de las políticas de inversiones y de la reglamentación para el funcionamiento de los hospitales y establecimientos de normas e inspecciones arquitectónicas.
2. Aplicación de la legislación hospitalaria y de las disposiciones de asistencia social por las autoridades encargadas de administrar los servicios hospitalarios, sean locales a regionales, públicos a privados.
3. Funcionamiento diario del hospital: por medio del personal administrativo encargado del personal las finanzas, la contabilidad y los servicios técnicos. El Director del hospital y sus asistentes tienen sus actividades a su cargo.

6.1.1.- Jornadas y Horarios.

Existen diferentes tipos de jornadas y se usan generalmente en todos los países, jornadas de 8 horas para turno matutino, 7 1/2 para turno mixto y 7 horas para turno nocturno y el calendario para 6 días de la semana de trabajo y un descanso por el séptimo día.

6.1.2.- Cálculo de Personal.

En nuestro medio, se toma como índice que se trabajan 5 días a la semana 8 horas cada día; encamados, quirófanos, casa de maquinas, cocina, intendencia, trabajan las 24 horas del día.

6.1.3.- Área de dirección:

1 Director.

1 Secretaria.

6.1.4.- Área administrativa:

1 Administrador.

1 Secretaria.

6.1.5.- Área de enfermería:

La jefatura de enfermeras, servicios clínicos, inyecciones y de urgencias.

6.1.6.- Jefatura de enfermería

1 Enfermera graduada.

6.1.7.- Servicios clínicos

Estos servicios lo prestan auxiliares de enfermería cada 2 auxiliares atienden 3 clínicas de un turno de 8 horas.

6.1.8.- Servicio de curaciones e inyecciones

El número de curaciones por paciente al año es de 0.34, una auxiliar hace 8 curaciones por hora.

6.1.9.- Servicios de Emergencias:

Teniendo en cuenta que una auxiliar de enfermería es suficiente para colaborar con un medico, 24/8 horas que trabaja un a auxiliar es igual a 3 auxiliares de enfermería más uno de relevo.

6.1.10.- Área de Farmacia:

El número de prescripciones de medicamentos por cotizante al año es de 12.61, un auxiliar de farmacia despacha 35 prescripciones/hora, por lo tanto el personal requerido en este servicio será:

Prescripciones por año = 100,000 x 12.61 = 1261,000 Prescripciones/día = 1261,000 / 270 = 4,670 Horas auxiliar de farmacia = 4,670/35 = 133 Auxiliar de enfermería = 133 / 8 horas 17.

6.1.11.- Laboratorio Clínico:

La frecuencia de exámenes de laboratorio clínico por paciente es de 2,36, es decir que se necesita un total de 22 laboratoristas.

6.1.12.- Radiodiagnóstico:

Personal necesario para desempeñar la labor es de 8 personas.

6.1.13.- Admisión y registros médicos:

Área de extracción de expedientes clínicos, se necesita un total de 9 personas.

6.2.- Descripción y esquematización de los procedimientos.

6.2.1.- Consulta externa u Hospitalización.

1. Paciente llega al hospital a consulta o a emergencia.
2. Si el paciente viene a consulta de emergencia, continua en el numeral 3 de esta descripción, de lo contrario pasa al numeral 9.
3. Paciente es recibido en consulta de emergencia.
4. Paciente es atendido por médico residente.

5. Enfermera anota datos personales del paciente en el formulario de consultas de emergencias, además lo anota en el formulario de censo de consultas externas, donde se lleva el control diario de las atenciones prestadas.
6. Médico anota en el formulario de consultas de emergencia la historia clínica, el diagnóstico e indicaciones y ordena el ingreso si es necesario.
7. Enfermera anota cargos de servicios prestados en registro diario de prestaciones.
8. Enfermera le entrega al paciente o responsable el original de registro diario de prestaciones y lo envía a caja; además archiva la copia de este.
9. Paciente se presenta a caja a cancelar o a realizar trámites para ingresar al hospital.
10. Si el médico ha diagnosticado ingreso, el proceso continúa en el numeral 11, de lo contrario pasa al numeral 22.
11. Cajera pregunta al paciente de donde es remitido y si es remitido de clínica particular 1 pasa a numeral 13, de lo contrario continúa en el 12.
12. Cajera recibe del paciente, el registro diario de prestaciones.
13. Cajera le comunica al paciente los costos de las camas y habitaciones disponibles, además sobre el depósito de ingreso que debe hacer.
14. Si el paciente acepta quedarse, continúa el proceso en el numeral 15, de lo contrario pasa al numeral 21.
15. Cajera toma los datos al paciente o responsable y los anota en el formulario de datos del paciente para el ingreso.
16. Cajera llena la hoja de identificación y egreso con otros datos del paciente.
17. Cajera elabora recibo de caja y se lo entrega al paciente.
18. Paciente obtiene recibo y cancela el depósito.
19. La cajera elabora el expediente y lo envía junto con el paciente a enfermería, para ubicar al paciente.

20. Encargado de enfermería recibe al paciente y además archiva el expediente temporalmente.
21. Si el paciente viene de clínicas particular continua en el numeral 22 de lo contrario pasa con el numeral 23.
22. Paciente abandona el hospital.
23. Cajera anota en registro diario de prestaciones en precio de cada uno de los servicio.
24. Cajera elabora factura de consulta externa y recibo de caja y la entrega al paciente el original de la factura.
25. Paciente cancela cuenta.
26. Cajera entrega original de recibo de caja al paciente y archiva las copias del recibo de las facturas de consulta externa y registro diario de prestaciones.
27. Paciente abandona el hospital.

6.2.2.- Atención de medicamentos y de materiales al paciente.

1. El médico anota indicaciones de medicamentos en expediente.
2. Jefe de sala anota en el registro diario de prestaciones, los medicamentos indicados por el médico, lo autoriza y envía a farmacia.
3. Farmacia recibe pedido de medicamentos.
4. Si el pedido viene autorizado, continua en el numeral 5, caso contrario regresa al numeral 2.
5. Encargado de farmacia prepara pedido.
6. Encargado de farmacia despacha pedido con original de registro diario de prestaciones y archiva copia.
7. Encargado de llevar pedido la recibe con original de registro diario de prestaciones.
8. Encargado compra [pedido despachado con el original de registro diana de prestaciones, si esta completo continua en el numeral 9 de esta descripción, de lo contraria vuelve al Paso 5.
9. Enfermería recibe los medicamentos y coloca original.

6.2.3.- Requisición de medicamentos y de materiales.

1. Administración recibe de farmacia el vale para solicitud de compra.
2. Si administración no autoriza el pedido, pasa a numeral 3 de lo contrario continua en el.
3. Se lo comunica a farmacia.
4. Decide el tamaño del lote de compra y envía vale autorizado a farmacia.
5. Encargada en farmacia llena la solicitud de compra y a envía a administración.
6. Administración chequea solicitud de compra, la autoriza y la envía a farmacia.
7. Farmacia hace pedido a proveedor.

6.2.4.- Recepción de medicamentos y de materiales.

1. Proveedor presenta factura en farmacia.
2. Encargada de archivo recibe factura.
3. Encargada de archivo buses solicitud de compra correspondiente a la factura.
4. Chequea factura contra solicitud de compra.
5. Si suministro no coincide con solicitud de compra y factura, pasar a numeral 6, de lo contrario continuar en el numeral 7.
6. Pedido es rechazado por no estar completo.
7. Encargada llena el formulario de recepción de compra.
8. Encargada envía originales de-solicitud de compra, formularios de recepción de compra y factura del proveedor a la caja y archiva copias.
9. Cajera 2 recibe solicitud de compra, formulario de recepción de compra y factura del proveedor.
10. Cajera 2 elabora quedan y entrega original al proveedor y archiva la copia.
11. Proveedor recibe quedan.
12. Proveedor se retira del hospital.

COMENTARIOS A MANERA DE CONCLUSIONES.

Conocimos la administración hospitalaria en todos sus campos de aplicación, así como determinamos los componentes que interactúan en ella.

Detallamos los elementos que intervienen en el proceso administrativo de un hospital.

Explicamos brevemente en qué consiste la administración de un hospital y conocimos las funciones en las que interviene el departamento administrativo.

Conocimos las características del proceso administrativo y proporcionamos información sobre el manejo y uso de estas al ser aplicadas en la toma de decisiones en la administración hospitalaria.

Para el caso de México y Latinoamérica pudimos observar que la administración de los sistemas de Salud a pesar de que son ofrecidos por parte del estado, no han tenido un desempeño adecuado debido a que si bien conocimos la metodología y la legislación necesaria para administrarse y desempeñarse de manera eficiente y con ello ofrecer un servicio de calidad, la realidad refleja lo contrario.

Esta situación podría deberse principalmente a la falta de políticas públicas y sanitarias adecuadas para cada región o país, ya que los factores sociales, culturales y demográficos que determinan dichas políticas, son distintos en cada una de las regiones ocasionando que sean insuficientes o bien inadecuadas.

México es un país en vías de desarrollo cuya población en 1995 era de 91, 120,433 habitantes y que para el año 2000 ha rebasado los 100 millones de habitantes, de los cuales aproximadamente 36 millones (39.6%) son menores de 15 años, lo que habla de una población joven, ya que el 50% de la población es menor de 20 años, y el 13.2% de la población es menor de 4 años (12 millones), las mujeres en edad fértil representan el 26.3% con aproximadamente 24 millones, con un promedio de 2.6 hijos por mujer. La población mayor de 65 años, representa el 4.3% o sea, 4 millones de personas que presentan problemas de salud,

principalmente padecimientos crónico degenerativos y tumorales, situación que al año 2000, se ha visto con incrementos sustanciales debido al impacto que han tenido los programas de educación para la salud y medicina preventiva con incremento de los años y calidad de vida.

Como puede apreciarse estos grupos demandan servicios de salud oportunos y eficientes que el Médico General Competente puede brindar integralmente desde los aspectos preventivos hasta los de rehabilitación primaria.

La población en la República Mexicana mantiene la tendencia a concentrarse en las ciudades provocando con esto zonas de hacinamiento y escasez de vivienda y servicios, lo que compromete su salud y el modelo de educación preventiva.

La población económicamente activa para 1995 era de 30, 123,143 individuos, observándose un incremento en la proporción de mujeres económicamente activas; las ocupaciones principales son trabajadores agropecuarios 24%, obreros y artesanos 19.6%, comerciantes 19.8%, oficinistas 11.4% y profesionistas 23.7%, cifras que en los informes estadísticos de la economía formal no se han modificado de manera substancial, lo que condiciona que la economía flotante al año 2000. no tenga el peso suficiente para ser demostrado en los programas y acciones con impacto social y de salud. La distribución de la población que tiene una ocupación muestra una mayor participación de empleados y obreros 59.7%, trabajadores por cuenta propia 31.2% y los jornaleros o peones 11.9%.

En la actualidad en el caso de México las tres principales instituciones que prestan servicio de salud son:

- 1.- IMSS
- 2.- ISSSTE
- 3.- Secretaria de salud (Seguro Popular)

En el caso del IMSS podemos encontrar que se trata de una institución Tripartita conformada por Gobierno, Empresa y Trabajador.

El IMSS se rige por la Ley del Seguro Social publicada el 19 de enero de 1943 en el Diario Oficial y atiende a población asalariada (ASEGURADOS) y a sus familiares (DERECHOHABIENTES), por lo que tiene un importante papel en el mantenimiento de la fuerza de trabajo y de la productividad en el país, una de las funciones básicas es otorgar atención médica oportuna, eficiente e integral con calidad y calidez, para lo cual se ha propuesto la modernización del modelo de atención a la salud, que con esta de cuatro funciones principales:

1. Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir daños.
2. Otorgar atención médica integral.
3. Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención de la salud.
4. Realizar investigación médica. Estas funciones deben integrar el enfoque estratégico de la calidad total y basarse en la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención médica.

Para otorgar la atención médica el IMSS está estructurado en niveles de atención:

El primer nivel está representado por 1516 Unidades de Medicina Familiar.

El segundo nivel por 18 Hospitales Regionales y 115 Hospitales Generales de Zona y 68 Hospitales Generales de Sub zona con Medicina Familiar.

El tercer nivel por 41 Hospitales de Especialidades en 7 Centros Médicos Nacionales.

Entre estos niveles de atención, existe un procedimiento de referencia y contra referencia del paciente según la complejidad de su problema de salud y en general se calcula que el primer nivel atiende el 85% de los problemas de salud, el segundo nivel el 12% y el tercer nivel solo el 3%. El IMSS atiende al 87% de la población ASEGURADA y derechohabiente de todo el Sector Salud, lo que representa 50 millones de habitantes de nuestro país. Del presupuesto ejercido para 1990 el IMSS destinó el 22% para la atención preventiva y el 50% para la atención curativa, cifras que al año 200 tienden a equilibrarse ya que el énfasis en acciones preventivas

se ha incrementado notablemente además de favorecer desarrollo en actividades de seguridad social, que incluyen recreación, cultura y deporte. La morbimortalidad de la población derechohabiente del IMSS es semejante a lo observado a nivel nacional. En 1993 el total de consultas en el IMSS llegó a 86.9 millones, lo cual refleja la gran demanda de atención médica por parte de la población.

En medicina especializada la tasa de consultas por 1000 derechohabientes es de 485 y en medicina familiar es de 2,300. Para el mismo año de 1993 los partos atendidos fueron 746,000; los egresos hospitalarios ascendieron a 1.8 millones con una tasa de 80.6 por 1,000 derechohabientes, el promedio de estancia hospitalaria fue de 4 días y el por ciento de ocupación de camas fue de 85.6%.

En este año 2000, en un día típico en el Instituto dentro del ámbito asistencial se otorgan 400,000 consultas por día, 365,000 estudios de laboratorio clínico realizados y reportados, 39000 estudios de radiodiagnóstico realizados e interpretados, con un 80% de estudios simples, 2000 partos atendidos con recién nacidos vivos, los egresos de hospitalización por curación o mejoría oscilan en los 5000, en servicios de 24 horas todos los días del año. Con los antecedentes de atención y servicios a la población presentados se llega a la conclusión de que el Instituto es el mejor campo clínico real que el alumno puede tener para obtener las competencias que habrán de facilitarle su desarrollo profesional posterior.

Presupuesto IMSS 2007

Actividad institucional	Monto
Proporcionar atención médica preventiva	1,905,168,915
Proporcionar atención quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación	88,110,131,527
Realizar servicios de afiliación y cobranza	3,610,955,903
Otorgar prestaciones económicas y sociales (pensiones, guarderías, etc.)	110,192,349,987
Actividades institucionales no asociadas a metas	33,983,293,668
Total	237,801,900,000

Para el caso del ISSSTE, es una institución que da servicio a trabajadores del Estado

El Estado Mexicano tiene la obligación de preservar su política social. Ésta se expresa en la aportación de recursos económicos a una institución dedicada específicamente al servicio de sus trabajadores: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Es mediante la operación eficiente del Instituto que los servidores públicos disponen en su beneficio de los Seguros, Prestaciones y Servicios establecidos en los Artículos Tercero y Cuarto de la Ley del ISSSTE. Estos Seguros, Prestaciones y Servicios se dividen en dos grandes rubros: las prestaciones económicas y las prestaciones en especie. Algunas de ellas se otorgan a todos los derechohabientes; y otras son exclusivas de los trabajadores en activo y en retiro.

A continuación resumiremos los Seguros, Prestaciones y Servicios que se establecen como de carácter obligatorio para garantizar la seguridad social de los Trabajadores del Estado.

Disposiciones Internas Actualizadas del Instituto.

El Manual Institucional de Prestaciones y Servicios a la Derechohabiencia, se mantiene vigente de acuerdo a lo estipulado en el Artículo Tercero Transitorio de la Ley del ISSSTE, que dicta que se mantendrán en vigor todas las disposiciones reglamentarias y administrativas que no se opongan a la presente Ley. Lo anterior, en tanto se expidan las normas relativas al presente ordenamiento, a fin de continuar otorgando los servicios y trámites a los derechohabientes en las unidades médicas y administrativas del Instituto.

Presupuesto ISSSTE 2007

Actividad institucional	Monto
Proporcionar servicios médicos preventivos a la población derechohabiente.	1,256,495,965
Proporcionar servicios médicos curativos a la población derechohabiente.	12,953,971,954
Proporcionar otros servicios de salud a la población derechohabiente	4,614,768,471
Adquirir insumos para la atención preventiva y curativa de la población derechohabiente	7,600,746,973
Pagar pensiones y jubilaciones	44,093,278,702
Pagar riesgos de trabajo y subsidios y ayudas	763,556,081
Otorgar prestaciones sociales y culturales	4,554,103,429
Proporcionar servicios de estancias de bienestar y desarrollo infantil	1,268,414,319
Comercializar productos básicos a través de tiendas y farmacias del ISSSTE	2,068,397,204
Otorgar créditos hipotecarios	752,013,500
Actividades institucionales no asociadas a metas	994,153,402
Total	80,919,900,000

Para el caso del Seguro Popular (Atención Médica a Grupos Vulnerables sin afiliación a Seguro Social)

En el caso de México, el Seguro Popular forma parte del Sistema de Protección Social en salud, el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de Seguridad social.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) surge en el período 2000-2006 ante la necesidad de proveer una alternativa de seguridad social, mediante un esquema de aseguramiento público y universal, para aquella población que no cuenta con acceso a los servicios de salud. Esto genera una estrategia que procura el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos sin distinción de condiciones sociales, económicas o laborales, disminuyendo el pago de bolsillo o desembolso al momento de recibir la atención de su salud, lo que tiene como meta disminuir y eliminar el número de familias que se

empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud, sustituyéndose por el pago anticipado de una cuota anual por familia beneficiaria. Los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares y dependientes económicos.

Esta protección se brinda bajo el esquema del Seguro Popular que es coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas. Tiene su origen jurídico el 15 de mayo de 2003, al publicarse en el Diario oficial de la Federación, el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS).

Con la finalidad de facilitar el manejo del conjunto de intervenciones o servicios por el prestatario del Seguro Popular se han seleccionado 6 conglomerados o agrupaciones a los servicios de salud que recibirá la familia en la Red de servicios de salud a la que pertenece, según la el domicilio donde vive con la finalidad de cubrir las especificaciones de servicios y que corresponde a los siguientes aspectos:

- I. Salud pública, se incluyen 25 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades durante la línea de vida, a través de una serie de programas especificados en las Cartillas Nacionales de Salud (del Recién nacido, menores de 5 años, niñas y niños de 5 a 9 años y adolescentes de 10 a 19 años, de hombres de 20 a 59 años, de mujeres de 20 a 59 años y la de mujeres y hombres de 60 años y más), que incluyen los servicios de vacunación, detección de diabetes, hipertensión arterial y tuberculosis, además de quedar implícitas en este mismo conglomerado, el diagnóstico oportuno y atención especializada de adicciones (tabaquismo, alcoholismo y otro tipo de drogas que generan dependencia), detección de conductas anormales higiénico-dietéticas y la atención de la violencia familiar y sexual en mujeres, con el objetivo general de proporcionar la atención primaria de promoción a la salud y generar la prevención de entidades patológicas.

- II. Consulta de medicina general o familiar y de especialidad. Corresponden 100 intervenciones sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades presentadas en niños y adultos, de enfermedades infecciosas como de las crónicas, tanto por el primer nivel de atención como aquellas que se refieren a un segundo nivel, al requerir el manejo de un médico especialista, que a su vez garantiza la atención integral y multidisciplinaria que debe recibir el paciente para el manejo adecuado de su enfermedad y la revisión integrada de su salud, las acciones de rehabilitación, corresponde a la terapia de aquellas situaciones patológicas como fracturas no complicadas y de parálisis facial.
- III. Odontología. Considera 8 servicios de salud indispensables para generar una salud bucal eficiente como lo son prevención y eliminación de caries y enfermedad periodontal, eliminación de focos de infección y abscesos, así como extracción de piezas dentarias. Servicios dirigidos a todos los miembros de la familia, niños y adultos para favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y una vez existente la patología bucal su oportuna atención odontológica.
- IV. Urgencias. Se contemplan 26 servicios de atención médica que ponen en peligro la vida, otorgando la estabilización, diagnóstico y manejo terapéutico en la sala de urgencias, así como de aquellas situaciones que no son determinantes de poner en riesgo la vida, órgano o sistema, pero que por ser un evento traumático requiere la pronta intervención médica para generar bienestar y estabilidad para el paciente.
- V. Hospitalización. En este conglomerado se incluyen 38 Intervenciones de aquellas patologías que requieren de la estancia hospitalaria, del manejo multidisciplinario de especialistas médicos y de enfermería, así como de los insumos médicos indispensables para su control y estabilización de cada uno de los padecimientos crónico-degenerativos como lo son diabetes mellitus, hipertensión arterial,

hipertiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, procesos agudos: insuficiencia cardíaca, atención de quemaduras de segundo grado, hemorragia digestiva; problemas infecciosos, como lo es neumonía, mastoiditis, osteomielitis, entre otros; atención de patologías neurológicas entre las que se encuentran crisis convulsivas, eclampsia, meningitis y entre otras complicaciones condicionadas por el embarazo.

- VI. Cirugía General. Para su integración se consideran 69 servicios de salud que atiende tanto problemas agudos como crónicos, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica de patologías digestivas, ginecológicas, obstétricas, genito urinario masculino, oftalmológicas, dermatológicas y ortopédica, lo que permite manejar hospitalizaciones programadas, con estancias hospitalaria o de corta estancia, y que por su naturaleza es necesaria la intervención quirúrgica, incluyendo previamente la confirmación del Diagnóstico o bien la programación de los estudios o cirugía que correspondan.

Esta política de instaurar el seguro Popular se ha hecho recurrente en América Latina ya que según el estudio de realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, se debe ofrecer equidad en la atención de la salud a la población y así enfrentar los cambios epidemiológicos que enfrenta América Latina. Por ello, el Seguro Popular representa un blindaje ante los cambios económicos que presentan los países en desarrollo.

El objetivo primordial del Seguro Popular es permitir que los hogares tengan una estabilidad económica ya que representa un instrumento para demostrar que se pueden aplicar políticas públicas con éxito a favor de los que menos tienen siendo ellos los que tienen en sus manos el poder para exigir los servicios de salud que requieran.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Arredondo, A. **Niveles de aplicación de la economía de la salud.** Revisión y análisis. Gerencia y economía de los servicios de salud. CIESS Tomo 1. 165: 180.
- 2.- Arruflada, B. **Gestión empresarial de la sanidad pública.** Demanda y limitaciones. 1996. XIII Jornadas de economía de la Salud de AES. España; 161:193; Editorial MAPFRE.
- 3.- Catalogo de Investigación Universitario Universidad Centra de Venezuela **Cursos de Administración de Hospitales en América Latina.** 2003.
- 4.- Del Prete, S. Gestión clínica y ecuación costo/calidad. **Una propuesta para la reforma de la Reforma Sanitaria.** Rev. Medicina y Sociedad. Vol.4 No. 1. Enero/marzo 2001.
- 5.- Del Prete, S. **La economía de la salud en la evaluación de la tecnología sanitaria.** Revista CISALUD. Año 2; No.4; Julio/agosto 2001.
- 6.- Dr. García Mangas José Alberto **La Formación de los médicos familiares y el desarrollo de Aptitud clínica.** Revista medica del IMSS Julio de 2004.
- 7.- Dr. Humberto de Moraes Novaes y Dr. Paulo Roberto Motta. Volumen 5. 1996 **Manual de prototipo de educación en administración hospitalaria.** Organización Panamericana de la Salud. Serie HSP-UNI/ Manuales Operativos PALTEX.
- 8.- Franklin Minkowsky Enrique Benjamín **Organización de Empresas, Análisis, Diseño y Estructura.** México, 2001 FCA UNAM
- 9.- Garantía de Calidad. **Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.** HSD/SILOS-13. OPS/OMS. Federación Latinoamericana de Hospitales.
- 10.- Hernández, P. Arredondo, A, & col. **Avances y retos de la economía de la salud.** 1995 Rev. Salud Pública. Brasil. Vol. 29 No. 4;
- 11.- Insua, J. **Evidencia, economía clínica y resultados de la atención médica.** Rev. Salud para Todos. Año 7,72; 6:10. Julio 1999.
- 12.- Malagan Londoño Gustavo **Administración Hospitalaria.** Edit. Panamericana 2000
- 13.- Manual de conceptos sobre programación en los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Serie HSP-UNI. Manuales Operativos PALTEX. Volumen I, N° 2. OPS/OMS.
- 14.- Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP-UNI. Manuales Operativos PALTEX. Volumen III. OPS/OMS.
- 15.- Rodríguez del Pozo, P. **Micro distribución asistencial: ética y asignación de recursos escasos.** Julio 2001. Rev. Gestión en salud. Año 1. No. 1; 30:40;

- 16.- Rovira, J. **Evaluación económica, establecimiento de prioridades y racionamiento del gasto en sanidad.** JAMA Vol.267, 9-17.
- 17.- Sevilla Pérez. F. **Gestión clínica: La gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud.** Rev. Administración Sanitaria. Vol. IV No. 13. Enero/marzo 2000:
- 18.- STPS Revista Mexicana del Trabajo y la Previsión Social Primer Semestre 2000 México 2001
- 19.- STPS Revista Mexicana del Trabajo y la Previsión Social Segundo semestre 2000 México 2001
- 20.- Tesis: **Anteproyecto de hospital general católico para el arzobispado de San Salvador**, Presentado por: María Elsy Rivas, Guillermo Sánchez, German Federico Flores. 1988, Universidad Politécnica de El Salvador.
- 21.- Tesis: **Diseño de un sistema mecanizado para el control interno de hospitales privados en El Salvador.** Volumen I, Presentado por: Ana Cecilia Villalta Carrillo, Sonia Anabel Brizuela Carranza, Marina Estela Rodríguez Padilla. 1984, Universidad Politécnica de El Salvador.
- 22.- Tesis: **Modelo tipo para Centros de Salud en el área Metropolitana de San Salvador.** Presentado por: Jorge Alfredo Cucalón, Ena del Carmen Granados, Alfonso Pineda Rojas, Guillermo Max Velasco. 1987. Universidad Politécnica de El Salvador.