

PRINCIPIOS DE ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD



Irma Pérez Contreras
coordinadora



Dirección
General de
Publicaciones

PRINCIPIOS DE ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA
EN SERVICIOS DE SALUD

PRINCIPIOS DE ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA
EN SERVICIOS DE SALUD

IRMA PÉREZ CONTRERAS
COORDINADORA



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
DIRECCIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES

2022

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

- ♦ Rectora: María Lilia Cedillo Ramírez
- ♦ Secretaria General: José Manuel Alonso Orozco
- ♦ Vicerrector de Extensión y Difusión de la Cultura: José Carlos Bernal Suárez
- ♦ Dirección General de Publicaciones: Luis Antonio Lucio Venegas

Primera edición: 2022

ISBN: 978-607-525-860-7

DR © Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
4 Sur 104, Centro Histórico, Puebla, Pue. CP 72000
Teléfono: 222 229 55 00
www.buap.mx

DR© DIRECCIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES
2 Norte 1404, Centro Histórico, Puebla, Pue., CP 72000
Tels.: 01 (222) 246 85 59 y 01 (222) 229 55 00, exts. 5768
www.publicaciones.buap.mx | libros.dgp@correo.buap.mx

Diseño de portada: Francisco González Bernal

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico
irmpecon@gmail.com

ÍNDICE

Capítulo 1

Administración y gerencia en servicios de salud..... 15

Irma Pérez Contreras,¹ Martha Reyna Espinoza Sibaja,²
Juan José Martín Cruz Contreras,² Daniel Alejandro Velasco
Pérez,³ Norma Pérez Contreras.⁴

¹ Profesora investigadora de la Facultad de Medicina de la
BUAP (FMBUAP).

² Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios
de Salud (MASS) de la FMBUAP.

³ Profesor en Administración Estratégica por la Universidad
Mesoamericana, Puebla, México.

⁴ Médico Familiar, Unidad Médico Familiar No. 1 del IMSS, Puebla.

Capítulo 2

La gestión en los servicios de salud..... 22

Irma Pérez Contreras,¹ Bernardo Briones Aguirre,¹
Daniel Alejandro Velasco Pérez,² Leonor Guzmán Gómez,³
María de Lourdes García Ramírez.³

¹ Profesores investigadores de la Facultad de Medicina de
la BUAP (FMBUAP).

² Maestro en Administración Estratégica por la Universidad
Mesoamericana de Puebla.

³ Alumnas de la Maestría en Administración de Servicios de Salud
de la FMBUAP.

Capítulo 3

Gerencia hospitalaria..... 31

Mónica Isabel Domínguez Cid,¹ Francisco Javier Antón García,¹
Francisco Javier Anthon Méndez,¹ Eva de la Luz Méndez

Hernández,¹ Irma Pérez Contreras.¹

¹Profesoras de la Facultad de Medicina de la BUAP.

²Médico Pasante en Servicio social, Licenciatura en Medicina de la BUAP.

Capítulo 4

El administrador o gerente en los servicios de salud..... 48

Irma Pérez Contreras,¹ Lis Rosales Báez,¹ Daniel Alejandro Velasco Pérez,² Mario Moyotl Aguilar,³ Hilda Wendy Badillo Morales.³

¹Profesor investigador y docente de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana de Puebla, México.

³Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

Capítulo 5

Los servicios de salud en México. Una propuesta hacia el futuro..... 58

Irma Pérez Contreras,¹ María de la Luz del Carmen Pérez Chalini,² Angélica María López Baqueiro,² Norma Pérez Contreras,³ Juan José Martín Cruz Contreras.²

¹Profesora Investigadora y docente de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Estudiantes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Medicina de la BUAP.

³Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 1. IMSS. Puebla.

Capítulo 6

Ética y responsabilidad social en la administración de servicios de salud..... 73

Irma Pérez Contreras,¹ Eva de la Luz Méndez Hernández,¹ María Fernanda Renaud Calderón,² Thalía Briones Sánchez,² Norma Pérez Contreras.³

¹Profesoras investigadoras y docentes de la Maestría en Administración

de Servicios de Salud (MASS) de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Alumnas de la Maestría en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

³Médico Familiar, UMF 1 del IMSS, Puebla.

Capítulo 7

La bioética y los derechos humanos en la administración de servicios de salud..... 82
MP Loyola Gutiérrez,¹ Tania López Loyola,¹ Irma Pérez Contreras,¹ Chistian Lenin Valdez Abad,¹ G Loyola Gutiérrez,¹ R. Martínez y Martínez.²

¹Profesores investigadores de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Estudiantes de la licenciatura de Medicina de la Facultad de Medicina de la BUAP.

Capítulo 8

Gestión de inventarios de equipo médico..... 97
Daniel Alejandro Velasco Pérez,¹ Irma Pérez Contreras,² Rosa María González López,² Luis Enrique Martínez Urbano,³ Ricardo Arturo López Martínez,³ Norma Pérez Contreras.⁴

¹Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana de Puebla, México.

²Profesoras investigadoras y docentes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud (MASS) de la FMBUAP.

³Estudiantes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

⁴Médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Puebla.

Capítulo 9

Importancia de los comités dentro de las instituciones de salud..... 106

Angélica María López Baqueiro,¹ Irma Pérez Contreras,² Mario Moyotl Aguilar,¹ Lis Rosales Báez,² Dulce María Pérez Contreras.²

¹Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.

²Profesoras Investigadoras de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.

Capítulo 10

Liderazgo organizacional en tiempos de cambio..... 122

Irma Pérez Contreras,¹ Irma Sánchez Ortega,¹ Dulce María Pérez Contreras,¹ María de Jesús Vergara Eumaña,¹ Pablo Sánchez Vela,² Daniel Alejandro Velasco Pérez.³

¹Profesoras investigadoras de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Médico familiar, ISSSTE, Puebla.

²Alumno de la maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

³Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana, Puebla.

Capítulo 11

Importancia del liderazgo en los servicios de salud..... 132

Ortega Sánchez Irma,¹ Pérez Contreras Irma,¹ Briones Ortega Thalia,² Luna Luna Armando.²

¹Profesoras de la Facultad Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Alumnos de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

Capítulo 12

Las nuevas tecnologías en la administración de servicios de salud..... 153

Velasco Pérez Daniel Alejandro,¹ Pérez Contreras Irma,² Reynaud Calderón María Fernanda,³ Flores Luna Roberto.³

¹Maestro en Administración Estrategia por la Universidad Mesoamericana de Puebla.

²Profesor investigador de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

³Alumnos de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

Capítulo 13

La importancia de la mercadotecnia en los servicios de salud..... 163

Muñoz Guarneros Carlos Omar,¹ Delgado Fuentes Yolanda,²

Pérez Contreras Norma,³ Moyol Aguilar Mario,⁴ Badillo

Morales Hilda Wendy.⁴

¹Profesor e investigador de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²MC en mercadotecnia.

³Médico familiar UMF 1, IMSS, Puebla.

⁴Alumnos de la maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP. Correo: carlos.munoz@correo.buap.mx

Capítulo 14

Antecedentes, retos y oportunidades de la farmacia intrahospitalaria en México..... 175

Bastida Herrera Juan Carlos,¹ Pérez Contreras Irma,² Cervantes

Sosa Elizabeth,³ Guzmán Gómez Leonor,⁴ López y López

José Gustavo.⁵

¹MSP de la Facultad de Ciencias Químicas, BUAP.

²DC de la Facultad de Medicina, BUAP.

³Q.FB. Alumna de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, BUAP.

⁴Lic. en Enf. Alumna de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, BUAP.

⁵DC de la Facultad de Ciencias Químicas, BUAP.

Capítulo 15

Marco legal de la salud..... 185

Pérez Chalini María de la Luz del Carmen,¹ López Baqueiro
Angélica María,¹ Mendoza Flores Uriel Narciso.²

¹Alumna de la Maestría en Administración en Servicios de Salud
de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma
de Puebla (FMBUAP).

²Profesor investigador de la FMBUAP.

Correo: angelica.lopezb@imss.gob.mx. Carmen.perezcha@imss.gob.mx

Capítulo 16

Modelación matemática en investigación en servicios
de salud..... 198

Betancourt Bethencourt, José Aureliano,¹ Pérez Contreras Irma,²
Torres Rasgado Enrique,² Flores Luna Roberto,³ Mardero García
Cynthia Berenice.³

¹Profesor investigador de la Universidad de las Ciencias Médicas
“Carlos Finlay”, Camagüey, Cuba.

²Profesores investigadores de la Facultad de Medicina
de la BUAP (FMBUAP).

³Alumno de la Maestría en administración de servicios de salud
de la FMBUAP.

Capítulo 17

Universalidad de los servicios de salud, meta o utopía..... 203

Cortés Riveroll José Gaspar Rodolfo,¹
Ramírez Guevara Guadalupe,²

^{1,2}Profesores de la Facultad de Medicina de la BUAP.

El objetivo de este libro es brindar temas de introducción a la administración y gerencia de servicios de salud para alumnos del área de la salud de pre y posgrado, personal que se desempeña en instituciones públicas, privadas y personas interesadas en el tema. Se abordan temas generales de la administración y gestión de servicios así como la importancia del liderazgo en la dirección de servicios, el papel del administrador y gerente, la ética y la responsabilidad social, la importancia de la mercadotecnia en los servicios, la importancia del manejo de inventarios, retos y oportunidades de las farmacias intrahospitalarias en México, marco legal de la salud, entre otros temas de interés, desde una perspectiva de docentes y estudiantes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la BUAP mediante una investigación documental actualizada y de calidad.

PRÓLOGO

Los servicios de salud representan un papel fundamental en la atención médica en sus diferentes niveles públicos o privados. Su objetivo es brindar servicios de calidad a la población en general. Para que este objetivo se cumpla es necesario administrar y gestionar de manera efectiva sus recursos.

Esto ha suscitado la necesidad de implementar y fortalecer la formación en administración de servicios para un mejor desempeño del personal que labora en instituciones públicas y privadas en el área de la salud. Por lo que con esta nueva visión los docentes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud y estudiantes de este posgrado se dieron a la tarea de colaborar en la elaboración de este texto introductorio a la administración de servicios donde se abordan temas de gran interés como son el papel de la gerencia hospitalaria, el campo de la administración y gerencia, la importancia del liderazgo en la dirección de servicios, el papel de quienes ocupen las titularidades de la administración y gerencia, la ética y la responsabilidad social, la importancia de la mercadotecnia en los servicios, la importancia del manejo de inventarios, retos y oportunidades de las farmacias intrahospitalarias en México, marco legal de la salud, entre otros temas de interés, desarrollados a partir de una investigación documental actualizada con el enfoque de docentes quienes lo han probado a partir de sus experiencias y lo plasman en cada uno de estos contenidos. Considero que será éste, el principio de una serie de textos que abordarán los principales retos de los servicios de salud en países en vías de desarrollo como México.

DC IRMA PÉREZ CONTRERAS
Profesora investigadora
Facultad de Medicina - BUAP

Colaboradores

Betancourt Bethencourt José Aureliano

Universidad de las Ciencias Médicas “Carlos Finlay”,

Camaguey, Cuba

Pérez Contreras Norma

Médico Familiar de la UMF No. 1 del IMSS, Puebla

López y López José Gustavo

Bastida Herrera Juan Carlos

Profesores investigadores de la Facultad de

Ciencias Químicas de la BUAP

González López Rosa María

Profesora investigadora de la Facultad de

Administración de la BUAP

Velasco Pérez Daniel Alejandro

Maestro en Administración Estratégica.

Universidad Mesoamericana. Puebla

Docentes de la Academia de la Maestría en

Administración y Servicios de Salud

Pérez Contreras Irma

Briones Aguirre Bernardo

Rosales Báez Lis

Mendoza Flores Uriel Narciso

Muñoz Guarneros Carlos Omar

Torres Rasgado Enrique

Sánchez Ortega Irma

Loyola Gutiérrez Mariana Paula
Vérgara Eumaña María de Jesús

Profesores investigadores de la Facultad de Medicina

Domínguez Cid Mónica
Anthon Méndez Francisco Javier
Méndez Hernández Eva de la Luz
López Loyola Tania
Valdez Abad Christian Lenin
Loyola Gutiérrez Guadalupe Paula
Antón García Francisco Javier
Pérez Contreras Dulce María

Alumnos de posgrado

Espinoza Sibaja Martha Reyna
Cruz Contreras Juan José Martín
Guzmán Gómez Leonor
García Ramírez María de Lourdes
Moyotl Aguilar Mario
Badillo Morales Hilda Wendy
Pérez Chalini María de la Luz del Carmen
López Baqueiro Angélica María,
Renaud Calderón María Fernanda
Briones Sánchez Thalía
Martínez Urbano Luis Enrique
López Martínez Ricardo Arturo
Sánchez Vela Pablo
Luna Luna Armando
Flores Luna Roberto,
Cervantes Sosa Elizabeth
Mardero García Cynthia Berenice

Alumnos de la Licenciatura en Medicina

García López Guadalupe

Martínez y Martínez Ricardo

CAPÍTULO I

Administración y gerencia en servicios de salud

Irma Pérez Contreras,¹ Martha Reyna Espinoza Sibaja,² Juan José Martín Cruz Contreras,² Daniel Alejandro Velasco Pérez,³ Norma Pérezb Contreras.⁴

¹ Profesora investigadora de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

² Estudiantes de la Maestría en Administración de Servicios de Salud (MASS) de la FMBUAP.

³ Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana, Puebla, México.

⁴ Médico Familiar, Unidad Médico Familiar No. 1 del IMSS, Puebla.

1. Introducción:

Administración y gerencia son conceptos que están estrechamente relacionados, ya que la definición de uno involucra la función del otro.

La administración en salud o administración sanitaria es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud, mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos. En otras palabras, la administración en salud es la administración de empresas aplicada a las compañías proveedoras de bienes y servicios, que resulten en la recuperación o mejora de las personas usuarias, a quienes –dentro del establecimiento de salud– se les denominan clientes y/o pacientes.¹

En la actualidad en países en desarrollo, el mejoramiento en el aprovechamiento de los recursos es imperativo con base en la necesidad de salud de la población, para lograrlo se han implementado

diversas estrategias, políticas y procedimientos acorde con la evolución de los conceptos y herramientas de la administración.²

El sistema de salud de cada país determina en gran medida los servicios que otorga a su población. Y así podemos tener servicios determinados por seguridad social, servicios públicos, sistemas mixtos como el caso de México. La complejidad de los servicios actualmente es un reto para garantizar la atención de la población demandante.

Las competencias y habilidades en la administración de un sistema de salud son fundamentales para llevarla a un crecimiento y eficiencia permanentes. Un médico experto en su especialidad puede postularse y carecer de experiencia y preparación específica en administración o ser experto en el tema y desconocer los problemas de salud.²

Los sistemas de salud cumplen con al menos tres funciones: la rectoría y regulación, la prestación de servicios y el financiamiento. Estudios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) sobre los Sistemas de Salud México 2016.

En este capítulo se revisan conceptos, la importancia y alcances de la administración y gerencia de servicios de salud.

2. Administración y gerencia de servicios de salud

La *administración* es un proceso mediante el cual los objetivos de una organización se logran utilizando de manera eficiente sus recursos humanos, físicos, materiales y tecnológicos. La administración es el proceso de hacer las cosas de manera efectiva y eficiente con y a través de las personas. (Trad. Pérez I. 2021).⁷

La *administración de servicios de salud* implica la planificación, dirección y coordinación de los servicios médicos y de salud. Los *administradores de servicios de salud* pueden administrar un centro

completo, un área o departamento clínico específico o una práctica médica para un grupo de médicos. Este campo también considera dirigir los cambios que se ajustan a los cambios en las leyes, regulaciones y tecnología de atención médica.⁸

El término administración en salud hace referencia a la planificación, organización, dirección y control de las instituciones de salud públicas o privadas, mediante la optimización de sus recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos con el objetivo de brindar servicios de calidad (Trad. Pérez I. 2021).⁹

Las tareas administrativas excesivas en el personal médico tienen serias consecuencias en los pacientes. Los administradores, el equipo médico y personal directivo o partes involucradas en la atención deben trabajar juntas para hacer frente a las cargas administrativas de tal manera que no se afecte a los pacientes o usuarios de los servicios (Trad. Pérez I. 2021).⁹

A la administración en salud también se le conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud y tiene que ver con la capacidad de gestionar, administrar y financiar las empresas e instituciones de salud, adecuarlas a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios, actualizar su infraestructura y dotación donde se requiera, ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos, mejorar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles.¹⁰

La administración de servicios de salud es una de las disciplinas de la salud pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El/la admi-

nistrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad.¹⁰

La administración de sistemas de salud o la administración de sistemas de atención médica describe el liderazgo y la administración general de hospitales, redes de hospitales y/o sistemas de atención médica. En Estados Unidos, la administración de una sola institución (por ejemplo, un hospital) también se le conoce como “administración de servicios médicos y de salud”,^{6,7} “administración de atención médica” o “administración de salud” (Trad. Pérez I. 2021).¹¹

La administración de los sistemas de salud garantiza que se alcancen resultados específicos, que los departamentos dentro de un establecimiento de salud funcionen sin problemas, que las personas adecuadas estén en los puestos adecuados, que las personas sepan qué se espera de ellos, que los recursos se utilicen de manera eficiente y que todos los departamentos estén funcionando hacia un objetivo común (Trad. Pérez I. 2021).¹²

William Edwards Deming en su documento “Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis” habla sobre la “gestión por procesos”,¹³ esto significa rediseñar la prestación de servicios de manera que los pasos que no funcionen para los pacientes se eliminen.

En el Hospital General Zuckerberg de San Francisco, California (hospital público bajo la supervisión del Departamento de Salud Pública), el director de operaciones tiene una conversación diaria de diez minutos con su personal directo para tener conocimiento de los problemas de ese día. Estas conversaciones llamadas *catchball*, se realizan mientras el personal se encuentra en funciones, de manera que la información permita la toma de decisiones de

forma efectiva para aquellos procesos que presenten dificultades o problemas para la atención de los pacientes. Estas comunicaciones pueden identificar, por ejemplo, problemas de flujo de trabajo entre el departamento de emergencias y la unidad de medicamentos o, quizás, si la unidad de cuidados intensivos UCI cuenta con el personal adecuado.¹³

1.3 Conclusión

Los sistemas de salud oficiales deben estar preparados para detectar los cambios y responder a ellos de forma rápida y eficaz. Esta respuesta requiere no solo la disponibilidad de intervenciones de control de eficacia demostrada, sino también personal gubernamental bien capacitado que pueda crear sistemas sostenibles para su implementación (Trad. Pérez I. 2021).¹⁴

Actualmente uno de los desafíos de los sistemas de salud en varios países es la definición de las competencias que el personal directivo debe tener para dirigir y administrar de forma efectiva las instituciones de salud con el objetivo de brindar atención de calidad. Se ha considerado que un administrador de salud requiere de un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas que le permitan alcanzar los objetivos planteados con la finalidad de brindar calidad en la atención y la capacidad para solucionar problemas prioritarios. Deberá tener una visión integral y holística de los servicios de salud.¹⁴

Solo una correcta administración en las organizaciones de salud permitirá optimizar los recursos disponibles para que con ello se pueda ofrecer una atención más eficiente y eficaz a todo lo necesario. Con esto se formará un orden operante del directivo vinculado a los procesos en la administración, creando una estructura analítica de marcada utilidad en la práctica diaria.¹⁵

1.4 Referencias:

1. Almasabi Mohammed. *Conceptualizing Health Services Management*. World Applied Sciences Journal 32 (2): 214-216, 2014 ISSN 1818-4952 © IDOSI Publications, 2014 DOI: 10.5829/idosi.wasj.2014.32.02.8530
2. Bazán A. *Importancia de la administración en la salud*. Revista del Hospital Juárez de México 2015; Volumen 82, Números 3 y 4. pp 148-149.
3. Pavón León P, Gogeochea Trejo MC. *La importancia de la administración en la salud*. Revista Médica de la Universidad Veracruzana 2004; Volumen 4, Número 1.
4. Cordera A, Bobennieth M. *Administración de Sistema de Salud*. Tomo I. México D.F.: Cordera Bobennieth; 1983.
5. Barquín M. Dirección de Hospitales. McGraw-Hill Interamericana, México, D.F. 7a Ed. 2003.
6. Clifford Attkinsson C, Hargreaves AW, Horowitz MJ, Sorensen JE. Administración de Hospitales. *Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario*. México: Trillas; 2002.
7. Stefane M Kabene. *The importance of human resources management in health care: a global context*. (Trad. Pérez I. 2021) Hum Resour Health. 2006; 4: 20. Published online 2006 Jul 27. doi: 10.1186/1478-4491-4-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
8. David A. Garvin A. *Unifying framework for thinking about processes or sequences of tasks and activities that provides an integrated, dynamic picture of organizations and managerial behavior*. Magazine: Summer 1998. Research Feature July 15, 1999.
9. Erickson SM, Rockwern B, Koltov M, McLean RM, *A Position Paper of the American College of Physicians*. (Trad. Pérez I. 2021) Ann Intern Med. 2017; 166 (9):659-661. DOI: 10.7326/M16-2697 (2017).

10. Bazan A. *Op. cit.*
11. World Health Organization. "*Management*". Archived from the original on 2009-02-12 (Trad. Pérez I. 2021).
12. "Bureau of Labor Statistics". Archived from the original on 2013-04-23 (Trad. Pérez I. 2021).
13. William Edwards Deming. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos, 1989, 412 páginas.
14. Pavón-León P, Gogiascoechea-Trejo. *La importancia de la administración en salud*. Rev Med UV. 2004;4(1):13-16.
15. Introduction to Health Services Administration. 1st 2018 (Trad. Pérez I. 2021). 1a. Edición, 2017. ISBN: 9780323462204. Elsevier eBook on VitalSourc.

CAPÍTULO 2

La gestión en los servicios de salud

Irma Pérez Contreras,¹ Bernardo Briones Aguirre,¹ Daniel Alejandro Velasco Pérez,² Leonor Guzmán Gómez,³ María de Lourdes García Ramírez.³

¹Profesores-investigadores de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana de Puebla.

³Alumna de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP

2.1 Introducción

La Sociedad Americana de Hospitales define la gestión de la salud como:

La planificación, organización, dirección, control y coordinación de los recursos, procedimientos y métodos para satisfacer las necesidades y la demanda de servicios de salud y atención médica, para proporcionar un entorno saludable a través de la prestación de servicios de atención médica a los consumidores. Como individuos, grupos y sociedad en su conjunto (Trad. Pérez I. 2021).¹

La actividad de gestión comprende estrategia, cultura y actividades centradas en los datos, cómo impulsar la cultura de mejora, la promoción de la calidad, la estrategia, establecimiento de objetivos y proporcionar una retroalimentación (Trad. Pérez I. 2021).²

2.2 Gestión por procesos

“La dirección debe dotar a la organización de una estructura que permita cumplir con la misión y la visión establecidas. La implementación de la gestión de procesos se ha revelado como una de las herramientas de mejora de la gestión más efectivas para todos los tipos de organizaciones”.³ Cualquier actividad, o conjunto de actividades ligadas entre sí, que utiliza recursos y controles para brindar servicios teniendo como elementos de entrada usuarios para obtener resultados como la atención de calidad puede considerarse como un proceso.

“La gestión de procesos no va dirigida a la detección de errores en el servicio, sino que la forma de concebir cada proceso ha de permitir evaluar las desviaciones del mismo, con el fin de corregir sus tendencias antes de que se produzca un resultado defectuoso”.⁴

Para que un conjunto de actividades ligadas entre sí conduzca a un resultado determinado es necesario definir y controlar el proceso del que forman parte. La importancia de dirigir y controlar un proceso radica en que no es posible actuar directamente sobre los resultados, ya que el propio proceso conduce a ellos. Para controlar el efecto (resultado) hay que actuar sobre la causa (proceso).⁴

La gestión por procesos es uno de los mecanismos más efectivos para alcanzar los niveles de calidad de la atención en las organizaciones de servicios. Esta gestión está enfocada a realizar procesos capaces de reaccionar de forma inmediata a los cambios. Para esto es importante el control de la capacidad de cada proceso, la mejora continua, la flexibilidad estructural, todo esto dirigido a la satisfacción de los usuarios.

Para adoptar un enfoque basado en procesos, la organización debe identificar todas y cada una de las actividades que realiza. A la representación gráfica, ordenada y secuencial de todas las activida-

des o grupos de actividades se le llama *mapa de procesos* y sirve para tener una visión clara de las actividades que aportan valor al servicio recibido finalmente por el usuario. En su elaboración debería intervenir toda la organización, a través de un equipo multidisciplinario con presencia de personas conocedoras de los diferentes procesos.^{3,4}

Una característica importante de los procesos, que queda de manifiesto en cuanto se elabora el mapa de los mismos, es que las actividades que lo constituyen no pueden ser ordenadas de una manera predeterminada, atendiendo a criterios sólo de jerarquía o adscripción departamental.⁴ Se puede decir que el proceso cruza transversalmente el organigrama de la organización y se orienta al resultado, alineando los objetivos de la organización con las necesidades y expectativas de los usuarios, sin atender en sentido estricto a las relaciones funcionales clásicas.⁴

Las actividades de la organización son generalmente horizontales y afectan a varios departamentos o funciones [...] esta concepción “horizontal” (actividades o procesos) se contrapone a la concepción tradicional de organización “vertical” (departamentos o funciones) [...].⁴

Los *procesos clave* se refieren a aquellos que tienen contacto directo con los usuarios y brindan los servicios (consulta externa, de especialidades, hospitalización, etc.) y que a partir de la atención de estos el usuario percibe y valora la calidad de la atención recibida.⁴

Por otro lado, los *procesos estratégicos* se responsabilizan de realizar un análisis de las necesidades y condicionantes del área de cobertura del mercado con el objetivo de dar respuesta a dichas necesidades.

Los procesos de soporte son los responsables de proveer a la organización de todos los recursos necesarios, materiales, financieros, tecnológicos, de recursos humanos, para poder generar el valor añadido deseado por los usuarios (contabilidad, compras, nóminas, sistemas de información, etcétera).⁵

2.3 Gestión productiva para los servicios de salud MGPSS propuesta por OPS³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)² publicó en el año 2010 una metodología de Gestión Productiva para los Servicios de Salud (MGPSS), desarrollada como respuesta a los nuevos enfoques y prácticas emergentes en la gestión de los servicios de salud, que tiene como objetivo optimizar la organización y gestión de los servicios a medida que hacen la transición a sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud (APS).⁶

Proporciona elementos fundamentales y esenciales de información para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la productividad de la instalación, la negociación y control de los acuerdos de gestión y la creación de una nueva cultura institucional orientada a la reducción adecuada de los costos para optimizar la eficiencia y maximizar la productividad. La evaluación del desempeño lo basa en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC) de los servicios de salud mediante indicadores de desempeño que brindan a los gerentes una visión estratégica para el manejo de las instalaciones de salud o las redes de servicios de salud.⁶

El principio básico de esta metodología es que cada aspecto del proceso productivo debe y puede cuantificarse con fines de control y evaluación; también proporciona la base para la mejora continua en la capacidad productiva de los servicios de salud. En consecuencia, “...la organización de la salud se concibe como una empresa productiva en que los servicios se componen de los centros y subcentros de producción, caracterizados por sus productos, los recursos utilizados en los procesos productivos, los costos resultantes de los recursos y los productos de estos procesos y están sujetos, en cada fase del proceso productivo, a criterios para análisis cuantificables”.⁶

La implementación de esta metodología y sus herramientas por la OPS tiene como objetivos:

La eficiencia con calidad donde la optimización de los recursos no implica disminuir la calidad en la prestación de los servicios de salud, por el contrario, se convierte en el objetivo fundamental al mejorar los servicios de salud a la población, especialmente en el sector público.

La racionalización de recursos que apunta a alcanzar una prestación de servicios eficiente con el uso adecuado de los recursos disponibles permitiendo la mejor utilización de los mismos y optimizando la inversión en salud para alcanzar mayores niveles de cobertura y efectividad clínica.

El mejoramiento continuo cuando las organizaciones alcanzan un cierto nivel de desarrollo, la gestión sostenible permite integrar los elementos en un proceso autónomo donde los servicios de salud se convierten en entornos de mejoramiento continuo y las metas obtenidas pueden ser mejoradas continuamente con la aplicación de procesos y planes de mejora basados en la información real de la situación.

La disseminación de prácticas exitosas mediante la modalidad de comunidades de práctica, la posibilidad de obtener información de lecciones aprendidas de las experiencias en la gerencia de redes de servicios de salud o el uso eficiente de los recursos en establecimientos sanitarios, permite comparar los resultados de instituciones similares en otros países que utilizan la metodología de manera exitosa, contribuyendo al aprendizaje y disseminación de buenas prácticas. Define esta metodología como un proceso analítico para la toma de decisiones informadas por evidencias que no genera nuevas necesidades de información, sino que correlaciona selectivamente la información existente para ofrecer una visión estratégica de la gestión de los servicios de salud. Constituye una

metodología gerencial orientada a la productividad y rendición de cuentas transparente dado que expone la realidad de la institución o red bajo conceptos claros de eficiencia y calidad de la atención. Su objetivo fundamental es apoyar al gerente de servicios de salud a tomar decisiones informadas que permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y calidad de la atención.⁶

2.4 Niveles de gestión en servicios de salud

En los sistemas de salud, la gestión se produce en tres niveles, conocidos como *macro*, *meso* y *micro*. La gestión a nivel **macro** se refiere al rol directivo que desempeña la autoridad nacional de salud para determinar las políticas de salud, armonizar los mecanismos, fuentes y entidades involucradas en el financiamiento, regular todos los aspectos relacionados con la salud, incluida la prestación de servicios de atención médica y garantizar la equidad. En este nivel, el desarrollo y la implementación de políticas de salud y la gestión del sector de salud conlleva una función de toma de decisiones implícita y significativa (gestión de políticas) con un componente técnico importante.⁶

La gestión de nivel **meso** se refiere a todas las actividades de gestión involucradas en la producción de servicios de salud (por lo que también se conoce como gestión productiva) en redes de atención médica e instalaciones y sus subdivisiones organizativas. Se refiere a los procesos productivos en los servicios de salud que conducen a resultados en la mejora del estado de salud de la población. En algunos casos, los gerentes de este nivel también son responsables de implementar y hacer cumplir las políticas de salud, los reglamentos y las normas de salud pública, lo que implica un cierto grado de política.

La gestión a nivel micro o la gestión clínica se refieren a la prestación directa de atención a individuos por parte del personal clínico. Bajo el liderazgo de los profesionales médicos y la participación activa de los equipos multidisciplinarios, define el proceso de toma de decisiones en la prestación directa de atención a las necesidades de salud de las personas, y que produce resultados clínicos.⁷

De acuerdo a Tobar F., en su libro *Modelos de gestión en salud 2002*,⁷ se define a los niveles de gestión como *macro gestión* cuando tienen que ver con la gestión de la política de la salud que involucra la intervención del estado para corregir las fallas del mercado de salud y mejorar el bienestar social a través de, primero: regulación de estilos de vida, medio ambiente, tecnología, recursos humanos, servicio sanitario y segundo: financiación en sanidad, el establecimiento político de prioridades para la asignación de recursos y tercero: la organización y gestión de los servicios sanitarios de titularidad pública.

Meso gestión o gestión institucional que involucra centros, hospitales, aseguradoras y otros establecimientos de salud. Estas instituciones asumen objetivos y en ellas el principal desafío de la gestión es la de coordinar y motivar a las personas para lograr alcanzar dichos objetivos.

Micro gestión o gestión clínica donde la mayor responsabilidad recae en los profesionales del sector salud, en que el médico es el responsable de la asignación de 70% de los recursos a través de millones de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente y para ello gestiona, coordina y motiva a otras personas del propio servicio o de servicios centrales o de apoyo.⁸

2.5 Conclusión

Estudios recientes han puesto de relieve la importancia de la gestión en el sector de la salud.² Una gestión eficiente debe soportarse en

una adecuada planeación ya que ésta marca la pauta de las funciones de la organización, además de definir la dirección y control que en ella deben llevarse a cabo; pues permite identificar los cursos de acción para alcanzar las metas establecidas, dentro de las cuales el aumento de la productividad y la preservación de la estabilidad organizacional, juegan un papel de importancia.⁹

Según Hellriegell y Slocum, “las organizaciones consiguen sobrevivir solo si logran simultáneamente administrar el cambio, mantener el adecuado grado de estabilidad, reducir al mínimo la confusión y establecer el sentido de control”.¹⁰

2.6 Referencias

- 1 Haddock, C. C., McLean, R. D. (2002). *Careers in Healthcare Management: How to Find your Path and Follow It* (Trad. Pérez I. 2021). Edit. Health Administration Press. 1er edición (1 enero 2002). ISBN-10: 156793174X
- 2 Parand A, Dopson S, Renz A, and Vincent C. *The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review* (Trad. Pérez I. 2021). *BMJ Open*. 2014; 4(9): e005055. Published online 2014 Sep 5. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-005055
- 3 *Los principios de la gestión de la calidad*. La gestión por procesos, 2005. Capítulo IV.¹ <https://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541acde-55bf-4f01-b8fa-03269d1ed94d/19421/CapituloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>
- 4 *Op. cit.* <https://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541acde-55bf-4f01-b8fa-03269d1ed94d/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>
- 5 Toussaint JS. *How Health Care Systems Can Effectively Manage Process* (Trad. Pérez I. 2021) 2016. Chief Executive Officer, Catalysis (formerly ThedaCare Center for Healthcare Value)

- 6 Pan American Health Organization PAHO. “*Productive Management Methodology for Health Services*” (Trad. Pérez I. 2021) Washington, D.C.: PAHO, © 2010 ISBN: 978-92-75-13151-0
- 7 Tobar F. *Modelos de gestión en salud*. 2002. Buenos Aires. Argentina.
- 8 Asenjo M A. *Gestión Diaria del Hospital*. Mason 3rd Edition. Barcelona, España 2006.
- 9 Barrios M. *Modelo de gestión en el sector salud basado en la calidad de servicios*. Revista ingeniería UC, vol. 18, núm. 1, enero-abril, 2011, pp. 80-87. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- 10 Hellriegel Don y Slocum Jhon (2000). *Administración*. International Thomson Editores, S.A. Séptima Edición. México.

CAPÍTULO 3

Gerencia hospitalaria

Mónica Isabel Domínguez Cid,¹ Francisco Javier Antón García,¹ Francisco Javier Anthon-Méndez,¹ Eva de la Luz Méndez Hernández,¹ Irma Pérez Contreras.¹

¹Docentes de la Facultad de Medicina de la BUAP.

²Médico Pasante en Servicio social, Licenciatura en Medicina de la BUAP.

3.1 Introducción

Un hospital o una institución de salud, como cualquier empresa, está integrada por elementos humanos, técnicos y financieros cuyo objetivo principal es la obtención de utilidades, o bien, la prestación de servicios a la comunidad, coordinados por un administrador o gerente que toma decisiones en forma oportuna para la consecución de los objetivos.¹

En las últimas dos décadas, el sector salud viene en constante proceso de cambio con el fin de asegurar la universalización en la prestación de los servicios a toda la población. Este proceso se ha acompañado de la modernización del sector y de la conversión de las organizaciones de salud en empresas autónomas, con patrimonio propio, que compiten por los pacientes, en entornos turbulentos, donde el subsidio a la demanda desplaza al subsidio a la oferta y donde el aseguramiento se convierte en el principal mecanismo para acceder a servicios de salud por la mayor parte de la población.²

El concepto de gerencia corporativa hospitalaria ha tenido una materialización interesante con los Códigos de Ética y de Buen Gobierno, los cuales proveen directrices sobre las relaciones entre las

estructuras de poder en las organizaciones, así como las orientaciones para la toma de decisiones a las que deben adherir los que tienen que ver con el devenir de una organización.²

Dentro de la misión con respecto a la gerencia hospitalaria³ está encaminada a brindar servicios de salud con calidad a través de los servicios que presta cumpliendo con los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria o de rehabilitación además de las funciones de docencia e investigación conforme a las políticas de salud de cada país.

Lo que contempla a la visión⁴ de ésta es prestar una atención de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de la población. Con servicios accesibles bajo principios de los derechos humanos y bioética, utilizando la tecnología y los recursos de manera efectiva.

3.2 La gestión hospitalaria

La gestión del hospital debe responder a un paradigma nuevo, complejo e integrado de gerencia pública. Los hospitales, sean públicos o no, actúan en contextos complejos donde predominan la incertidumbre y la turbulencia a consecuencia de factores como el entrelazamiento del sistema económico internacional, el acelerado cambio tecnológico, la crisis de las economías y el inusitado aumento de las demandas sociales, entre muchos otros.⁵

La gerencia de los hospitales deberá ser dirigida a anticiparse de forma estratégica a la complejidad, modernización, conflicto e incertidumbre de las instituciones como retos importantes.

3.3 Principios generales de una gerencia hospitalaria

A través de los años se han planteado diversas definiciones de lo que significa la administración y, por tanto, de lo que significa ser un

administrador. Mintzberg (2013) ha resumido muy bien lo sucedido en los siguientes términos:⁶

Mintzberg (1973) agrupa 10 funciones principales del administrador en tres grandes categorías:

Dichos roles se integran en tres categorías: interpersonales, informativos y decisorios.

1. Roles interpersonales. Son tres los roles del administrador que surgen directamente de la autoridad formal e involucran relaciones interpersonales básicas:
 - a. El administrador como cabeza visible de la organización. Como cabeza de una unidad organizativa, todo administrador debe realizar algunas funciones ceremoniales. Estos deberes pueden ser a veces rutinarios, no implican toma de decisiones importantes ni una comunicación demasiado formal. Sin embargo, son importantes para el buen funcionamiento de una organización y no pueden ser ignorados.
 - b. El administrador como líder. Los administradores son responsables del trabajo de la gente de su unidad. Sus acciones en este sentido constituyen el papel de líder. Algunas de estas medidas implican liderazgo directo, por ejemplo, en la mayoría de las organizaciones los gerentes son normalmente responsables de la contratación y la formación de su propio personal. Además, está el ejercicio indirecto de la función de líder. Por ejemplo, cada gerente debe motivar y alentar a los empleados, la conciliación de alguna manera entre sus necesidades individuales con las metas de la organización.
 - c. El administrador como enlace. En este rol el administrador hace contactos fuera de la cadena vertical de mando. Los directivos pasan tanto tiempo con sus compañeros y otras personas fuera de sus unidades como lo hacen con sus propios subordinados y muy poco tiempo con sus propios superiores.

2. Roles informativos. Procesar información es una parte clave del trabajo del administrador, actuando como receptor, aglutinador y/o transmisor.
 - a. El administrador como receptor de información. El administrador, como monitor, está analizando constantemente el entorno para obtener información, esto se da en gran parte como resultado de su red de contactos personales. Una buena parte de la información que el gerente acumula en este rol le llega en forma verbal, a menudo como rumor o especulación.
 - b. El administrador como difusor de información. En el papel de divulgador, el administrador distribuye información privilegiada directamente a los subordinados, quienes de otra manera no tendrían acceso a ella. Cuando los subordinados no tienen la posibilidad de contactarse fácilmente entre ellos, el gerente sirve como puente.
 - c. El administrador como portavoz. En el papel de vocero, el administrador envía información al exterior de la organización. Un presidente hace un discurso para presionar por una causa organizacional, un supervisor sugiere a un proveedor la modificación de un producto o de las condiciones de entrega.
3. Roles decisorios. La toma de decisiones es intrínseca a la labor del administrador, los restantes cuatro roles giran en torno a ella.
 - a. El administrador como emprendedor. Como empresario busca mejorar su unidad (o la organización como un todo), para adaptarla a las condiciones cambiantes del entorno. Esto se da a través del desarrollo de nuevos productos, nuevas formas de realizar procesos claves, reorganizaciones de un departamento o reestructuraciones corporativas, fusiones o adquisiciones y campañas de relaciones públicas, entre otras.

- b. El administrador como controlador de perturbaciones. Los problemas y crisis son factores que deben tenerse en cuenta y deben saberse manejar. En este rol el administrador busca hacer que los retos y problemas que enfrenta la organización o su área sean tomados de la mejor manera por su equipo y que las transiciones sean tan positivas como puedan serlo.
- c. El administrador como asignador de recursos. En este rol decidirá quién recibirá qué, en términos de recursos, humanos, financieros y de cualquier otro tipo, incluyendo su propio tiempo.
- d. El administrador como negociador. Sea que trate de conseguir un nuevo cliente, un nuevo empleado o intente terminar un contrato con un proveedor, el administrador siempre estará negociando en la búsqueda por lo mejor para su unidad, su departamento, su sucursal o la organización entera.⁶

En 1916 en Francia surgió una teoría llamada “teoría clásica de la administración”, su principal autor fue Henry Fayol (1841-1925), debido a que tenía una preocupación sobre la estructura de la organización de un todo; entonces fue ahí, donde partió un enfoque global y universal de la empresa.⁴⁷

Fayol define el acto de administrar mediante funciones administrativas que engloban los elementos siguientes: 1) Planear, 2) Dirigir, 3) Coordinar, 4) Controlar. Asimismo, Fayol planteó principios básicos de la administración, que fueron cimientos para establecer en la actualidad una buena administración y gerencia en el ámbito hospitalario:

1. DIVISIÓN DEL TRABAJO	Cuanto más se especialicen las personas, con mayor eficiencia desempeñaran su oficio. Este principio debe ser muy claro en la moderna línea del montaje.
2. AUTORIDAD	Los gerentes tienen que dar órdenes para que se hagan las cosas. Si bien la autoridad formal le da el derecho de mandar, los gerentes no siempre obtendrán obediencia, a menos que tengan también autoridad personal (liderazgo).
3. DISCIPLINA	Los miembros de una organización tienen que respetar las reglas y convenios que gobiernan la empresa. Esto será el resultado de un buen liderazgo en todos los niveles, de acuerdos equitativos (tales disposiciones para recompensar el rendimiento superior) y sanciones para las infracciones, aplicadas con justicia.
4. UNIDAD DE DIRECCIÓN	Las operaciones que tienen un mismo objetivo deben ser dirigidas por un solo gerente que use un solo plan.
5. UNIDAD DE MANDO	Cada empleado debe recibir instrucciones sobre una operación particular solamente de una persona.
6. SUBORDINACIÓN DE INTERÉS INDIVIDUAL AL BIEN COMÚN	En cualquier empresa el interés de los empleados no debe tener prioridad sobre los intereses de la organización como un todo.
7. REMUNERACIÓN	La compensación por el trabajo debe ser equitativa tanto para los empleados como para los patrones.

8. CENTRALIZACIÓN	Fayol creía que los gerentes deben conservar la responsabilidad final pero también necesitan dar a su subalterna autoridad suficiente para que puedan realizar adecuadamente su oficio. El problema consiste en encontrar el mejor grado de centralización en cada caso.
9. JERARQUÍA	La línea de autoridad en una organización representada hoy generalmente por cuadros líneas y líneas de un organigrama pasa en orden de rangos desde la alta gerencia hasta los niveles más bajos de la empresa.
10. ORDEN	Los materiales y las personas deben estar en el lugar adecuado en el momento adecuado. En particular, cada individuo debe ocupar el cargo o posición más adecuados para él.
11. EQUIDAD	Los administradores deben ser amistosos y equitativos con sus subalternos.
12. ESTABILIDAD DEL PERSONAL	Una alta tasa de rotación del personal no es conveniente para el eficiente funcionamiento de una organización.
13. INICIATIVA	Debe darse a la subalterna libertad para concebir y llevar a cabo sus planes, aun cuando a veces se cometen errores.

14. ESPÍRITU DE EQUIPO	Promover el espíritu de equipo dará a la organización un sentido de unidad. Recomendado, por ejemplo, el empleo de comunicación verbal en lugar de la comunicación formal por escrito, siempre que fuera posible.
------------------------	--

Cuadro 1. Obtenido de¹⁴ Lemus J., Aragües-Oroz V., Lucioni C. *Administración hospitalaria y de organización de Atención a la Salud*. 1° Ed. Argentina: Corpus editores. 2009.

La administración de hospitales y de la atención médica aplica estas mismas funciones de la administración general a la planificación estratégica, organización, dirección, evaluación y control de los establecimientos donde se brindan servicios de atención de salud a la población.

3.4 Perfil del administrador: habilidades y competencias

Se proponen al menos cuatro habilidades necesarias de un administrador:

1. La habilidad técnica. Consiste en que deberá ser capaz de aplicar sus conocimientos para llevar a cabo las funciones administrativas por medio de su instrucción, experiencia y educación.
2. La habilidad humana. Que se refiere a la capacidad del trabajo en equipo, comprender las actitudes y motivaciones del personal con un liderazgo eficiente.
3. La habilidad conceptual está dirigida a la habilidad para analizar la complejidad de forma integral y es capaz de actuar en la organización en base a los objetivos de la organización y no solo a los objetivos inmediatos.

4. La habilidad política que consiste en establecer los contactos correctos principalmente para la obtención de recursos y para las evaluaciones necesarias que eleven la calidad de los servicios.⁷

Además, autores como Taylor y Fayol. Plantearon seis conjuntos de conductas que explican poco más de 50% de la eficacia de un gerente, las denominan habilidades específicas y son:⁷

1. Controlar el entorno de la organización y sus recursos. Capacidad para emprender acciones y llevar la delantera para hacer cambios en el entorno. Implica fundamentar las decisiones relativas a los recursos en un marco de conocimiento claro, actualizado y exacto de los objetivos de la organización.
2. Organizar y coordinar. Consiste en organizar las cosas en torno a las tareas y, a partir de ahí, coordinar relaciones de interdependencia entre las tareas, cuando procede.
3. Manejar información. Comprende el uso de los canales de comunicación e información para identificar problemas, entender los cambios del entorno y tomar buenas decisiones.
4. Propiciar el crecimiento y el desarrollo. A través del aprendizaje constante el administrador propicia su crecimiento y desarrollo personal, así como los de su gente.
5. Motivar a los empleados y manejar conflictos. A través del refuerzo positivo generan en su gente ganas de realizar su trabajo y eliminando conflictos inhiben posibles problemas que minen la motivación.
6. Resolver problemas estratégicos. Asumir responsabilidad de sus decisiones y asegurarse de que los subalternos apliquen debidamente sus habilidades para tomar decisiones.

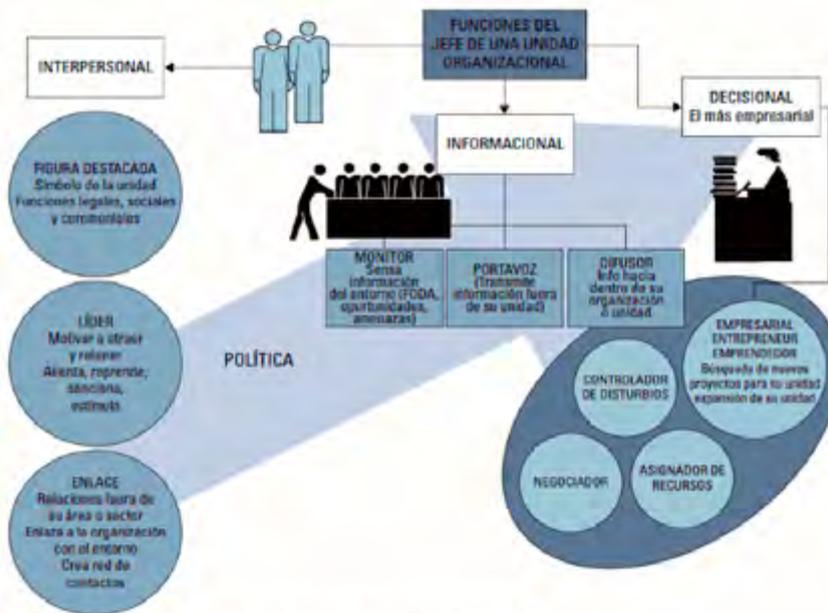
La *American Management Association* (p.2) ha establecido 4 habilidades o competencias claves que debe tener el administrador:⁸

1. Pensamiento crítico y resolución de problemas. La capacidad de tomar decisiones, resolver problemas y tomar las medidas adecuadas.
2. Comunicación efectiva. Habilidad para sintetizar y transmitir sus ideas, tanto en forma escrita como oral.
3. Colaboración y trabajo en equipo. La capacidad de trabajar de manera efectiva con los demás, incluidos los de grupos diversos y con puntos de vista opuestos;
4. Creatividad e innovación. La capacidad de ver lo que no está ahí y hacer que algo suceda.

Se hace cada vez más evidente, la necesidad de que la función directiva en la organización de atención a la salud no sea asignada a quienes no cumplen con la formación correspondiente en administración de salud, sino que la selección del personal directivo se lleve a cabo de forma adecuada, por competencias; se espera que los resultados sean los mejores entre mayor sea la preparación, los conocimientos y experiencias en medicina y su administración.⁹

En el “juego de construcción de alianzas” que describió Mintzberg, implica la concertación de contratos implícitos para apoyarse unos a otros. Así crearán una red racional con puestos estratégicos análogos; la alianza crecerá hasta que se terminen los agentes dispuestos a unírseles y hasta lograr un dominio global. Debido a que en una relación lateral se ha observado la existencia de conflictos múltiples, se propone una contrición de alianzas de una forma jerárquica para un buen funcionamiento de la gerencia hospitalaria. En el siguiente esquema se observan las funciones clásicas de un líder y director, obtenidas a través de una construcción de alianzas.¹⁴

La obligación del directivo de atención a la salud es que en sus instituciones se presten servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad, considerando al paciente como persona, como integrante de una familia, como integrante de una comunidad, es decir, como miembro de una sociedad, por lo que el propósito de los directivos del sistemas de salud es lograr que las actividades y funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación de invalidez, así como la de educación e investigación se logren de manera eficiente y eficaz. Las demandas de formación en administración en salud en México conforman su desafío, para lo cual es necesario incorporar formas tradicionales e innovadoras de educación que permitan dar una completa respuesta a sus múltiples facetas.⁹



Cuadro 5.7: Funciones clásicas del director (tomado de Mintzberg)

Figura 1. Obtenido de (14) Lemus J., Aragües-Oroz V., Lucioni C. *Administración hospitalaria y de organización de Atención a la Salud*. 1º Ed. Argentina: Corpus editores 2009.

La administración no es una panacea que vaya a resolver todos los problemas, pero se permitirá formar un orden operante con la mente del directivo y vinculado a procesos en la administración, creando una estructura analítica de marcada utilidad en la práctica diaria.¹¹

Los nuevos esquemas de organización hospitalaria parte de dos premisas claves y fundamentales, sin las cuales no es posible abordar la gerencia moderna. La primera es un plan de cultura organizacional que parta de medir y evaluar para mejorar la cantidad, la calidad y los costos. La segunda premisa se refiere a la capacidad de mando; para ello, la autoridad y el liderazgo han de ser proporcionales a la responsabilidad. Sin el cumplimiento de estas dos premisas no hay gerencia. Ahora y en el futuro, no se puede hablar de revolución organizativa en el hospital, sino de evolución, determinada por la constante evaluación, sobre todo de la eficiencia operativa y del trato al paciente.¹⁰

Los nuevos esquemas gerenciales representan la forma en que la organización planea, organiza, opera y evalúa, exigiendo, entre otros aspectos: colaboradores capacitados con el conocimiento necesario para desarrollar y alcanzar los objetivos usando el concepto de RE-DESS, que representa una innovación para la organización de la prestación de servicios de atención médica, pues a diferencia del paradigma de la atención por niveles, en el que cada uno de los niveles es un “filtro” o mecanismo de contención de la demanda de servicios que hay que “franquear” para alcanzar la mayor resolutivez; un proceso flexible ante los cambios introducidos por la organización; una estructura plana, ágil, reducida a la mínima expresión, que cree un ambiente de trabajo que satisfaga a quienes participen en la ejecución de los objetivos organizacionales; un sistema de recompensa basado en la efectividad del proceso donde se comparte el éxito y el riesgo; y un equipo de trabajo participativo en las acciones de la organización.¹²

3.5 Indicadores de gestión hospitalaria

Un indicador es una pieza de información que reúne las características de un sistema. Se utiliza como un *screening* para identificar problemas o como mecanismo para asegurar el cumplimiento de la misión y visión hospitalaria, además de la calidad.

En el caso de la salud, vista ésta como una gerencia, también existen los denominados indicadores de gestión hospitalaria, que orientan y traducen el estado de salud en que se encuentra la organización o centro hospitalario en observación. El estado de salud de un hospital puede ser medido en términos de recursos humanos, tecnológicos, materiales, financieros, etcétera; además, no sólo se puede medir a nivel de una unidad de salud,³ sino también a nivel macro.¹³

Cada gerencia podrá desarrollar diferentes indicadores para llevar a cabo la misión y visión de su estancia hospitalaria; para ello debe desarrollar indicadores válidos y confiables, existen diferentes esquemas para seguir y poder desarrollar indicadores, un ejemplo de un sistema es el que se observa en el cuadro 3.¹⁴

El indicador:

1. Muestra tendencias y desviaciones de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.
2. Adquieren importancia cuando se les compara con otros de la misma naturaleza, correspondiente a periodos anteriores y con indicadores preestablecidos que se consideren adecuados.
3. Instrumento que permite cuantificar las relaciones entre dos o más variables, de un mismo o diferente fenómeno.
4. Permite el control y seguimiento del grado de avance del cumplimiento de las metas programadas.

5. Detectan desviaciones, identifican causas y nos sirven como referencia para una eficaz toma de decisiones.⁽¹⁵⁾

Los indicadores de gestión hospitalaria son un instrumento importante para promover el cambio en la estructura de la institución; miden el cumplimiento de los objetivos institucionales que van de acuerdo con la misión y la visión; responsables estos últimos del rumbo que se quiera tomar a corto, mediano o largo plazo. Finalmente, vinculan sus resultados con la satisfacción de las demandas sociales.⁽¹⁵⁾

1. DIVISIÓN DEL TRABAJO	Cuanto más se especialicen las personas, con mayor eficiencia desempeñarán su oficio. Este principio debe ser muy claro en la moderna línea de montaje.
2. AUTORIDAD	Los gerentes tienen que dar órdenes para que se hagan las cosas. Si bien la autoridad formal le da el derecho de mandar, los gerentes no siempre obtienen obediencia, a menos que tengan también autoridad personal (liderazgo).
3. DISCIPLINA	Los miembros de una organización tienen que respetar las reglas y convenios que gobiernan la empresa. Esto será el resultado de un buen liderazgo en todos los niveles, de acuerdos equitativos (tales disposiciones para recompensar el cumplimiento superior) y sanciones para las infracciones, aplicadas con justicia.
4. UNIDAD DE DIRECCIÓN	Las operaciones que tienen un mismo objetivo deben ser dirigidas por un solo gerente que use un solo plan.
5. UNIDAD DE MANDO	Cada empleado debe recibir instrucciones sobre una operación particular solamente de una persona.
6. SUBORDINACIÓN DE INTERÉS INDIVIDUAL AL BIEN COMUN	En cualquier empresa el interés de los empleados no debe tener prioridad sobre los intereses de la organización como un todo.
7. REMUNERACIÓN	La compensación por el trabajo debe ser equitativa tanto para los empleados como para los patronos.
8. CENTRALIZACIÓN	Fayol cree que los gerentes deben conservar la responsabilidad final pero también necesitan dar a sus subalternos autoridad suficiente para que puedan realizar adecuadamente su oficio. El problema consiste en encontrar el mejor grado de centralización en cada caso.
9. JERARQUÍA	La línea de autoridad en una organización representada hoy generalmente por cuadros líneas y líneas de un organigrama pasa en orden de rangos desde la alta gerencia hasta los niveles más bajos de la empresa.
10. ORDEN	Los materiales y las personas deben estar en el lugar adecuado en el momento adecuado. En particular, cada individuo debe ocupar el cargo o posición más adecuados para él.
11. EQUIDAD	Los administradores deben ser amistosos y equitativos con sus subalternos.
12. ESTABILIDAD DEL PERSONAL	Una alta tasa de rotación del personal no es conveniente para el eficiente funcionamiento de una organización.
13. INICIATIVA	Debe darse a los subalternos libertad para concebir y llevar a cabo sus planes, aun cuando a veces se cometen errores.
14. ESPÍRITU DE EQUIPO	Promover el espíritu de equipo dará a la organización un sentido de unidad. Recomendado, por ejemplo, el empleo de comunicación verbal en lugar de la comunicación formal por escrito, siempre que fuera posible.

Figura 2. Obtenido de (14) Lemus J., Aragües-Oroz V., Lucioni C. *Administración hospitalaria y de organización de Atención a la Salud*. 1° Ed. Argentina: Corpus editores. 2009.

Fuente: Lemus JD, Aragües y Oroz V, Lucioni MC y cols. *Administración hospitalaria y de organizaciones de atención de la salud*. 1ª. Edic. Rosario: Corpus libros médicos y científicos, 2009.660p.26x18. ISBN 978-950-9030.79-4

3.6 Conclusión

En la sociedad contemporánea del conocimiento y el mundo globalizado del siglo XXI, para que la gobernabilidad de los hospitales contribuya a su consolidación y éxito en entornos altamente competitivos se requiere crear una buena estructura de gobierno corporativo. Las juntas directivas, como instrumentos de gobierno corporativo, pueden ser una buena solución a los problemas de agencia derivados de la separación en organizaciones hospitalarias entre la propiedad y el control.

Las administraciones y gerencias de hospitales vigentes se han basado en un modelo reductor y orientado a actuar en espacios internos casi siempre inmediatos, sin contemplar muchas veces el entorno ni considerar aspectos a mediano y largo plazo.

Con el paradigma de la complejidad se pretende crear otra conciencia administrativa y gerencial hospitalaria más integral, con la cual se elaboren políticas que ayuden a revitalizar el sistema. Cabe señalar que la administración y nuevas fronteras en el pensamiento y práctica de la administración hospitalaria gerencial de hospitales del presente no es asunto exclusivo de sus directivos, sino “propiedad” de un entorno global.

Las administraciones de hospitales no suelen ser jerárquicas, ni basarse del todo en etapas, ni en los niveles de autoridad, sino más bien en la coordinación, el conocimiento y la informática, hay horizontalidad. El paradigma de la complejidad tiene un gran número de posibilidades para mejorar la administración y gerencia hospitalaria, renovándola y haciéndola más eficiente y competitiva mediante el empleo de conocimientos para la planeación, dirección y evaluación, dentro de una visión holística.

3.7 Referencias

1. Álvarez Heredia F, Faizal Gea Gea E. *Gerencia de hospitales e instituciones de salud*. 1° Ed. Bogotá: EcoE Ediciones; 2013.
2. Maya Mejía J. M. *Gobierno corporativo en hospitales*. Rev. CES Salud Pub. 2011;Vol. 2(1): 91-101.
3. Sistema de Protección Social en Salud, *Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2da. ed. México: Secretaría de Salud, Colección Biblioteca de la salud, Fondo de Cultura Económica; 2006.
4. Fajardo Ortiz G. *Nuevas fronteras en el pensamiento y práctica de la administración hospitalaria*. Mesa Directiva de la Academia Nacional de Medicina de México 2014–2016; México: Inter-sistemas; 2018.
5. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/ANM-ADM-HOSP-BAJA.pdf> Nuevas exigencias en la formación de profesionales para la administración de hospitales. José Alejandro Amado de León, Fernando José Amado y Luarca en Nuevas fronteras en el pensamiento y práctica de la administración hospitalaria Guillermo Fajardo Ortiz Editor. pp 52-53.
6. Marco F, Aníbal Loguzzo H., Leonel Fedi J. *Gestión y Administración en las organizaciones: introducción*. 2a. ed. Florencio Varel: Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2016.
7. Robbins, Stephen P. y De Cenzo, David A. *Fundamentos de administración: conceptos esenciales y aplicaciones*. Pearson Educación, 2009.8. American Management Association. Critical skills survey, 2010.
8. Patricia Pavón León P, Gogeoascoechea Trejo M. C.: *La importancia de la administración en salud*. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. Vol. 4 N° 1. 2004.

9. Ruelas González M. G., Pelcastre Villafuerte B., *Perfil gerencial de los directivos de los servicios de salud*. Rev. de Esp. Médico-Quirúrgicas. 2010. Vol. 15(2): 59-64.
10. Hernández Rodríguez S. J., *Introducción a la Administración*. 5a. ed. México: McGraw-Hill; 2011.
11. Sánchez Guzmán M. I. *Indicadores de gestión hospitalaria*. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2008. Vol. 8(2): 132- 141.
12. SSA. *Innovaciones en gestión hospitalaria en México*. 1° Ed. México: Secretaría de Salud; ISBN: 970-721-373-6; 2008.
13. Lemus J., Aragües-Oroz V., Lucioni C. *Administración hospitalaria y de organización de Atención a la Salud*. 1° Ed. Argentina: Corpus editores. 2009.
14. SSA. *Sistema de Indicadores en el Sector Público*. Caso Práctico Seguro Popular de Salud. 1° Ed. México: Secretaría de Salud. ISBN 970-721-198-9. 2005.

CAPÍTULO 4

El administrador o gerente en los servicios de salud

Irma Pérez Contreras,¹ Lis Rosales Báez,¹ Daniel Alejandro Velasco Pérez,² Mario Moyotl Aguilar,³ Hilda Wendy Badillo Morales.³

¹Profesor investigador y docente de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana de Puebla. México.

³Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

4.1 Introducción

Se utiliza el término administrador o gerente de servicios de salud para referirse a todas las personas que administran los entornos de atención médica, ya sea una localidad (país, región, distrito, aldea, etc.) o una instalación (hospital, centro de atención ambulatoria, unidades médicas, programas, etc.). Esto incluye a la persona a cargo de la Autoridad Nacional de Salud (por ejemplo, el Secretario de Salud, Ministro de Salud, etc.) y todas las demás personas en los sistemas de salud que administran los recursos y, al hacerlo, son responsables de la toma de decisiones que pueden afectar los resultados en dicha área.¹

La mayoría de los gerentes o directivos de servicios de salud principalmente hospitalarios son médicos que han ido aprendiendo en el camino a administrarlos. Este aprendizaje empírico muchas veces es insuficiente para un buen manejo de los mismos. Si se quiere avanzar en materia de salud, una tarea pendiente es contar con un contingente importante de profesionales de la salud con las competencias necesarias. Esto hace cada vez más urgente y necesario el

proceso de profesionalización de los cuadros directivos y personal de apoyo en el sector salud en los diferentes niveles de atención (Trad. Pérez I. 2021).²

La administración en servicios de salud es cada día más necesaria en la atención directa y no directa a usuarios que demandan atención. Según lo definido por Buchbinder y Thompson (2010, pp. 33-34), los entornos de atención directa son “aquellas organizaciones que brindan atención directamente a un paciente, “Cliente que busca servicios de la organización”. Los entornos de atención no directa son aquellos que no participan directamente en la prestación de atención a personas que necesitan servicios de salud, sino que brindan el cuidado de las personas a través de productos y servicios disponibles para la atención (Trad. Pérez I. 2021).³

En este capítulo se abordan aspectos generales sobre las funciones del administrador o gerente en servicios de salud.

4.2 Historia

Los primeros administradores de hospitales fueron llamados directores de pacientes o superintendentes. En ese momento, muchas eran enfermeras que habían asumido responsabilidades administrativas. Más de la mitad de los miembros de la *American Hospital Association* eran enfermeras graduadas en el año 1916. Otros superintendentes eran médicos, laicos o miembros del clero. En Estados Unidos, el programa de otorgamiento de primer grado en Estados Unidos se estableció en la Universidad de Marquette en Milwaukee, Wisconsin. En 1927, los dos primeros estudiantes recibieron sus títulos. La idea original está acreditada al padre Moulinier, miembro de la Asociación del Hospital Católico (Trad. Pérez I. 2021).³

En 1933, el Colegio Americano de Administradores de Hospitales se formó y se convirtió en la primera asociación profesional

(ahora se llama Colegio Americano de Ejecutivos de Salud) (Trad. Pérez I. 2021).⁴

El primer programa moderno de gestión de sistemas de salud [...] se estableció en 1934 en la Universidad de Chicago. En ese momento, los programas se completaban en dos años: un año de estudios graduados formales y un año de prácticas. En 1958, el programa Sloan en la Universidad de Cornell comenzó a ofrecer un programa especial que requería dos años de estudio formal y que sigue siendo la estructura dominante en Estados Unidos y Canadá en la actualidad (Trad. Pérez I. 2021).^{4,5}

En la actualidad los hospitales se han considerado instituciones complejas donde no solo se debe garantizar la satisfacción de los usuarios sino además brindar seguridad y resolución efectiva de los problemas por los cuales los pacientes ingresan.

Por lo que administradores de servicios de salud deben asumir roles cada vez más grandes. Deben ser educados en recursos humanos, finanzas, contabilidad, recopilación de datos y marketing, así como su función principal: el cuidado de las personas. También deben ser defensores, árbitros y mediadores entre las organizaciones que afectan su buen funcionamiento, los derechos de los pacientes y los derechos del personal. También deben supervisar que la privacidad y la seguridad de sus sistemas se apliquen estrictamente y se actualicen de inmediato.

En otras palabras, la administración de la atención médica es un trabajo enorme que conlleva grandes riesgos y recompensas, pero mientras más personas educadas interesadas en el campo se comprometan, más estarán listas para los desafíos conocidos y desconocidos que seguramente vendrán.⁵

Algo que hace cada vez más urgente y necesario este proceso de profesionalización de los cuadros directivos en el sector salud es la transferencia de las competencias y responsabilidades de los

sistemas de salud a los gobiernos regionales y locales. Es evidente que en las regiones y municipios del país hacen falta esfuerzos de desarrollo de capacidades a todo nivel. Y el sector salud no escapa a esta situación.⁶

La visibilidad de la profesión de gerencia o administración dentro de la salud ha aumentado en los últimos años, debido en gran parte a los problemas generalizados que están teniendo los países desarrollados para equilibrar los costos, acceso y calidad en sus hospitales y sistemas de salud (Trad. Pérez I. 2021).⁵

El objetivo principal del gerente o administrador es obtener resultados. La tarea comienza con la identificación de necesidades, el establecimiento de objetivos y la selección de cursos de acción adecuados para minimizar las incertidumbres, la ejecución de acciones proactivas o correctivas, la evaluación de procesos y la motivación de las personas para el logro de objetivos. En cada una de estas etapas del proceso de gestión, el gerente o administrador debe tomar decisiones, liderar y tomar medidas.⁶

Por tanto, un administrador excelente es, por encima de todas las demás funciones, un líder y un tomador de decisiones aplicando un enfoque productivo basado en la premisa de que todos los insumos, procesos y los resultados son susceptibles de control cuantitativo y cualitativo.

El enfoque productivo considera la función gerencial como la relación entre planificación, ejecución y control para una toma de decisiones adecuada basada en la evidencia.⁶

El objetivo principal del gerente o administrador es obtener resultados. La tarea comienza con la identificación de necesidades, el establecimiento de objetivos y la selección de cursos de acción adecuados para minimizar las incertidumbres, la ejecución de acciones proactivas o correctivas, la evaluación de procesos y la motivación de las personas para el logro de objetivos.⁽¹³⁾ En cada una de

estas etapas del proceso de gestión, el gerente debe tomar decisiones, liderar y tomar medidas.⁷

Los administradores de servicios de salud pueden administrar un centro completo, un área o departamento clínico específico o una práctica médica para un grupo de médicos. Este campo también implica dirigir las modificaciones que se ajustan a los cambios en las leyes, regulaciones y tecnología de atención médica.⁸

El término más específico del gerente o administrador de Servicios de Salud designa a los responsables de la prestación de servicios sanitarios (nivel meso y micro) en redes e instalaciones sanitarias.⁹

La gestión se aprende haciendo, experimentando los desafíos y oportunidades del liderazgo,¹⁰ pero los mejores y más exitosos gerentes o administradores son profesionales reflexivos, profundamente conscientes de sus propios comportamientos, actitudes y acciones y su impacto en los demás y en la organización y son capaces de analizar y revisar críticamente su propia práctica y ubicarla en un contexto más amplio, enmarcado por teorías, modelos y conceptos apropiados.¹¹ Los futuros líderes de nuestros sistemas de atención médica deben poder integrar la teoría y la práctica y tener la capacidad de adaptación y flexibilidad que surgen de comprender realmente la naturaleza de la administración y el liderazgo.¹²

Una de las principales preocupaciones de todos los administradores o gerentes de atención médica dedicados a instituciones a nivel medio es tener éxito en el trabajo. Una de las principales preguntas que surgen es: ¿Los administradores de servicios de salud de nivel medio exitosos realmente utilizan las funciones clásicas de un administrador y en qué medida se utilizan? De hecho, se usan las funciones de un gerente, siendo la resolución de problemas la más comúnmente utilizada. Las funciones clásicas de un administrador también se usaron ampliamente, con la organización, coordinación, planificación y dirección como las cuatro funciones principales uti-

lizadas por los gerentes de servicios de salud. La comunicación oral y la resolución de problemas son temas principales.¹³

4.3 Administradores del hospital

Los administradores de hospitales son individuos o grupos de personas que actúan como el punto central de control dentro de los hospitales. Estas personas pueden ser clínicos anteriores o actuales o bien personas con otros antecedentes. Hay dos tipos de administradores: generalistas y especialistas. Los generalistas son personas responsables de administrar o ayudar a administrar una instalación completa. Los especialistas son personas responsables de las operaciones eficientes de un departamento específico, como el análisis de políticas, finanzas, contabilidad, presupuestos, recursos humanos o marketing.¹⁴

Las competencias requeridas involucran compromiso con credibilidad, creatividad y motivación en entornos de atención médica complejos y dinámicos.¹⁵

El rol apropiado de los profesionales médicos en el equipo de alta gerencia de un hospital es un tema controvertido. Claramente, el director médico juega un papel importante en el equilibrio entre el desempeño médico y financiero. Es sabido entre los médicos que la posición del director debe ser fuerte y en pie de igualdad con el administrador comercial. Los clínicos creen que relegando la función administrativa a otros puestos esto conllevaría a considerar aspectos financieros que tendrían como prioridad en la toma de decisiones la reducción de costos y los consecuentes efectos en el desempeño médico. Se desafía este punto de vista, presentando argumentos a favor de detallar que el director médico no sea colocando en una posición subordinada ya que esto puede llevar a un aumento de recursos y un desempeño médico no adecuado debido

a que este desempeño y el estado financiero son complementariedades estratégicas. Existe una amplia evidencia teórica y empírica para respaldar esta visión.¹⁶

Las decisiones estratégicas importantes necesitan un aporte directo de la función clínica principal.¹⁷ Por lo que el gerente como líder y responsable de la toma de decisiones finales, deberá continuamente ser informado por el profesional médico y a su vez el gerente al equipo de salud.¹⁷

El motivo de la mejora de los resultados es la interacción entre la variable clave del administrador “recursos por médico”, dado el desempeño del profesional, y la variable clave del profesional “rendimiento médico”, dados los recursos, en las funciones de utilidad del gerente y el médico. Por un lado, el gerente, aunque se enfoca en la situación financiera, está interesado, sin embargo, en un mejor desempeño médico y negocia éste, así como la dotación de recursos. Por otro lado, el médico, centrado en el rendimiento médico ajustado a la calidad, está interesado en aumentar los recursos, lo que le permitirá aumentar la calidad y el rendimiento médico o reducir su esfuerzo sin reducir la calidad de la atención.¹⁷

Varios estudios han investigado el impacto de las variables organizacionales o de equipo en el resultado profesional (Tucker, 2007),¹⁸ pero se sabe relativamente poco sobre los efectos simultáneos en varias variables de rendimiento, por ejemplo, en lo profesional y financiera. Tanto el desempeño profesional como el financiero mejorado pueden tener un impacto beneficioso en la calidad del servicio (Huckman y Pisano, 2006).¹⁹

Un gerente debe tener como rol principal el liderazgo. Sin embargo, la capacitación médica puede ser muy beneficiosa para el líder que no es médico ya que permite una interpretación efectiva de la función médica y ayuda a lograr la simetría de la información. Esto refina las opiniones expresadas recientemente por

Porter y Olmsted T. (2007),²⁰ quienes sostienen que el liderazgo de los médicos es esencial para mejorar el valor de la atención para los pacientes.^{21, 22}

4.4 Conclusión

Existe cierta evidencia de que el tiempo y el trabajo de los gerentes pueden influir en los resultados clínicos, los procesos y el rendimiento de calidad y seguridad. Sin embargo, hay una escasez de estudios empíricos, debilitados por la falta de medidas de resultado objetivas y poca evaluación de las acciones reales emprendidas.¹

4.5 Referencias

1. Tobar F. *Modelos de gestión en salud 2002*. Buenos Aires. Argentina. Edit. Medwave. pp 101.
2. Thompson JM, Buchbinder SB, Shanks NH. *An Overview of health care management. Buchbinder SB. Introduction to Health Care Management* (Trad. Pérez I. 2021) (USA). Edit. Kindle, Third Edition. ISBN 9781284081015 | 2017 | 676 pages.
3. Buchbinder S, Thompson J. *Career Opportunities in Health Care Management: Perspectives from the Field* (Trad. Pérez I. 2021). (USA). Edit. Kindle. First Edition. 22 oct. 2010. 252 páginas.
4. Cfr. Stevens, R. (1999). "*In sickness and in wealth: American hospitals in the twentieth century*" (Trad. Pérez I. 2021). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
5. Cfr. Healthcare Administration Guide | *All Allied Health Schools*. The History of Healthcare Administration. <https://www.allalliedhealthschools.com/specialties/health-care-administrator/>

6. Pan American Health Organization. *Productive Management Methodology for Health Services – Introduction* (Trad. Pérez I. 2021). Washington, D.C.: PAHO, © 2010 ISBN: 978-92-75-13151-0
7. Asenjo S., Miguel Ángel. *Gestión Diaria del Hospital*. Mason 3rd Edition. Barcelona, Spain 2006. Documento general. Pan American Health Organization. “Productive Management Methodology for Health Services – Introduction” Washington, D.C.: PAHO, © 2010 ISBN: 978-92-75-13151-0.
8. Manual de Perspectivas Ocupacionales en bls.gov
9. Pan American Health Organization, “Productive Management Methodology for Health Services – Introduction”, Washington, D.C.: PAHO, 2010, ISBN: 978-92-75-13151-0 Series:
10. Mintzberg H. *Diseño de organizaciones eficientes /*; traducción de Roxana M. Capmany de Frasch. Edición: 2a ed., 2a reimp. Información de la publicación: Buenos Aires: El Ateneo, 2004. ISBN: 9789500236409
2 Haddock, Cynthia Carter “A Brief History of Healthcare Management” Archived 2012-09-04 at the Wayback Machine, 2002.
11. Peck B. *Los enfoques metodológicos y la administración pública moderna*, Cinta de Moebio, núm. 27, diciembre, 2006, pp. 34-42. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
12. Peck, E. (2004) *Organizational Development in Healthcare: Approaches, Innovations, Achievements*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
13. Timmreck TC1. *Use of the classical functions of management by health services midmanagers*. Health Care Manag (Frederick). 2000 Dec;19(2):50-67.
14. “Health Care Administrator”. Archived from the original on 2 July 2012. Retrieved 11 September 2012.

15. National Center for Healthcare Leadership Competency. Model Archived copy (PDF). The original on 2017-01-18. Retrieved 2016-10-22.
16. An Economic Model Ludwig Kuntz§ & Stefan Scholtes§§. The Role of Medical Professionals in Top Management Teams of Healthcare Organisations: . January 2008.
17. *The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals*. Authors Kathryn A. Marley, David A Collier, Susan Meyer Goldstein Publication date 2004/8 Journal Decision Sciences Volume 35 Issue 3. pp. 349–369.
18. Tucker AL. Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units Article in Management Science · June 2007 DOI: 10.1287/mnsc.1060.0692 · Source: DBLP.
19. Huckman RS, Pisano GP. The Firm Specificity of Individual Performance Article in Management Science · April 2006 DOI: 10.1287/mnsc.1050.0464 · Source: DBLP
20. *Redefining Health Care: Creating Value. Based Competition on Results*, by Michael E. Porter and Elizabeth Olmstead Teisberg, Boston, MA: Harvard Business School Press, 2006, pp. 506.
21. Kuntz, L. and Scholtes, S. *The role of medical professionals in top management teams of healthcare organisations: an economic model*. Working Paper Series. 01/2008.
22. *An Economic Model*. Ludwig Kuntz§ & Stefan Scholtes§§. The Role of Medical Professionals in Top Management Teams of Healthcare Organisations. January 2008.

CAPÍTULO 5

Los servicios de salud en México. Una propuesta hacia el futuro

Irma Pérez Contreras,¹ María de la Luz del Carmen Pérez Chalini,² Angélica María López Baqueiro,² Norma Pérez Contreras,³ Juan José Martín Cruz Contreras.²

¹Profesor Investigador y docente de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, de la Facultad de Medicina de la BUAP.

²Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Medicina de la BUAP.

³Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 1. IMSS. Puebla.

5.1 Introducción

La proyección del Gobierno Federal en México para el año 2024 es que todas y todos los habitantes puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos. Esta proyección se ha acompañado con la firma de acuerdos, convenios y declaraciones a través de organismos internacionales.¹

El acceso a medicamentos y tecnologías seguros, de calidad y costos efectivos constituyen un requisito esencial para lograr la salud universal, que los países del mundo se comprometieron a alcanzar para 2030.

En este contexto en el mes de abril del año 2019 se firmó la declaración de intención para su adhesión a los fondos Rotatorio y Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por el Secretario de Salud de México y la OPS, esta declaración

integra los mecanismos para realizar compras conjuntas de vacunas, medicamentos y otros productos médicos de calidad a precios competitivos.²

Los fondos de la OPS están dirigidos a apoyar a la compra de suministros estratégicos y medicamentos asegurando la transparencia en dichos procesos sustentados en los principios de solidaridad y panamericanismo.

La compra a gran escala ha permitido acceder a precios más bajos productos que cumplen con estándares internacionales de seguridad, eficientes y de calidad.³

El fondo rotatorio de la OPS durante varios años (35 años) ha apoyado fuertemente a países de las Américas protegiendo a su población de enfermedades graves como la poliomielitis, fiebre amarilla, sarampión, rotavirus, virus del papiloma entre otras. El apoyo es mediante la adquisición de vacunas y suministros a precios más bajos que en el mercado común.

Otro apoyo que oferta el fondo rotativo de la OPS está enfocado al apoyo técnico para garantizar el uso racional de los recursos, la planificación de la demanda y la garantía del abastecimiento continuo.³

El fondo estratégico de la OPS está dirigido a alcanzar la salud universal. Su función consiste en apoyar técnicamente para compras conjuntas de medicamentos básicos y suministros dirigidos a la salud pública. Este fondo está dirigido a fortalecer los sistemas de gestión de abasto de suministros estratégicos y evitar el desabasto de los mismos en los países de las Américas.⁴

El procedimiento para la adquisición de productos a través del fondo estratégico de la OPS es mediante una cotización de la compra y el depósito de los fondos es directamente a la OPS.

Esta cotización incluye también el flete y seguro y un 4.25% de cada compra va dirigido a gastos de administración, 1.25% y un 3%

destinado para la cuenta solidaria dirigida a financiar las líneas de crédito.^{4,5}

El “PQS devices catalogue” del Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS, Calidad, Normas y Seguridad da información de los equipos precalificados para el Programa Ampliado de Inmunización (EPI), es un catálogo que incluye detalles de todos los productos relacionados con la inmunización actualmente precalificados por la OMS para la adquisición por parte de los organismos de las Naciones Unidas. El catálogo es producido y mantenido por el grupo de Calidad, Seguridad y Estándares en el Departamento de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos de la OMS, Ginebra. Reemplaza las antiguas hojas de información de productos de la OMS / UNICEF (PIS) Hojas de Información del Producto, inglés PIS, cuya última edición se publicó en el año 2000..

Ahora solo los productos incluidos en el catálogo de PQS se recomiendan para ser comprados por las agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).⁵

Anteriormente, el PIS solo estaba relacionado con el equipo para el (EPI). A partir de la edición 1993/1994 se amplió el alcance. En la última edición incluye equipos del programa para reducir las infecciones respiratorias agudas (IRA), así como equipos para campañas de emergencia y para otras iniciativas de atención primaria de salud. Las especificaciones de rendimiento y los protocolos de verificación de PQS se han ido incorporando categoría por categoría desde 2006. Hay muchas especificaciones nuevas y las antiguas especificaciones de PIS y los procedimientos de prueba también se han reemplazado. Una vez que se ha publicado una especificación PQS, a los fabricantes se les otorga un periodo de transición para cumplir con las nuevas normas. Cada vez que un nuevo producto está precalificado, se publica una hoja de datos en el sitio web de PQS.⁶

En el año 2017 se firmó el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios, entre el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE nacionales. El acuerdo estuvo enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018, sustentado en la meta nacional “*México incluyente*” que establece que “para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos es necesario ir más allá del asistencialismo y conectar el capital humano con las oportunidades que genere la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas como factor de cohesión y ciudadanía”.

Y sustentado en el programa sectorial de salud 2013-2018 que establece como parte de sus objetivos, estrategias y líneas de acción el asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante la utilización de todos los recursos al alcance del estado para la población de acuerdo con una atención integral con calidad técnica e interpersonal que permita responder a sus necesidades. Surgiendo de este acuerdo firma de convenios específicos con nueve entidades federativas para dar inicio a esta política y que son: Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Tabasco, Querétaro, Durango, Baja California Sur, Sinaloa y Yucatán.⁷

El Plan Nacional de Salud 2019-2024 actual tiene como objetivo general, hacer efectivo el artículo 4º constitucional, el cual versa de la siguiente manera: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” mediante los siguientes objetivos específicos: Servicios de Salud y Medicamentos

Gratuitos, Federalizar los sistemas estatales de Salud, Implementar el modelo de APS-I, Reorganizar la regulación sanitaria, Fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora.^{8,9}

En el corto plazo de este Plan se implementará el abasto de medicamentos, mantenimiento de inmuebles, como hospitales y de los centros de salud que estén en condiciones precarias, mantenimiento de equipo, contratación de personal necesario. A mediano plazo, a dos años, ampliación de la infraestructura, sistema de control en tiempo real de abasto de medicamentos e insumos, mantenimiento preventivo de unidades y equipo.⁹

La Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos sustituye al Seguro Popular y requiere una reforma de la Ley General de Salud. La prestación gratuita de servicios médicos y medicamentos incluye a los 21 hospitales e institutos operados por la SSA federal.⁹

Con respecto a la federalización de los servicios de salud, se iniciará en 8 estados de la República en los cuales se va a suscribir un convenio con cada uno de ellos para que la Federación se haga cargo del sistema de salud. Las entidades donde arrancará este programa serán Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.¹⁰

Se federalizarán los Sistemas Estatales de Salud en un lapso de dos años (2019-2020). El Secretario de Salud federal nombrará un responsable directo para la operación de los servicios en cada estado.⁹

El Modelo de Atención Integral de Salud APS-1, bajo las directrices que establece el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018¹⁴ y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA),¹⁷ se incorporarán los avances y lecciones aprendidas de modelos desarrollados con anterioridad (de 1985 a 2014), a nivel federal y estatal, por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud.^{11,12,13}

Este nuevo modelo que ya se ejecuta en varios estados, es una expresión de los múltiples elementos y relaciones que tienen su

lugar en la realidad, en la cual confluyen todas las funciones de los sistemas de salud y cuya complejidad solo puede concebirse desde una perspectiva integradora, por eso, se conceptualiza desde la función rectora y se fortalece con su implementación. Su objetivo es: “Contribuir a homogeneizar los servicios y prácticas del Sector Salud, así como optimizar la utilización de los recursos y la infraestructura en salud incentivando los mecanismos y procesos de la participación ciudadana democrática, para avanzar hacia el acceso efectivo y universal a la protección de la salud”.¹¹

Sus valores y principios son: Derechos humanos, Equidad, Género, Protección financiera, Justicia social e Interculturalidad y los aspectos fundamentales que lo conceptualizan son:

- El desarrollo del derecho a la salud respaldado por los deberes ciudadanos para la conservación de un buen nivel de salud.
- La identificación de las necesidades sociales y de salud y no exclusivamente de los problemas de salud de la población, con énfasis en la detección de las desigualdades en salud.
- La visión integral de las personas y las familias con el ambiente laboral, escolar y comunitario.
- La renovación organizativa y gerencial para la prestación de los servicios de salud, prioritariamente, a nivel municipal.

Las cuatro estrategias a ejecutar en el modelo son: 1) La renovación de la atención primaria de salud (APS). 2) El reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). 3) El desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). 4) La participación ciudadana. Resulta impostergable precisar y reforzar el vínculo entre estos tres pilares: la participación ciudadana, la participación social y la participación comunitaria. Todo lo expuesto, se tuvo en cuenta en el diseño del nuevo modelo de atención de salud en México.¹⁴

5.2 Reorganizar la regulación sanitaria

La regulación sanitaria se define como el conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el gobierno mexicano, para normar y controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, los establecimientos, las actividades, los productos, los equipos, los vehículos y las personas que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general, así como a través de prácticas de repercusión personal y colectiva.

La regulación sanitaria ha tenido especial significado por constituir una de las funciones sustantivas de la SSA, especialmente porque hasta antes del cambio su papel se había restringido a la realización de actividades de vigilancia y control sanitarios, fundamentalmente mediante el otorgamiento de autorizaciones sanitarias. Sin embargo, actualmente se caracteriza por la conformación de un espacio donde se adicionan nuevos conceptos de regulación y fomento sanitarios a los tradicionales de control y vigilancia, con objeto de mejorar la calidad de los servicios, dotándolos de bases científicas y de procedimientos técnicos y administrativos modernos y eficientes.

La Ley General de Salud, los reglamentos de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios y de control sanitario de la publicidad, así como el cuerpo de normas, constituyen el marco que finca la naturaleza y alcances de la regulación sanitaria. En México la regulación sanitaria presenta características inherentes a su naturaleza, que la distinguen de otros campos de la salud pública; éstas son:

- Es una función de gobierno cuyo diseño, normatividad y conducción es responsabilidad exclusiva de la SSA, en tanto que su ejercicio se realiza mediante la aplicación de un modelo en el que se coordinan, complementándose, las acciones federales, estatales y

municipales y se propicia la participación de los sectores social y privado, en las concertaciones que hagan posible el cumplimiento y adecuada cobertura de los programas.

- La regulación sanitaria protege la salud en tres vertientes principales: por un lado, mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud, en especial de los derivados de la fabricación, distribución, comercialización y consumo de productos, insumos, bienes y servicios; por otro, al detectar y prevenir el deterioro de los ecosistemas y, finalmente, en el papel que juega para abatir los riesgos y daños a la salud que se generan en el ámbito ocupacional.
- Los efectos de la regulación sanitaria inciden en el beneficio colectivo, sin distinguir a los individuos o sectores específicos de la población, mejorando con ello, de manera directa, el nivel de bienestar social.⁴ La regulación sanitaria influye directamente en el desarrollo socio-económico del país, a través de la normalización, verificación y orientación de los diversos procesos productivos y de comercialización, con lo que se asegura la aplicación de procedimientos uniformes en la certificación, la inocuidad de los productos e insumos y la calidad sanitaria de los bienes y servicios.
- La regulación sanitaria busca e interviene en la concertación de acciones con los sectores social y privado para procurar directa e indirectamente que la producción, distribución y comercialización de bienes, insumos y servicios, cumplan con los requisitos sanitarios que garanticen la mínima exposición de daños a la salud.
- La regulación sanitaria promueve, entre la población, el autocuidado de la salud, modificando patrones de conducta inadecuados, particularmente en el ámbito del saneamiento básico y en el de la publicidad de productos y servicios.
- La regulación sanitaria contribuye al fortalecimiento de la atención primaria de la salud y, por ende, a la disminución de infraestructuras complejas y costosas dedicadas a la atención de la salud.
- La regulación sanitaria promueve la coordinación intersectorial para reforzar la capacidad normativa, técnica y de concertación del

Estado, a fin de garantizar el cumplimiento de las políticas, programas y proyectos enmarcados en el Plan Nacional de Desarrollo.

El esquema de modernización de la regulación sanitaria desarrollado por la SSA se sustenta en las recientes modificaciones a la Ley General de Salud y se encamina al establecimiento de un modelo ágil, sencillo, transparente, eficaz y con bases científicas y procedimientos técnicos modernos y confiables.¹⁵

5.3 Fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora

La industria farmacéutica es un sector prioritario para México. La salud de la población requiere de productos que generen resultados favorables, innovadores, económicamente viables, empresas sólidas y flexibles para adaptarse a un entorno dinámico y volátil, que tenga bajo supervisión los procesos operativos y aseguren un control de riesgos de distinta índole tanto regulatorios como de fraude entre otros; que puedan maximizar sus posiciones fiscales y estructuras desde las administrativas hasta las de producción y comerciales.¹⁶

De los retos se pueden contemplar los siguientes:

Sostenibilidad de la fabricación de medicamentos genéricos ante el vencimiento de patentes para innovadores, de tal forma que se mantenga un balance sensible entre ambos productos.

Ampliar la supervisión en materia de compras consolidadas de productos, de manera que se cuiden aspectos de calidad y suficiencia de productos con relación a la sostenibilidad financiera tanto de las instituciones adquirientes como de los fabricantes y distribuidores.

Impulsar la medicina basada en evidencias para cuidar el aspecto técnico y científico operativo en la aplicación de guías diagnóstico-terapéuticas para apoyar en la madurez de nuestro sistema de

salud, en materia de costo efectividad de la atención y acceso a servicios de alto impacto social.

5.4 Programa IMSS-BIENESTAR

Es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales donde el Programa se constituye en el referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

IMSS-BIENESTAR al dirigirse a la población que carece de seguridad social, se inscribe en el marco del Sistema de Protección Social en Salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 16 Transitorio del Decreto presidencial por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003.

Los recursos con los que opera provienen del Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” y constituyen un subsidio federal. Su administración se realiza con independencia en su manejo y operación, a través de la Unidad del Programa IMSS-BIENESTAR, en coordinación con las Direcciones de Finanzas y Administración, así como, con las Delegaciones del IMSS. Asimismo, la contabilización específica de los ingresos y gastos del Programa se realiza por las referidas Direcciones normativas y las Delegaciones del IMSS en las que el Programa tiene presencia, por separado de la contabilidad general del IMSS, en total apego a las disposiciones contenidas en la Ley del Seguro Social, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (RLFPRH), Presupuesto

de Egresos de la Federación (PEF) aprobado anualmente, así como en el Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal y en los Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, publicados en el DOF del 22 de febrero de 2016.

Adicionalmente, IMSS-BIENESTAR recibe recursos provenientes del Ramo 12 “Salud”, para otorgar el Componente Salud a las familias beneficiarias del Programa PROSPERA Programa de Inclusión Social, dependiente de la Secretaría de Bienestar. Este monto es determinado en función del padrón de familias beneficiarias registrado por la Coordinación Nacional de PROSPERA.

Como parte del Sistema Nacional de Salud, IMSS-BIENESTAR contribuye a garantizar la universalidad del derecho constitucional a la protección de la salud para la población beneficiaria del Programa.¹⁷

El programa IMSS BIENESTAR tiene como objetivo general “Contribuir a cerrar brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, otorgando atención a población sin seguridad social, mediante un Modelo de Atención Integral a la Salud que vincula los servicios de salud y la acción comunitaria, en las entidades donde el Programa tiene cobertura”. El Programa desarrollará estos objetivos mediante los componentes de: Salud Pública, Atención a la Salud, Acciones Comunitarias, Salud de PROSPERA y de Contraloría Social y Ciudadanía en Salud. Lo anterior, en un marco de respeto a los derechos humanos, con Perspectiva de Género y con Enfoque Intercultural en Salud a la población usuaria. Dentro de sus objetivos específicos se establece:

Realizar las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y salud pública de acuerdo al Programa Sectorial de Salud 2019-2024.

- Otorgar servicios de salud ambulatorios y hospitalarios y los medicamentos asociados, con calidad y efectividad a la población del ámbito de responsabilidad del Programa, en las unidades de primer nivel (UMR, UMM, UMU, CARO y BS) y segundo nivel de atención (HR), con Enfoque Intercultural en Salud.
- Proporcionar el Componente Salud a la población beneficiaria de PROSPERA y los medicamentos asociados, así como la entrega del suplemento alimenticio.
- Desplegar iniciativas comunitarias para la mejora de la salud de las personas y de la comunidad, en el universo de trabajo presente del Programa, a través de la Organización Comunitaria. Apoyar a las personas sanas o enfermas que acudan a la unidad médica para diferentes necesidades de atención o vayan a ser hospitalizados con la estancia en Albergues Comunitarios tutelados por IMSS-BIENESTAR.

Fomentar la participación ciudadana y la contraloría social, a través del Aval Ciudadano, con la finalidad de dar seguimiento a la calidad en la prestación de los servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios, sus inconformidades y quejas y formular propuestas para la mejora continua de los establecimientos médicos del Programa.¹⁷

5.5 Conclusión

El sistema de salud en México es complejo y atiende de manera diferenciada a la población, con un financiamiento desigual. Lograr que toda la población mexicana esté afiliada a una institución de salud, no necesariamente implica que se alcanzó una cobertura universal. Para

ello es necesario considerar además de la afiliación, el gasto que se destina y los distintos servicios que ofrece un subsistema. Visto desde otra perspectiva, la población deberá estar en posibilidades de hacer uso de servicios de salud de calidad cada vez que así lo necesite. A pesar de los esfuerzos por alcanzar la universalidad en salud, aún hay mucho por hacer.^{18,19}

5.6 Referencias

1. Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 2019-2024*, México.
2. OPS. México firma declaración de intención para su adhesión a los fondos de la OPS para la compra de medicamentos y vacunas. Ciudad de México, 10 de abril de 2019.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1429:mexico-firma-declaracion-de-intencion-para-su-adhesion-a-los-fondos-de-la-ops-para-la-compra-de-medicamentos-y-vacunas&Itemid=499
3. Fondo Rotativo de la OPS.
<https://www.paho.org/es/fondorotatorio>
4. OPS/OMS. *Fondo Estratégico OPS*.
[www.paho.org/fondo estratégico](http://www.paho.org/fondo%20estrat%C3%A9gico)
5. PQS catalogue.
https://apps.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pqs_catalogue/index.aspx
6. OMS. *Product Information Sheets (PIS)*. WHO, 2000.
https://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pis/en/
7. Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios. IMSS, SSA, ISSSTE. 3 de marzo del 2017, San Luis Potosí, México.

8. Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios. IMSS, SSA, ISSSTE. 3 de marzo del 2017, San Luis Potosí, México.
9. Alcocer Varela J. C. *Proyecto Plan Nacional de Salud 2019-2024*, Secretaría de Salud. Enero 2019.
10. Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio de Servicios. IMSS, SSA, ISSSTE. 3 de marzo del 2017, San Luis Potosí, México.
11. Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Presidencia de la República. México: Poder Ejecutivo Federal: 2018.
12. Secretaría de Salud. *México Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México: Secretaría de Salud.; 2013. Acceso 23/03/2014. Disponible en: www.hraei.gob.mx/doc/2013/prog_sectorial_salud.pdf
13. *Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaría de Salud de México: Secretaría; 2015. De próxima aparición.
14. Hilda Santos Padrón,¹ Natalí Limón Mercado.² *The right to health in the new Comprehensive Health Care Model in Mexico*. Revista cubana de salud pública, vol. 44, no. 3 (2018).
15. Juan López M. *La regulación sanitaria en México y el tratado de libre comercio*. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 617-623, nov. 1994. ISSN 1606-7916. Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>>
16. Cofepris, 2015.
17. Acuerdo mediante el cual se establecen las reglas de operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2019. Diario Oficial de la Federación. 27 02 2019, República mexicana.

18. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. *Sistema Universal de Salud: Retos de cobertura y financiamiento en México.*
<https://es.scribd.com/document/381011114/Sistema-Universal-de-Salud-Retos-de-cobertura-y-financiamiento-en-Mexico>
19. Foro Forbes, 2019.

CAPÍTULO 6

Ética y responsabilidad social en la administración de servicios de salud

Irma Pérez Contreras,¹ Eva de la Luz Méndez Hernández,¹ María Fernanda Renaud Calderón,² Thalía Briones Sánchez,² Norma Pérez Contreras.³

¹Profesora investigadora y docente de la Maestría en Administración de Servicios de Salud (MASS) de la Facultad de Medicina de la BUAP.

²Alumna de la Maestría en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Medicina de la BUAP

³Médico Familiar, UMF 1 DEL IMSS, Puebla.

6.1 Introducción

Dentro de las organizaciones y empresas hay personas que ejecutan decisiones importantes, uno de ellos es el administrador, gerente o directivo encargado de la planificación, organización, dirección y control de los recursos de una organización, con el fin de obtener el máximo beneficio posible dependiendo de los fines requeridos por la organización.

Los cambios, modificaciones y actualizaciones en esta época han tenido efectos decisivos dentro de las organizaciones y asimismo en sus estrategias, las cuales en alguna medida repercuten en ellas, esto en referencia y específicamente en lo externo es decir en lo social y ético, los cuales influyen directamente en el administrador, en las decisiones y acciones en la organización.

Los administradores, gerentes o directores en sus funciones se desenvuelven en una sociedad plural donde se ven reflejados los in-

tereses propios de las organizaciones y los principios éticos y valores morales que forman parte de su formación profesional y personal y que en dichas funciones no necesariamente se contraponen en la toma de decisiones y en la dirección para llevar a las organizaciones al éxito total. “Existen muchos problemas en las organizaciones que no se resuelven a golpe de normas [...] sino que requieren también grandes dosis de auto vinculación, compromiso personal y colectivo y responsabilización”.¹

“En muchos de estos casos los directivos o agentes públicos no actúan movidos por ningún tipo de sanción externa sino guiados principalmente por su libertad interna y sus convicciones morales porque han recuperado el sentido de sus actividades y conocen sus bienes internos”.¹

6.1.1 La ética y la moral

Comúnmente se utiliza el concepto de la ética para definir al comportamiento humano en su totalidad, sin antes hacer una reflexión seria sobre los componentes clave de este concepto. Boff menciona que la razón y la pasión son determinantes en la ética de un individuo, toda vez que la razón sienta sus bases tanto en el afecto (valores y pasión) como en el espíritu (contemplación y conciencia). Así, se vuelve indispensable equilibrar las fuerzas de la pasión y de la razón para evitar caer en excesos de un lado o del otro. La razón pura, sin indicios de pasión tiende a caer en la tiranía y la rigidez, mientras que la pasión sin razón, tiende a convertirse en hedonismo e impulsividad, sin disciplina ni rigor.²

La razón ayuda a clarificar, ordenar y disciplinar a la pasión, cuando se encuentra el equilibrio puede el individuo alcanzar un autodesarrollo que paulatinamente puede llevarlo a una actuación ética o al desarrollo de la virtud.³

La ética se refiere a aquellos principios y valores fundamentados en concepciones sobre lo que es la vida y el ser humano y la moral son las costumbres, hábitos y acciones culturales aprendidas durante la vida y que rigen el actuar de las personas. Por lo que la moral es aquella que conforma el carácter y el perfil de las personas la conforma la ética.^{4,5}

Muchas veces una definición no adecuada de estos conceptos puede ser utilizada para realizar acciones no éticas. En sistemas capitalistas donde los negocios y la plusvalía imperan pueden condicionar acciones lejos de la ética.²

6.2 Responsabilidad Social rs

La Responsabilidad Social (RS) debe estar definida por las instituciones mediante normas y procedimientos con el objetivo de encausar la sensibilidad social tanto de la institución como de sus trabajadores.⁶

La RS ha evolucionado al parejo de otros aspectos de la gestión organizacional con los que se encuentra estrechamente ligado, como son la ética, grupos de interés, liderazgo, comunicación, cultura organizacional, entre otros; así como ha superado el paradigma tradicional de su aplicación únicamente en el contexto empresarial.

El término de Responsabilidad Social, aunque con otros antecedentes reconocidos en la literatura, es abordado con mayor fuerza en el mundo empresarial durante las dos últimas décadas del siglo XX, en relación con el término de sostenibilidad, comenzándose a reconocer la necesidad de una “ciencia de la sostenibilidad” debido a “la creciente gravedad del conjunto de problemas socio-ambientales que han conducido a hablar de emergencia planetaria”, bajo un enfoque sistémico de interrelaciones entre los sistemas humano y natural.⁷

Las publicaciones sobre las prácticas de RS en la administración en organizaciones de salud no son muy abundantes. Sin embargo, se logran determinar algunas regularidades como la convergencia entre la naturaleza del servicio de salud con el concepto de RS, a partir del desarrollo de aspectos culturales en las organizaciones, éticos y ambientales, así como el necesario control social para lograr cobertura y calidad en el servicio a la sociedad.⁶

En el ámbito de desarrollo de las políticas públicas, la implementación de la RS viene a marcar ciertas restricciones a la libre actuación de la empresa en el marco del libre mercado. A su vez, se ha ido comprendiendo por parte de los empresarios de acuerdo a reglas claras y transparentes que, en ocasiones, la RS será una forma de “obligarle” a cumplir con ciertas pautas establecidas por la política pública, como demuestran en su estudio Fernández, Calero, Parra, Fernández.⁸

Si bien la RS se ha incorporado al lenguaje de las empresas y, por extensión, al de las administraciones públicas, universidades y, en general, a cualquier tipo de organizaciones públicas o privadas, no logra aportar la credibilidad y confianza que se espera de este compromiso por los impactos generados, por la integración entre el beneficio social, económico y medioambiental. De hecho, existe toda una corriente que propone su abandono, mostrando así no sólo el escepticismo sino incluso el rechazo directo hacia la idea de la responsabilidad social y su posible gestión.⁹

Si bien, las críticas expuestas no se dirigen al concepto de responsabilidad social, sino a su uso meramente instrumental y manipulación como mera cosmética y blanqueo de imagen. La cuestión no radica en cuándo y cómo abandonar el concepto y buscar sustitutos, sino en diferenciar de forma clara y contundente entre un uso ético y uno estratégico de la responsabilidad social y comunicación.

Lo mismo ocurre con las organizaciones, también dependen de esta capacidad de respuesta ante las expectativas legítimas de la sociedad para mantener y afianzar su credibilidad social. Parte de estas expectativas tienen un carácter moral, pues se refieren al reconocimiento y consideración de los demás como personas con igual dignidad, merecedoras de reconocimiento y respeto. La ética se encarga de explicitar y justificar y, en el caso de las éticas aplicadas, de llevar a la práctica estas expectativas y presupuestos morales.^{10,11}

Se han propuesto conformar comités de ética donde su comprobación y verificación dependería de las auditorías de ética que, necesariamente, debe ser externa a la organización. Esta se justificaría desde la exigencia de transparencia y participación que subyace al acuerdo posible de todos los grupos de intereses.^{12,13}

Modelos de responsabilidad social en la administración de servicios de salud se han propuesto como es el caso de acompañamiento, mediante voluntariado social, a pacientes susceptibles de alta hospitalaria, ya sea solo por alta a domicilio, o porque el paciente, dado su cuadro clínico, reciba el alta en condiciones de hospitalización a domicilio en caso de España. Entre sus objetivos generales se pretende, por un lado, humanizar la atención al paciente y mejorar su satisfacción, así como la de su familia y las personas de su entorno y, por otro, fomentar el sentimiento de pertenencia de los profesionales en relación con la organización, impulsando el compromiso con los valores éticos.¹⁴

6.3 La ética del administrador

La ética del administrador influye en una amplia gama de decisiones y acciones en la organización. Barry Posner distingue algunos factores que inciden en las decisiones referentes a problemas éticos:

- La meta suprema de los gerentes es hacer eficaz su organización
- La integridad es la característica más estimada por los gerentes en todos los niveles.
- La mayor parte de los gerentes buscan el consejo de otros cuando afrontan dilemas éticos.

Saul Gellerman sugiere lo siguiente para establecer principios de ética en una organización: Ofrecer normas claras para la conducta ética. Enseñar normas éticas y su importancia. Fijar controles (establecer auditorías que reporten a los auditores externos) que analicen hechos ilegales o poco éticos. Realizar auditorías frecuentes e imprescindibles. Castigar a los transgresores en forma significativa y difundir la información a fin de disuadir a otros. Hacer hincapié regularmente que la lealtad hacia la empresa no disculpa las acciones y/o conductas indebidas.¹⁴

Las organizaciones compiten para obtener información, influencia y recursos. Por tanto, qué criterios deben guiar la conducta ética. Son varias las teorías morales en el campo de la ética normativa: primero, la teoría utilitaria la cual sugiere que los planes y acciones deben producir el máximo bien para el mayor número de personas. La segunda, se fundamenta en los derechos y sostiene que todas las personas tienen derecho a la salud, la libertad de expresión, etc. Tercero la teoría de la justicia la cual exige que quienes tomen las decisiones estén guiados por la justicia equidad e imparcialidad.

Los administradores y en particular, de alto nivel, tienen la responsabilidad de crear un medio organizacional que fomente la toma de decisiones en forma ética mediante la institucionalización de esa conducta; con esto nos referimos a la aplicación e integración de los conceptos éticos a las acciones cotidianas.

La manera más común es el establecimiento de su código de ética, el cual podemos definir como declaración de políticas, princi-

pios o reglas que norman la conducta de todos los empleados de las organizaciones y en la vida cotidiana. A fin de que los códigos de ética sean eficaces, deben tomarse medidas para su aplicación. Los administradores poco éticos deben ser señalados como responsables por sus acciones (retirar privilegios y beneficios).¹⁵

6.4 Conclusión

Desde un punto de vista de un administrador, la ética puede verse como “las reglas o normas que gobiernan la conducta moral de los miembros de la administración de una empresa o institución”.

El administrador debe vivir y practicar con el ejemplo, es más, debería hasta reflejarse la cuestión ética y que en una dificultad sus principios morales y éticos se vean reflejados ante tal situación por más dura que sea, de esta manera las empresas y organizaciones tendrán una sólida estructura en cual confiar además de que sus empleados realicen con más confianza y esmero al 100% el trabajo diario, trayendo así como consecuencia grandes logros y conquistando metas importantes en el mundo empresarial.¹⁶

6.5 Referencias

1. *Repensar el paper del gestor público en el siglo XXI*. Actes del I Congrés Català de Gestió Pública; 2002 Sep 26-27; Barcelona, ESADE; 2003
https://eapc.gencat.cat/web/.content/home/publicacions/col_leccio_materials/19_repensar_el_paper_del_sector_public_en_el_seggle_xxi_actes_del_i_congres_cat/19_materials_i_congres_gp.pdf
2. Cfr. Cuevas Moreno Ricardo, Rébeca Rodríguez Minor. *Responsabilidad social y ética profesional en la gestión de la administración*

- pública y empresarial*. Pensam. Gest. No.42 Barranquilla. 2017.
<https://doi.org/10.14482/pege.42.10452>
3. *Op cit.*
 4. Ricoeur, Paul, 2002: “*Ética y moral*”, en C. Gómez (comp.), Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX Madrid, Alianza.
 5. Gustavo Ortiz Millán. *Sobre la distinción entre ética y moral*. On the Distinction between Ethics and Morality, Isonomía no. 45 México, oct. 2016.
 6. Terán GJ, Montenegro BL, Bastidas JL, Realpe IA, Villarreal FJ, Fernández A. *Análisis crítico de la responsabilidad social en entidades de salud*. Rev Cubana Invest Bioméd. 2017: vol. 36 no.1.
 7. Vilches A, Gil-Pérez D. *La Ciencia de la Sostenibilidad: una necesaria revolución científica*. Ciencias de la Educación Baurú. 2016; 22(1):1-6.
 8. Fernández A, Calero S, Parra H, Fernández R. *Corporate social responsibility and the transformation of the productive matrix for Ecuador sustainability*. Journal of Security and Sustainability. 2017; 6(4):575-584.
 9. Moreno-Izquierdo, José-Antonio (2014). “RSC. Para superar la retórica”. Economistas sin fronteras, n. 14, pp. 4-11.
<https://goo.gl/mbWGX>
 10. Cortina, Adela (2007). *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Nobel. ISBN: 978 8484591795
 11. García-Marzá, Domingo (2014). “*La RSC en perspectiva ética*”. Mediterráneo económico, v. 26, pp. 239-254. ISBN: 9788495531667
<http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicacionesperiodicas/editerraneo-economico/26/26-698.pdf>
 12. Sorsa, Ville-Pekka (2008). “*How to explain socially responsible corporate actions institutionally: Theoretical and methodological critique*”.

Electronic journal of business ethics and organization studies, v. 13, n. 1.

https://www.researchgate.net/publication/228796000_How_to_explain_socially_responsible_corporate_actions_institutionally_Theoretical_and_methodological_critique

13. Orozco-Toro, Jaime-Alberto; Ferré-Pavía, Carme (2013). “*La comunicación estratégica de la responsabilidad social corporativa*”. Razón y palabra, no. 83.
http://www.razonypalabra.org.mx/N/N83/V83/20_OrozcoFerre_V83.pdf
14. *Social responsibility in the public health system, an innovative plan for support and volunteering in hospitals*. Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense. Red Sanitaria de RSC y Grupo UCM de Innova-Docencia 176 Actas icono14 – VI Congreso Internacional Ciudades Creativas, 2018. Orlando, Florida | Asociación de comunicación y nuevas tecnologías C/ Salud, 15 5º 28013 – Madrid (España) CIF: G – 84075977.
15. López-Calleja R.M. *Administración: Responsabilidad Social y ética*. Serrano; Vol.3. N°1. Primer Semestre 1995 J, pág. 34.
16. *La responsabilidad social y ética del administrador*.
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v3n11995/art4.pdf>

CAPÍTULO 7

La bioética y los derechos humanos en la administración de servicios de salud

MP Loyola Gutiérrez,¹ Tania López Loyola,¹ Irma Pérez Contreras,¹ Christian Lenin Valdez Abad,¹ G Loyola Gutiérrez,¹ R. Martínez y Martínez.²

¹Profesor investigador de la Facultad de Medicina de la BUAP.

²Estudiante de la licenciatura de Medicina de la Facultad de Medicina de la BUAP

7.1 Introducción

La bioética es una disciplina que –si bien podemos reconocerle su origen filosófico, más precisamente en el área ética– es una ética aplicada (Pérez Tamayo, 2014) que realiza un análisis racional y razonable acerca de la toma de decisiones, ante la generación, uso, distribución y consumo de las tecnologías; el desarrollo de las ciencias, el progreso industrial, la transformación de la biodiversidad y la organización de los ámbitos sociales y políticos. Es decir, diserta acerca de las situaciones polémicas, con un carácter específico de la realidad –recorte metodológico– donde hacen intersección los valores individuales y sociales en relación al mundo técnico-científico, las ciencias biológicas y de la conducta humana (Tinant, EL. Universidad Nal. de la Plata, 2008). Por un lado, induce el enfoque humanista en las políticas públicas, la administración de servicios de la salud, el cuidado de la vida y la responsabilidad ante las generaciones futuras, con una perspectiva interdisciplinar.

En la práctica, la bioética se fundamenta en el proceso ético, filosófico, científico, en los derechos humanos, la legislación sanitaria nacio-

nal e internacional y en la deontología; así, orienta a la moral —sobre la base de paradigmas establecidos en el ámbito nacional e internacional, con el objetivo de entrelazar las disciplinas hacia un procedimiento humanista y universalmente justo— (Loyola Gutiérrez MP. 2017).

Aquí es necesario abrir una nota diferencial entre la moral, la ética, la bioética y la deontología porque, regularmente suelen utilizarse estos conceptos de manera ambigua. Sin embargo, en la nomenclatura de los valores, la diferencia resulta de su ejercicio:

a) La moral alude al conjunto de normas y costumbres aceptadas por las instituciones sociales, impuestas por el ámbito jurídico, religioso, educativo, cultural o político, dependiendo del tiempo, sociedad y el ámbito geográfico que se trate. De acuerdo a la Real Academia de la Lengua “la *moral* viene de la voz *mores* (del latín), que significa costumbre, en tanto que *ética* deriva, en su más reciente acepción de *éthos*, y significa *carácter*” (Real Academia de la Lengua Española, 2009) La *moral*, que resulta del conjunto de acciones humanas, originadas por la conciencia individual y con una proyección social de los contextos. Como conjunto, es la moralidad; así, significa la manera habitual de ser, pero no como una costumbre externa, sino como prioridad íntima del pensamiento reflexivo, es el hecho de la conducta humana (conciencia moral): El médico que piensa y actúa para el bienestar integral del paciente.

b) La ética es una disciplina de la filosofía que estudia los hechos morales. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (2009) la *Ética* es de origen griego, compuesta por la voz *ethos*, que significa *carácter, atributo propio, cualidad distintiva del ser humano*, este último carácter es la sociabilidad, con la terminación *ica*, que significa *lo relativo a*. Como objeto de estudio la *ética*, expresa la filosofía de la moral. Y como práctica de la conducta racional, expresa la actuación humana consciente (Alpízar Rancaño ME, *et al.* 2008).

La ética incluye la conciencia para el bienestar del ser humano y su convivencia con el universo, así que quien sin necesidad destruye un ár-

bol, mata un animal, desperdicia o contamina un elemento como el agua o el aire comete un acto no ético. El bien para cualquier ser es el poder desarrollar todas sus potencialidades o virtualidades, la conciencia ética, promueve la buena voluntad para actuar con justicia y la maldad resulta de una actuación contraria (acto no reflexionado).

c) Ética y Ontología. Cualquiera que sea la opinión sobre el fundamento de la ética, es importante considerar cómo la ética de cada persona debe ser consecuencia de su filosofía en lo cotidiano:

“Cada persona con un sistema filosófico único del cual brotar todas sus normas de conducta. Así, la ética de la actitud conciente surge, de una voluntad de algo que debe ser constante en todo el comportamiento del ser humano en su vida privada o profesional y no como un traje que se quita y se pone según las circunstancias” (Vélez Correa, 1995).

Es necesario que el comportamiento ético se construya por una convicción interior y no de una imposición externa; y si esta existe, debemos reflexionarla para hacerla propia.

Ejemplo: La ética nacida de una ontología, de una convicción personal, a partir de interrogantes con una reflexión constante. Como las siguientes: ¿Quién soy como profesional de la salud?, ¿Qué estoy haciendo con mis conocimientos?, ¿Para qué lo estoy haciendo?, ¿Cómo lo estoy haciendo?

A lo cual, *Chuang Tzu el filósofo taoísta*, explica: “Así, ya no es una norma externa que nos limita, sino la verdadera libertad... aquel cuya ley está dentro de sí mismo camina oculto, sus actos no se ven influenciados por aprobaciones o desaprobaciones” (Palmer N., 1968).

d) La *bioética* es el puente entre las diversas áreas de conocimiento científico y tecnológico; su práctica se fundamenta en los derechos humanos, las ciencias del conocimiento, la medicina, la antropología, el derecho jurídico y las ciencias de la conducta, con un proceso plural al disertar la toma de decisiones frente al uso de la ciencia, la tecnología y la técnica; así, justifica la dimensión humanista de las profesiones hacia el beneficio del ser humano y la sociedad. Porque la discusión del diálogo de la bioética global no debe restringirse a las instituciones hospitalarias y las universidades en sus funciones de enseñanza-aprendizaje, sino que debe

abrirse a toda la sociedad, las ciencias, las políticas públicas y al proceso de la globalización cultural y educativa para garantizar el respeto y la garantía para el bienestar y la dignidad de los sujetos, las comunidades, las sociedades y la preservación ecológica para las generaciones actuales y futuras. Y este noble objetivo de la bioética global, debe ser un proceso inherente al cumplimiento de los principios universales de los derechos humanos. Paz, dignidad, igualdad (*Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948).

La bioética global estudia toda actitud en el uso del conocimiento, en el uso de la tecnología y considera todo aquello que signifique una idealidad en el campo de la moral, todo lo traducible en nociones de significado amplio y de aplicación total, como son la esencia de la moral, la necesaria intencionalidad de los actos, la presencia de objetivos por alcanzar mediante la acción de la investigación, la operatividad del deber profesional, la conciencia de la obligación de las instituciones, la responsabilidad de los tomadores de decisiones, el sentido de los valores con los que se justifica la investigación, las nociones de lo justo y lo no justo. Porque, como lo ha explicado Van R. Potter (Osorio SN., 2005), es el puente dialógico entre el conocimiento y su aplicación totalizante, porque las verdades a que llega tienen aplicación a todos los seres humanos, sin importar su circunstancia; tiene un carácter duradero e invariable, válido por la abstracción, generosidad y por la objetividad de su contenido, como el cumplimiento en acciones reales, a su proyección inmediata en el ambiente social o de la biodiversidad (Osorio SN., 2005).

7.2 Objetivo

Precisar el proceso dialógico de la bioética como argumento fundamental en el proceso de humanización y realización de los derechos humanos ante los retos políticos, económicos, científicos y culturales; además de los dilemas y conflictos que suelen presentarse

ante la toma de decisiones en la asignación y administración de los servicios para la salud y para la atención clínica al paciente con calidad y calidez.

7.3 Bioética y ética en medicina

La bioética ha sido una disciplina que se ha consolidado en el ámbito mundial a lo largo de los siglos XIX y XX, por lo que se practica con una terminología múltiple que proviene de libros, cursos, congresos, debates, protocolos, instrumentos y organismos en donde se discute. La bioética, a diferencia de la ética médica tiene un alcance más amplio, pues se ocupa no solo de aspectos filosóficos, teóricos y prácticos derivados de las ciencias sanitarias. Además confronta, orienta y asesora las acciones y actividades relacionadas con el uso de la ciencia y la tecnología; así como de la técnica en relación a la vida de la especie humana, de la diversidad de los millones de especies vivas y su prevalencia en armonía con el entorno, la biodiversidad del planeta tierra, y con el universo mismo. De tal manera que la bioética como disciplina global, considera áreas de interés múltiple, como: la: filosofía, arte, antropología, ecología, medicina, enfermería, psicología, astronomía, ingeniería, arquitectura; economía, politología, administración pública, administración en servicios de salud, entre otras áreas científicas estudiosas de los fenómenos relacionados con el control de la industrialización para la preservación de la vida universal (Rotondo de Cassinelli, 2017).

En el ámbito médico, a la bioética se le define como el estudio sistemático de los problemas de la biomedicina, de carácter interdisciplinario y plural a la luz de los principios y normas morales (León C., 2009). Así, la bioética médica ha surgido con una fuerte intención de tender puentes no solo entre la ciencia y la ética, sino también entre las diversas mentalidades sociales y culturales.

Por ejemplo: en la administración de servicios de salud, que es el tema a abordar, es importante iniciar preguntando, ¿quiénes son los actores presentes en el desarrollo de la educación, la investigación biomédica y en la atención clínica?

La respuesta precisa es todas las personas especializadas en las profesiones de la salud, comprometidas a servir clínica y éticamente para atender al paciente que es una persona que confía en que se respetará su cuerpo y su vida, en la calidad del servicio como garantía de un derecho para la protección de su bienestar, y, que acepta pasar por todo un proceso administrativo para que se le asignen los servicios de salud —con políticas y normas que la mayoría de las ocasiones desconoce—. También los administradores de los servicios de salud que deben organizar eficaz, genuina y respetuosamente la asignación de servicios, con una basta planeación en infraestructura y en los recursos humanos, considerando la legitimidad digna e integral de la toma de decisiones (Bertrán JM. *et al.* 2005).

La ética médica investiga y enfoca de manera crítica, plural e interdisciplinaria, los conflictos y dilemas del acto médico, las políticas institucionales públicas, privadas y particulares de los Sistemas de Servicios de Salud en el mundo. Incluye, asimismo, las reflexiones teóricas y filosóficas sobre los nuevos conocimientos científicos y la manera como los avances han cambiado la aplicación clínica de la medicina; el ejemplo más inmediato son las implicaciones de la investigación del genoma humano, el uso de embriones logrados *in vitro* no utilizados en fecundaciones, los estudios sobre la clonación con fines terapéuticos, la nano-medicina; las microcirugías, las cirugías laser y otros temas teóricos tecnológicos y sociales que tienden a modificar el modo de ejercer la medicina.

La bioética es una palabra transversal e interdisciplinaria, que comprende gran parte de áreas científicas y en la cual intervienen otras como la medicina, ciencias biosanitarias, derecho, política,

economía, filosofía, biología, psicología, antropología, sociología, bioquímica, estadística, ingeniería y sobre todo, ética. Cada una de estas ciencias aporta principios y observaciones que entran a formar parte de este vasto conjunto multidisciplinario que constituye hoy la bioética. Sin embargo, ha sido la medicina, la que ha contribuido en forma decisiva al surgimiento y aplicación práctica de la bioética y a su posterior expansión y sobre todo, justificación, en el ámbito del hombre enfermo. (Rojas A., Lara L., 2014.)

7.4 Atención médica y calidad en los servicios de salud

Anteriormente, durante siglos, la medicina se ejerció en la propia casa del paciente y, en algunas situaciones, en el consultorio del médico. Posterior a la década de 1960, el sitio de consulta se desplaza al consultorio médico y a finales del siglo XIX, la medicina institucionalizada se ha consolidado. Así es que, en otros periodos, al enfermar una persona por las muchas afecciones sencillas que ocurren en la vida de un ser humano –se dice que en 85 % de los casos los padecimientos son sencillos y fácil debe ser la curación– (Vignolo J., 2011). Por ejemplo: La primera medida que se tomaba en casa era hacer que el enfermo guardara reposo en cama; ya fuera que el paciente tuviera fiebre o dolor, esta era la primera medida aconsejable. No era raro, entonces, que la atención del médico se diera en la casa del enfermo. Los pacientes asistían al consultorio principalmente por acciones crónicas que, sencillas o no, mantenían al enfermo como ambulatorio (Turnes Al., 2009).

A mediados del siglo XIX, los hospitales se utilizaban solo para enfermedades muy graves, casi terminales; esa era la razón del miedo a acudir a estos centros. En esos tiempos, la asistencia en hospitales públicos y de caridad se daba a sujetos sin casa, que en ocasiones entraban para recibir alimentación o por dolencias muy especiales,

como en los nosocomios para leprosos o enfermos mentales (Turnes Al., 2009).

La justificación para internar a los enfermos en los hospitales es propiciada por los avances de la cirugía; en los siglos XIX y XX, la mayoría de los internamientos en hospitales es para someter a los pacientes a una intervención quirúrgica. La población que solicita internación es específica y reducida. Por ejemplo, en el servicio de medicina interna solo se hospitaliza a los enfermos que se determina, previo diagnóstico, que sí necesita tal especialidad.

Durante la segunda mitad del siglo XX se mantuvo esta tendencia de internamiento por actos quirúrgicos; ahora se tiene la costumbre de hospitalizar a enfermos para pruebas de diagnóstico o tratamientos médicos, pues los implementos para llevarlos a cabo solo se encuentran en el hospital moderno (Turnes Al., 2009).

En la actualidad la política económica sanitaria justifica el asistir a un hospital cuando la enfermedad deja de ser una molestia sencilla, cuando el padecimiento es de naturaleza importante y requiere la utilización de medidas de diagnóstico y tratamiento que no solo resultan costosas, sino que significan cierto riesgo a afrontar por padecimientos significativos en cuanto a su gravedad. Es decir, la medicina compleja y costosa es indispensable para casos de enfermedades graves o complicadas; esto último es una de las razones por las que se ha encarecido la medicina innecesariamente —por el uso de estos recursos para casos sencillos— (Collazo M., *et al.*, 2002).

Por ejemplo, en México, a pesar de la posibilidad que implica el Seguro Popular, al asegurar la protección de la salud de la población mexicana, la segmentación del sistema debería facilitar los huecos en la incorporación al sistema —por lo menos a ciertos bloques de la población para atención pediátrica, ginecológica, etcétera—. Por tratarse de un esquema que se pretende universal, que en realidad requiere de una mayor integración, que ciertamente no es un paso

sencillo ante el peso de las instituciones existentes, con dinámicas y organizaciones no alineadas y con incentivos económicos y de prestaciones diversas (para los profesionales), en la mayoría “no éticos”, porque los salarios no son justos (Gómez O., Ortiz M., 2004).

7.5 Crisis de los Servicios de Salud en México

La bioética como área de estudio biológico-social, tiene una responsabilidad en indicar situaciones en las que exista riesgo para el ejercicio de valores éticos universales como la autonomía, veracidad y equidad en la atención a cada paciente, en la participación de pacientes en protocolos de investigación biomédica y en la asignación de los servicios clínicos. Desafortunadamente, es claro que en diversas ocasiones tanto los derechos humanos como algunas de las garantías individuales y la justicia en la atención a la salud han sido trastocados en las sociedades que sufren los efectos negativos de la globalización, como en México. Si bien uno de los elementos esenciales que resultan de la perspectiva global es la restricción de recursos económicos para las instituciones de salud, otros factores que sin duda han colaborado al deterioro de estas instituciones son las prácticas ligadas a la corrupción y la burocracia, con ineficiencia administrativa interna y externa de las instituciones hospitalarias.

Así, la bioética propone la clara discusión de valores éticos en los modelos de atención a la salud y la búsqueda de alternativas para la solución de los conflictos que enfrentan estos sistemas; por ejemplo, en la restricción de recursos sin menoscabo de la dignidad individual y general como sociedad en su conjunto. Por ello, otro de los valores bioéticos es el de la universalidad, siempre tomando en consideración las condiciones morales y culturales de cada sociedad (identidad, ideologías y cultura), de modo que no exista una imposición de valores por aquellos que detentan el poder económico y

biotecnológico –como ha sucedido frecuentemente en la visión de la cultura occidental–, desconociendo o asignando un menor valor a las creencias y al juicio moral proveniente de aquellas sociedades con distintas costumbres. En el entendido de que la crisis del sistema de atención de la salud no es solo una cuestión técnica, ni tecnocrática de los problemas sociales, propuesta y diseminada en aras de la globalización; sino que, además oculta el soporte ideológico que en los usuarios, ha promovido necesidades ficticias, ha disminuido los niveles de tolerancia al sufrimiento y al malestar, ha desintegrado toda posibilidad de ejercer un cuidado responsable de sí mismo, ha favorecido la mercantilización de la vida, de la muerte, del dolor, del sufrimiento y del bienestar de las personas durante cualquier ciclo de la vida. Como consecuencia, la salud, calidad de vida y calidad en los servicios de salud son hoy para los países en desarrollo un ideal cada vez más lejano (Barrios MA., 2014).

En el contexto actual de México, la relación del profesional de la salud con el paciente se ha visto afectada con las políticas económicas de la nación y el Sistema de Salud con una lógica de crecimiento industrial, asociando la cobertura de protección en salud con esquemas de seguridad social por condición de empleo, esto es, servicios de salud con prepago provistos en un esquema público para los trabajadores en el sector formal de la economía. La realidad del desarrollo económico del país se encuentra distanciado de las proyecciones, ha generado un escenario con una elevada proporción de población en la economía informal, que al mismo tiempo se encuentra expuesta a choques económicos relacionados con gastos excesivos en salud que generan mayor empobrecimiento.

Un gran reto para los administradores de los servicios de salud es enfocar políticas de las instituciones hospitalarias, con menor sobrepoblación de recursos administrativos; dado que es el aparato burocrático que, además de consumir una buena parte del presu-

puesto, entorpece su funcionamiento y pone una barrera entre el médico y el paciente; entorpece la ética del profesional de la salud y retarda el acceso a los servicios especializados de la medicina (Romeo H., *Reflexiones desde la bioética en México*, 2008).

Uno de los malos resultados es que: en algunas clínicas y hospitales ya se observan grandes filas de derechohabientes esperando consulta –hasta tres o más meses–; hay consultas y cirugías diferidas –hasta la gravedad, o la muerte–; falta de medicamentos –medicamentos de tercera o cuarta opción, con situaciones adversas–; maltrato y discriminación para los enfermos –psiquiátricos, con infecciones, pediátricos, geriátricos– y con la continua falta de calidad y calidez en la atención clínica otorgada. Además, que se han multiplicado los reclamos y demandas contra las instituciones de salud, acusando de “deshumanización” y mala calidad de la atención.

En las instituciones hospitalarias del ámbito privado, la medicina se ha transformado desde que dejó de ser un servicio para el enfermo y ahora se convierte en un negocio. Los grandes empresarios han descubierto que la inversión en la atención médica les permite obtener ganancias económicas exorbitantes, por lo que han construido clínicas y hospitales y han contratado médicos para atender a los enfermos; sin embargo, como negociantes, lo que les importa son los análisis de altos costos y el costo-beneficio, el objetivo final es el lucro, la ganancia de dinero, la dicotomía, y así, los derechos humanos de los pacientes pasan a un segundo término (Viesca C., 2019).

Conclusiones

Entendemos que las nuevas posibilidades que brindan la ciencia y la tecnología plantean desafíos éticos para el administrador en la atención médica; y que, es en la práctica social donde se pueden

plantear los dilemas con factores de orden económico, político y cultural. La complejidad actual presenta riesgos que exigen la interacción de múltiples perspectivas, de diferentes actores. Y la función de la bioética plantea tal proceder dialógico de esa realidad —que se resuelve discutiendo y acordando: con conocimiento científico, proceder ético con las políticas y las normas (que se deben consolidar a través de manuales internos organizacionales, instruidos por cada institución en particular), las normas de comunicación y planeación, tras una confrontación, debidamente argumentada entre visiones distintas, tal proceder es lo que legitima la toma de decisiones interdisciplinar (Martínez C., 2020). Con el diálogo plural entre especialistas, políticos y ciudadanos —pacientes—, incluyendo a sus familiares, otros profesionales y representantes legales, podría ser a través de los comités de ética hospitalaria. La Comisión Internacional de Bioética manifiesta que el proceso que actúa como enlace estratégico fundamental para vincular el conocimiento con la formulación de políticas reguladoras para la acción social es la forma de discusión racional e intersubjetiva encaminada a la toma de decisiones, se caracteriza por el respeto democrático, equitativo e incluyente, particularmente si se fomenta desde el inicio —en la revisión algún caso particular— como fundamento del proceso de la toma de decisiones, en el ambiente hospitalario da lugar a un sentido de apropiación y permite la generación del principio de responsabilidad compartida. Como ya se ha mencionado, la participación que buscamos se da en un ámbito plural, compuesto por los principales actores involucrados en los problemas, conflictos, o dilemas éticos sanitarios, en: investigación, experimentación y atención clínica (UNESCO, 2005).

En la administración de los servicios de salud, la bioética puede definirse como el proceso de ordenar metas institucionales e implementar los programas organizacionales con enfoque bioético y ga-

rantía al respeto de la realización de los derechos humanos; esto considerado con las actividades que llevarán a alcanzar esas metas, mediante la planeación y coordinación eficiente de los recursos humanos, los recursos materiales y el capital económico. El proceso administrativo con una serie de actividades –independientes y coordinadas– son utilizadas por la administración de la organización para el desarrollo de las funciones de planificación, organización, integración del personal, dirección y control que pretende llegar a la “calidad de los servicios”; que con la consideración a los derechos humanos al actualizar las políticas que sustentan el respeto y la garantía a la calidad en salud, está encaminada a elevar esa calidad.

7.7 Referencias

- Alpízar Rancaño ME, Bermúdez Benítez L. *El Código de Ética del profesional cubano de la información, propuesta y reflexiones a partir del estudio de diferentes códigos deontológicos*. Organización: IDICT/Cuba. <https://hopelchen.tecnm.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r67088.PDF>
- Barrios MA. (2014). *Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible*. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter, Vol. 30, No. 2. Ciudad de la Habana, abr.-jun.
- Bertrán JM, Collazo E, Gérvas J, et al. (2005). *Intimidad, confidencialidad y secreto*. Guías de ética en Práctica Médica. Edición: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid): pp129. ISBN Obra completa: 84-8473-402-1.
- Collazo M, Cárdenas J, González R, Miyar R. et al. *La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?* <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v12n5/359-365/>
- Coronado R, Cruz E, Macías SI, Hernández, et al. *El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores*. Rev. Mex. Med. Fis. Rehab.

- 2013; 25(1):26-33. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
- Diccionario de la Real Academia Española (2009).
- León Correa FJ. *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*. Acta Bioethica 2009; 15 (1): 70-78. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v15n1/art09.pdf>
- Loyola Gutiérrez MP, Ramírez Hernández G. (2017). *Perfil bioético y en derechos humanos para la práctica profesional, compromiso compartido*. Edit. BUAP, 1ª. Edic. ISBN-10 : 6075253009
- Martinez, C. (24 de junio de 2020). *Proceder ético en las instituciones y organizaciones*. Liferder. Recuperado de <https://www.liferder.com/proceder-etico-instituciones-organizaciones/>.
- Octavio Gómez Dantés; Mauricio Ortiz (2004). *Seguro Popular de Salud Siete perspectivas*. Salud pública Méx. Vol. 46, No. 6 Cuernavaca nov./dic.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf>
- Osorio SN. Van Rensselaer Putter (2005). *Una visión revolucionaria para la bioética*. Revista Latinoamericana de Bioética, núm. 8, pp. 1-24. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020937003.pdf>
- Palmer M, Elizabeth Breuilly E. *El camino de Chuang Tzu*. No. de páginas: 488.
- Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coord.) (2014). *La construcción de la bioética*. Textos de bioética, vol. I. México: Edit. Fondo de Cultura Económica, 223 pp. ISBN: 9786071625038.
- Real Academia de la Lengua Española (2009).

- Rojas A y Lara L. *¿Ética, bioética o ética médica?* Rev. chil. enferm. respir. Vol. 30, No. 2, Santiago, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482014000200005>.
- (Romeo H., *Reflexiones desde la bioética en México*, 2008).
- Rotondo de Cassinelli MA. (2017). *Introducción a la bioética*. Rev. Urug. Cardiol. Vol. 32 No. 3. Montevideo dic. <http://dx.doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
- Tinant, E. L. (2008) *Bios. Algunas reflexiones a la luz de la bioética* [En línea]. Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP, 15 al 17 de mayo de 2008, La Plata. Disponible en Memoria Académica: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.692
- Turnes AL. *Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas*. 14 de septiembre, 2009. pp 93, <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>
- Vélez Correa J. (1995). *El hombre, un enigma: antropología filosófica*. CELAM, 443 páginas.
https://books.google.com.mx/books/about/El_hombre_un_enigma.html?id=cHZAAQAIAAJ&redir_esc=y
 ISBN: 9788441409118. <https://sites.google.com/site/tannirahuxbedo3/9788441409118-42depulGEcrisos55>
- Viesca C. (2019). *La ética médica y su problemática actual*. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. UNAM.
http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2002/po-nencia_may_2k2.html
- Vignolo Julio. *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Arch. Med Int. Vol. 33, No. 1. Montevideo, abr. 2011. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&-pid=S1688-423X2011000100003

CAPÍTULO 8

Gestión de inventarios de equipo médico

Daniel Alejandro Velasco Pérez,¹ Irma Pérez Contreras,² Rosa María González López,² Luis Enrique Martínez Urbano,³ Ricardo Arturo López Martínez,³ Norma Pérez Contreras.⁴

¹Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana de Puebla, México.

²Profesora investigadora y docente de la Maestría en Administración de Servicios de Salud (MASS) de la (FMBUAP).

³Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

⁴Médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Puebla.

8.1 Introducción

Con la finalidad de disponer datos ordenados, exactos y actualizados se establecieron los inventarios en las organizaciones e instituciones. De acuerdo a las características de dichas organizaciones y de sus activos los inventarios se actualizan o se controlan de forma periódica. El manejo adecuado de los inventarios impacta directamente en el alcance y mantenimiento de los objetivos en las organizaciones.¹

8.2 Inventario de equipos médicos¹

Para hablar sobre inventarios de equipo médico es conveniente definir que equipo se considera a cualquier dispositivo usado para el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades.

En las instituciones de salud el registro del equipo médico es fundamental, el inventario de los mismos permite una evaluación

técnica de la disponibilidad de los mismos, de la tecnología disponible en el momento en que se requiera. Además, permite mediante sus datos una gestión efectiva de los activos.

Otras actividades que derivan de contar con un inventario actualizado es la facilidad para implementar un mantenimiento preventivo de los equipos, la evaluación del cumplimiento del mismo, alertas y la proyección de tiempo de bajas de equipo.

Además, el inventario es la base para elaborar manuales de usos y de reparación del equipo, el diseño de indicadores de calidad, registros de uso de los equipos. Parte fundamental para garantizar una atención efectiva a los usuarios.

Otro aspecto importante que se debe mencionar es que los inventarios dan un informe de los recursos financieros invertidos en los equipos, los cuales pueden ser evaluados con el objetivo de programar nuevas adquisiciones y presentar informes financieros.

Se recomienda también contar con refacciones para cada dispositivo médico principalmente de aquellas partes que se desgastan y serán cambiadas continuamente.

Otro inventario importante es el del material fungible, material que puede ser utilizado por una vez, es gastable, como por ejemplo equipos de venoclisis, este debe estar actualizado con el objetivo de que se cuente con lo necesario sobre todo si es material que sirve como fungible de equipos médicos.

El control adecuado de las existencias del material fungible evitará quedarse sin reservas necesarias y además permitirá planear adecuadamente los costos de los mismos.

Otros inventarios de utilidad son los relacionados con los equipos de mantenimiento de tecnología médica, los de equipos industriales y hospitalarios como calderas, autoclaves, equipos de lavandería, generadores eléctricos o sistemas de distribución de aire comprimido, vacío y gases médicos son necesarios para el buen funcionamiento

del hospital y exigen mantenimiento, los de equipos de seguridad, de materiales radioactivos y peligrosos. En algunos casos esto puede resultar poco práctico.

En algunas instituciones de salud en un mismo inventario incluyen además de equipo médico, artículos pequeños como estetoscopio o termómetros. Esto puede resultar poco práctico en instituciones grandes.

De acuerdo a la Asociación para el avance de la Instrumentación Médica, los criterios que se tengan para incluir equipo médico en un inventario son: su función, riesgos físicos asociados con el mismo, las necesidades de mantenimiento y la historia de incidencias.

8.3 Modelo de Fennigkoh y Smith

Estos métodos son utilizados para evaluar integralmente los equipos considerando características ponderadas de cada equipo médico, con la finalidad de alcanzar los objetivos de las instituciones hospitalarias.

Consiste en que a cada categoría se le incluyen subcategorías a las cuales se les asigna un puntaje y se clasifican de acuerdo a las prioridades

Un ejemplo de esta priorización se puede observar en la siguiente tabla.

Categoría	Función del equipo	Puntos
Terapia	Soporte de vida	10
	Cirugía y cuidados intensivos	9
	Cirugía y cuidados intensivos	8

Diagnóstico	Monitoreo quirúrgico y de cuidados intensivos.	7
	Otros equipos para el monitoreo de variables fisiológicas y el diagnóstico	6
Analítico	Laboratorio analítico	5
	Accesorios de laboratorio	4
Varios	Equipos relacionados con los pacientes y otros equipos	2

Fuente: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21565es/s21565es.pdf> pp 27, 28, 29

Riesgo asociado a la aplicación clínica

Otra forma de priorizar es mediante el riesgo para el usuario o paciente.

Un ejemplo se presenta en la siguiente tabla.

Descripción del riesgo de uso	Puntos
Posible muerte del paciente	5
Posible lesión del paciente o el usuario	4
Terapia inapropiada o falso diagnóstico	3
Daños en el equipo	2
No se detectan riesgos significativos	1

Fuente: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21565es/s21565es.pdf> pp 27, 28, 29

Requerimientos de mantenimiento

Con respecto a los requerimientos de mantenimiento considerando las indicaciones de los fabricantes o por la propia experiencia.

Requerimiento de mantenimiento	Puntos
Extensivo: calibración de rutina y reemplazo de partes	5
Superiores al promedio	4
Promedio: verificación del desempeño y pruebas de seguridad	3
Inferiores al promedio	2
Mínimos: inspección visual	1

Fuente: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21565es/s21565es.pdf> pp 27, 28, 29

Algoritmos de Wang y Levenson

*Índice de gestión del equipo*⁷

El Índice de gestión del equipo médico es calculado a partir de priorizar en una escala de 1 al 10 combinada con los valores para el riesgo y las necesidades de mantenimiento.

El #GE se calcula como sigue:

$$\#GE = \text{índice de prioridad} + 2 \star \text{riesgo} + 2 \star \text{mantenimiento requerido}$$

Ajuste del índice de gestión del equipo (#GE):

Wang y Levenson proponen un Índice de Gestión Ajustado (del 0 al 100%) integrando un valor de usos de los equipos:

$$\#GE \text{ ajustado} = (\text{índice de prioridad} + 2 \star \text{mantenimiento requerido}) \\ \star \text{tasa de uso} +$$

Para priorizar el mantenimiento de los equipos médicos se proponen varios modelos, uno de ellos propone una tasa de uso como factor de ponderación de la puntuación para el mantenimiento de dichos equipos.

Es importante mencionar que en esta propuesta de tasa de uso no modifica el riesgo para los pacientes.

8.4 Identificación por radiofrecuencia^{10,11,12}

Dentro de los métodos alternativos para el control del equipo médico se está probando el método mediante la identificación por radiofrecuencia de dicho equipo, un ejemplo es la denominada plataforma Wiloct desarrollada y siendo probada en hospitales en España y que consiste en el control de los dispositivos fijos y los móviles.

Este método es de utilidad sobre todo en dispositivos o equipos de gran movilidad y que su ubicación inmediata y resguardo puede ser un problema a resolver.

También se ha documentado que con este procedimiento los tiempos se reducen así como los costos y su impacto en la gestión por la calidad de la atención es importante.

Dentro de las ventajas que se han documentado de este método es que permite tener un inventario inmediato de los equipos y detectaría mediante alarmas los equipos que pueden salir de la institución además que es compatible con redes inalámbricas.^{8,9,13,14}

El éxito de este método estriba en que se coloquen el número suficiente de lectores. Este sistema, como se ha señalado, está en proceso de prueba.

Otros usos de este proyecto es que puede ser utilizado para el control de pacientes con ciertas enfermedades mentales o en su caso para personal mediante pulseras, etcétera.

8.5 Conclusión

La gestión de equipos médicos y su resguardo sigue un reto para las instituciones de salud, la gran diversidad y necesidad de contar con equipos de alta tecnología ha ameritado ir perfeccionando los métodos o creando nuevas opciones costo efectivas que permitan por un lado tener un control eficiente de los mismos y de esta forma impactar en la calidad de la atención de los usuarios. La utilidad de los inventarios es y seguirá siendo una herramienta fundamental para las instituciones de salud.^{15,16,17,18,19}

8.6 Referencias

1. OPS/OMS. *Introducción a la gestión de inventarios de equipo médico Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos*. (2012). ISBN 978 92 4 350139 0
2. Temple-Bird C *et al.* *How to operate your healthcare technology effectively and safely?* Núm. 4 de la serie How to Manage de guías sobre tecnología de la atención de salud. St Albans, Ziken International (Health Partners International), 2005a.
3. Temple-Bird C *et al.* *How to organize the maintenance of your healthcare technology?* Núm.5 de la serie How to Manage de guías sobre tecnología de la atención de salud. St Albans, Ziken International (Health Partners International), 2005c.
4. *Recommended practice for a medical equipment management program*. American National Standard ANSI/AAMI EQ56. Arlington, Association for the Advancement of Medical Instrumentation, 1999. Traduc. Pérez I., 2021
5. Fennigkoh L, Smith B. *Clinical equipment management*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Plant Technology and Safety Management Series, 2:5–14, 1989. Trad. Pérez I., 2021

6. Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos.
7. Wang B, Levenson A. Equipment inclusion criteria: a new interpretation of Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Medical Equipment Management Standard. *Journal of Clinical Engineering*, 2000, 25:26–35. Traduc. Pérez I., 2021.
8. Alanís-Cárdenas C. *Control de equipo médico, ingeniería Clínica - Pro* [Tama de Ingeniería biomédica, Instituto Tecnológico de Monterrey, México - Distrito Federal, 2010]
9. Facultad de Ingeniería - Departamento de Automática y Electrónica. Diplomado, “Gestión de Calidad y Aseguramiento Metrológico en Equipos Médicos” [En línea] Cali, Colombia: Universidad Autónoma de Occidente, 2010 [Consultado 2 de septiembre de 2010}. Disponible en internet: http://dali.uao.edu.colportal/page?_pageid=262,932523&_dad=portal&_schema=PORTAL.
10. Ramírez Cerpa, Meléndez Pertus. *Sistemas RFID aplicados al control de grandes inventarios*. 2014. ISSN 2145-0935, vol 4, pp 55-68.
11. *Tecnología RFID empleada en inventarios*. Instituto Nacional de Estadística de España. En: Base de datos del Observatorio Nacional de Telecomunicaciones.
12. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Manual de optimización de inventarios haciendo uso de tecnología de radiofrecuencia para control y vigilancia del equipo médico en hospitales. 2010.
13. Córdova-Villalobos, José Ángel. Plan Nacional de Salud 2007-2012, *Por III México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Secretaria de Salud de México, 2010, p. 51 VII.
14. *Importancia del Sector Privado en México* [consultado el 31 de agosto de 2010]. Disponible en internet: <http://www.copar->

mex.org.mx/luploacVbibVirtua/Docs/8_entomo_octubre_09.pdf

15. Sallenave, J. P. ¡No le tema a la competencia, témaale a la incompetencia! La gerencia integral. Bogotá: Norma, 2002. 280 p.
16. Silver, E. A.; Pyke, D. F. and Peterson, R. *Inventory management and production planning and scheduling*. 3 ed. New York: John Wiley and Sons, 1998. 754 p. Trad. Pérez I., 2021.
17. Frazelle, E. y Sojo, E. (2007). Logística de Almacenamiento de Clase Mundial. Colombia: Grupo editorial Norma. 2007, pp 1-155.
18. Chopra, S. y Meindl, P. *Administración de la cadena de suministro. Estrategia, planeación y operación*. 3 ed. México D.F.: Pearson Prentice-Hall, 2008. 552 p.
19. Goldsby, T. and Martichenko, R. *Lean six sigma logistics: Strategic development to operational success*. Boca Raton, FL: J. Ross, 2005. 304 p. Traduc. Pérez I., 2021

CAPÍTULO 9

Importancia de los comités dentro de las instituciones de salud

Angélica María López Baqueiro,¹ Irma Pérez Contreras,² Mario Moyotl Aguilar,¹ Lis Rosales Báez,² Dulce María Pérez Contreras.²

¹Estudiante de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.

²Profesora Investigadora de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México.

Resumen:

Existen diferentes comités que deben conformarse en una institución de salud. El objetivo de este capítulo es destacar la importancia que tienen los comités dentro de las instituciones de salud. “Un comité es un grupo de individuos que trabajan en conjunto para resolver alguna problemática o llevar a cabo un proyecto”.¹ Los comités técnico-médicos de las instituciones de salud son elementos fundamentales de vigilancia, su misión es establecer o mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación; son el eje de la gestión hospitalaria para el cuidado de la salud de la población a la que servimos.² No existen lineamientos que determinen qué comités debe tener una institución de salud, ya que el número de comités varía según la complejidad de la unidad hospitalaria; debido a que cada comité está basado en alguna Ley, Norma oficial mexicana, acuerdo o manual de procedimiento, estos dependen de qué tipo de unidad sea y de los servicios que se

ofrezcan en dicha institución.³ El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General determina los comités mínimos con los que deberá cumplir una institución de salud para cumplir con los lineamientos establecidos para la certificación, pero no se incluyen la totalidad de los mismos.³

Conclusiones

Debemos tener claro que una de las acciones Médico-administrativas que tienen los administradores de los servicios de salud primordial para la calidad de la atención de los pacientes está integrada en los comités hospitalarios, ya que es una herramienta de gestión de calidad y debemos darle la importancia debida sin temer al funcionamiento de estos, no solo tomarlo como un cumplimiento a las normativas vigentes o como pérdida de tiempo. Está claro que los comités al ser integrados por un equipo multidisciplinario, contemplan todas las áreas involucradas en el proceso y así obtener mejores resultados en cuestión de calidad de los procesos de salud.

Palabras claves: Comités hospitalarios, calidad, importancia.

***Abstract:** There are different committees that must be formed in a health institution. The objective of this article is to highlight the importance of the committees within the health institutions. A committee is a group of individuals who work together to solve problems or carry out a project. The technical-medical committees of the health institutions are fundamental elements of surveillance; their mission is to establish or improve the development of services through actions that favor the operation; they are the axis of hospital management for the health care of the population we serve. There are no guidelines that determine which committees a health institution should have, since the number of committees varies according to the complexity of*

the hospital unit; because each committee is based on some Law, Official Mexican Standard, Agreement or procedure manual, these depend on what type of unit is and the services offered in said institution. The certification process of the General Health Council determines the minimum committees with which a health institution must comply to comply with the guidelines established for certification, but not all of them are included. Conclusions: We must be clear that one of the medical-administrative actions that the health service administrators have in place for the quality of patient care is integrated into the hospital committees, since it is a tool for quality management and we must give it the due importance without fearing the functioning of these, not only take it as a compliance to current regulations or as a waste of time. It is clear that the committees, when integrated by a multidisciplinary team, contemplate all the areas involved in the process and thus obtain better results in terms of the quality of the health processes.

Keywords: *Hospital Committee, Quality, Importance.*

9.1 Introducción

El objetivo de este artículo es destacar la importancia que tienen los comités dentro de las instituciones de salud. Es bien sabido por todos los personajes administrativos de las unidades hospitalarias que existen diferentes comités que deben estar conformados en una institución de salud, sin embargo, no tienen bien esclarecido cuál es la importancia de ellos dentro de la misma institución y cuáles son los comités que deben tener integrados.

9.2 Antecedentes

Empecemos por definir qué es un comité: se considera comité a un grupo de individuos que trabajan en conjunto para resolver alguna

problemática o llevar a cabo un proyecto.¹ Los comités técnico-médicos de las instituciones de salud son elementos fundamentales de vigilancia, su misión es establecer o mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación; son el eje de la gestión hospitalaria para el cuidado de la salud de la población a la que servimos.² Con la operación de los comités hospitalarios se pretende tener una herramienta de control e implementación de acciones de mejora de ciertos procesos determinados, para mejorar la calidad de la atención a la salud. Su funcionamiento permite la detección de problemas y mediante consenso de sus integrantes establece medidas de corrección para mejorar la eficacia y la eficiencia de la operación, así como la evaluación de los resultados alcanzados y elaboración de los planes de mejora cuando se considera necesario.²

9.3 Desarrollo y discusión

Ley General de Salud³ establece en su artículo 41 Bis que los establecimientos de salud deberán contar, de acuerdo a su grado de complejidad y nivel de resolución con los siguientes comités: Comité Hospitalario de Bioética, Comité de Ética en Investigación. En su artículo 62 habla de la promoción en las instituciones de salud de un comité de Prevención de la mortalidad materna e infantil. En el artículo 98 en las instituciones de salud se constituirán un Comité de Investigación y un Comité de Bioseguridad; y en su artículo 316 la existencia del Comité Interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos y un Comité interno de Trasplantes, así como un Comité de Medicina Transfusional.³ En México la Ley General de Salud habla del establecimiento de los comités antes mencionados con directrices a la toma de decisiones éticamente correctos en la práctica médica, pero no comprende la gran mayoría de comités existentes y que tienen correlación con dicha práctica,⁴ no

hay más lineamientos que determinen qué comités debe tener una institución de salud, así que el número de comités varían según la complejidad de la unidad hospitalaria;² debido a que cada comité está basado en alguna Ley, Norma oficial mexicana, acuerdo o manual de procedimiento, estos dependen de qué tipo de unidad sea y de los servicios que se ofrezcan en dicha institución.²

Se señala entonces en la siguiente tabla el sustento legal para la existencia de cada comité, Tabla 1.

Tabla 1. Sustento Legal de los Comités Hospitalarios

Calidad y Seguridad del Paciente	ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. DOF: 08/09/201712
Farmacovigilancia	NOM-220-SSA1-2016. Instalación y Operación de la Farmacovigilancia ¹³ Numeral 7.1.16
Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales	NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Numeral 7.3.214
Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Numeral 5.2015

Farmacia y Terapéutica	Instrucción 311/2011 de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, recomendación para la constitución del comité de Farmacia y terapéutica en los hospitales del sistema Nacional de salud ¹⁶
Comité interno de Trasplantes	Ley General de salud ³ artículo 316
Comité Interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos	Ley General de salud ³ artículo 316
Seguridad e Higiene (Comisión)	NOM-019-STPS-2011 Comisiones de seguridad e higiene ¹⁷
Comité Hospitalario de Bioética	Ley General de salud ³ artículo 41 Bis
Comité de Ética en Investigación	Ley General de salud ³ artículo 41 Bis
Comité Hospitalario de Bioseguridad	Ley General de salud ³ artículo 98
Comité de Investigación	Ley General de salud ³ artículo 98
Morbi-mortalidad Hospitalaria	NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. ¹⁹
Mortalidad Materna y Perinatal	ley General de salud ³ artículo 62
Protección Civil	Ley General de Protección Civil. ¹⁸
Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)	Ley General de Protección Civil. ¹⁸ Hospital Seguro

Comité de Insumos	Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público artículo 22. ²⁰
De licencias Médicas o Incapacidades	Manual de Procedimientos del ISSSTE ²¹ y ACDO.SA2. HCT.310517/126.PDPES del IMSS ²²
De medicina Transfusional	Ley General de salud ³ artículo 316
De adquisiciones	Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público artículo 22. ²⁰
Comité de Enseñanza	NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Numeral 6.2.11.19
Espacios Libres de Humo de Tabaco	Ley General para el Control del Tabaco.
De Servicios Subrogados	Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público. artículo 22. ²⁰
De Lactancia	NOM-131-SSA1-2012. Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición

La acreditación de las instituciones de salud es una estrategia para mejorar la calidad en la atención a los pacientes.⁵ Tiene como objetivo incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados en salud, ser consistentes con el conocimiento profesional vigente⁵ y evitar daños secundarios a la intervención.⁷

En México, la certificación de hospitales es equivalente a la acreditación que se realiza por organismos internacionales en otros

países.⁷ Desde marzo de 1999, el Secretario de Salud Federal, Dr. Juan Ramón de la Fuente, tomó el proyecto de certificación de hospitales y asignó la responsabilidad de su instrumentación al Consejo de Salubridad General, tras un periodo breve de organización e instrumentación, se inició la certificación de hospitales.⁸ Esta Certificación como modelo de Calidad, tiene el objetivo de homologación con estándares internacionales basados en seguridad del paciente; con la finalidad de ofrecer a los establecimientos de atención médica en México una certificación de alto nivel con reconocimiento internacional.⁹

El proceso de certificación del Consejo de Salubridad General determina los comités mínimos con los que deberá cumplir una institución de salud para cumplir con los lineamientos establecidos para la certificación,¹⁰ los cuales se muestran en la Tabla 2.

Tabla2. Comités en Instituciones de Salud determinados por el Consejo de Salubridad General, para la acreditación hospitalaria.

Calidad y Seguridad del Paciente	Investigación	Comité Hospitalario de Bioética	Morbi-mortalidad Hospitalaria
Farmacovigilancia	Farmacia y Terapéutica	Comité de Ética en Investigación	Mortalidad Materna y Perinatal
Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales	Trasplantes	Comité Hospitalario de Bioseguridad	Protección Civil
Expediente Clínico	Seguridad e Higiene	Comité de Investigación	Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)

Sin embargo, existen otros comités o subcomités que se llevan a cabo en instituciones de salud y que no son considerados por el Consejo de Salubridad General para la certificación; y que por su importancia en el proceso de administración de dicha institución son importantes mencionar. Tabla 3.

Tabla 3. Comités en Instituciones de Salud no considerados por el Consejo de Salubridad General.

Comité de Insumos	De medicina Transfusional	Comité de Enseñanza	De Servicios Subrogados
De licencias Médicas o Incapacidades	De adquisiciones	Espacios Libres de Humo de Tabaco	De Lactancia

Los comités se han constituido con el propósito común de vigilar que la prestación de los servicios que se otorgan en el hospital tienda a mejorar la calidad de la atención.² Para Valdez Martínez *et al*, el hecho de que más de 50% de los integrantes de los comités son médicos que desempeñan un puesto directivo pone de manifiesto que para muchos, estos comités son responsabilidad de los altos niveles de la administración de las unidades de atención médica, los cuales pueden estar más interesados en velar por los intereses de la institución que por el bienestar y la protección de los derechos de los pacientes.¹¹ Por lo anterior, los comités deben ser considerados como una parte muy importante de la infraestructura necesaria para la gestión de la calidad en los hospitales y no solo un cumplimiento legal y administrativo de las instituciones de salud hospitalarias.

Se debe tomar en cuenta que los comités deben coadyuvar a la mejora de la calidad en los servicios que se ofrecen a los usuarios de la unidad hospitalaria.² Dentro de sus acciones generales deben:

- Detectar y jerarquizar los problemas.
- Definir las estrategias para resolver los problemas.
- Establecer la metodología y las acciones para operar las estrategias.
- Llevar a cabo el seguimiento y evaluación de las acciones.
- Coordinación entre los servicios
- Establecer un diagnóstico integral y tomar decisiones orientadas a mejorar la organización y funcionamiento hospitalario en servicios y áreas críticas.

Para facilitar a una unidad hospitalaria la integración de los comités que debe tener, se propone el siguiente *check list* que determina qué comités debe integrar solo marcando los servicios que ofrece:

Tabla 4. Comités por servicios que se otorgan en instituciones de salud.

Servicios ofrecidos	Comité que deberá integrarse	Marcar con X si es afirmativo
Unidades de servicios de salud	Calidad y Seguridad del Paciente	
Unidades que recetan, otorgan y/o venden medicamentos	Farmacovigilancia	
Unidades que ofrecen servicios de hospitalización	Para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales	
Unidades que otorguen servicios de salud	Expediente Clínico	
Unidades que recetan, otorgan y/o venden medicamentos	Farmacia y Terapéutica	

Unidades que realicen trasplantes de órganos	Comité interno de Trasplantes	
Unidades que se encarguen de recabar la donación de órganos y tejidos	Comité Interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos	
Unidades que otorguen servicios de salud	Seguridad e Higiene (Comisión)	
Unidades que ofrecen servicios de hospitalización	Comité Hospitalario de Bioética	
Unidades que realicen investigación	Comité de Ética en Investigación	
Unidades que ofrecen servicios de hospitalización	Comité Hospitalario de Bioseguridad	
Unidades que realicen investigación	Comité de Investigación	
Unidades que ofrecen servicios de hospitalización	Morbi-mortalidad Hospitalaria	
Unidades que ofrecen servicios de atención obstétrica	Mortalidad Materna y Perinatal	
Unidades que otorguen servicios de salud	Protección Civil	
Unidades que otorguen servicios de salud	Seguridad y Atención Médica en caso de Desastres (Comisión)	
Unidades que otorguen servicios de salud	Comité de Insumos	
Unidades que otorguen servicios de salud con seguridad social y prestaciones económicas	De licencias Médicas o Incapacidades	
Unidades que ofrecen servicios de hospitalización y realicen transfusión	De medicina Transfusional	

Unidades que otorguen servicios de salud	De adquisiciones	
Unidades sede de rotación de Residentes, internos y estudiantes	Comité de Enseñanza	
Unidades que otorguen servicios de salud	Espacios Libres de Humo de Tabaco	
Unidades que otorguen servicios de salud y que ejerzan servicios subrogados	De Servicios Subrogados	
Unidades que otorguen servicios de salud con prescripción, dotación y administración de leche materna y sucedáneos	De Lactancia	

9.4 Conclusiones

Debemos tener claro que una de las acciones médico-administrativas que tienen los administradores de los servicios de salud primordial para la calidad de la atención de los pacientes está integrada en los comités hospitalarios, ya que es una herramienta de gestión de calidad y debemos darle la importancia debida sin temer al funcionamiento de estos, no solo tomarlo como un cumplimiento a las normativas vigentes o como pérdida de tiempo. Está claro que los comités al ser integrados por un equipo multidisciplinario contemplan todas las áreas involucradas en el proceso y así obtener mejores resultados en cuestión de calidad de los procesos de salud.

9.5 Referencias

1. Definición de comité, en: <https://definicion.de/comite/>
2. Bazán-Soto A, “*Importancia de los comités institucionales en la gestión de la calidad en el hospital*”. Revista del Hospital Juárez de México 2012;Vol. 79 (1) Pág. 4.
Cfr. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121a.pdf> 1er §
3. Ley General de Salud. Última reforma publicada el 12 de julio de 2018 En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf
4. Libro: El derecho y la salud. Autor Brena Sesma, Ingrid; capítulo: *Comités Hospitalarios de Bioética. Una propuesta para su regulación Legal*. UMAN, en: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/1334-el-derecho-y-la-salud>
5. Galván-García AF, Vértiz-Ramírez JJ, Saucedo-Valenzuela AL, Poblano-Verástegui O, Ruelas-Barajas E, Sánchez-Domínguez MS. *Revisión de los resultados de la auditoría de certificación en hospitales mexicanos de 2009 a 2012*. Salud Pública Mex 2018;60:202-211. Cfr. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n2/0036-3634-spm-60-02-202.pdf> p 203 1er §
Cfr: <https://www.scielosp.org/article/spm/2018.v60n2/202-211/> Introducción 1er §
6. Lohr KN. *Medicare: A strategy for quality assurance*. Washington, DC: The National Academy Press, 1990 (Trad., López A, 2021).
7. Poblano O, Ruelas E, Rodríguez A. *El contexto internacional: ámbitos modelos y tendencias*. En: Ruelas E, Poblano O, eds. *Certificación y acreditación en los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud, 2005:17-60. <https://www.scielosp.org/article/spm/2018.v60n2/202-211/>

8. Aguirre-Gas H, “*Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006*”, Rev. Méd. IMSS, 2008; 46(5):571-80 Cfr. <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/proceso/ElProcesodeCertificacion-2018.pdf>. p. 7.
9. Consejo de Salubridad General. Manual de Proceso para la Certificación “El Proceso de Certificación”, edición Julio 2017, en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/2017/1.SiNaCEAM/EPDC-Julio2017.pdf>.
10. “*Documento de actualización de información durante la evaluación para hospitales*”. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General, en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/evaluacion/hospitales/Hospital-ActualizacionINFO-Ev2017.pdf>
11. Valdez-Martínez E, Lifshitz-Guinzberg A, Medesigo-Micete J, Bedolla M. *Los comités de ética clínica en México: la ambigua frontera entre la ética asistencial y la ética en investigación clínica*. Rev. Panam. Salud Pública. 2008;24(2):85-90.
12. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. DOF: 08/09/2017 en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5496728
- 13.- NOM-220-SSA1-2012. Instalación y Operación de la Farmacovigilancia. En: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5490830
14. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. En: <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3896/salud/salud.htm>
15. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

16. Instrucción 311/2011 de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Recomendación para la constitución del Comité de Farmacia y Terapéutica en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. En: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_311.pdf
17. NOM-019-STPS-2011 Comisiones de seguridad e higiene. En: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5185903&fecha=13/04/2011
18. Ley General de Protección Civil. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPC_190118.pdf
19. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012
20. Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público. Última Reforma DOF 10-11-2014. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_101114.pdf
21. Manual de Procedimientos del ISSSTE, capítulo 7.- Licencias Médicas. En: <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X3/201308261758599949.pdf>
22. ACDO.SA2.HCT.310517/126.PDPES del IMSS, en el cual aprobó la actualización del Manual de Integración y Funcionamiento de los Comités para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo. En: <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Manuales/2000-021-004.pdf>
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5185903&fecha=13/04/2011
18. Ley General de Protección Civil. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPC_190118.pdf
19. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012

20. Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público. Última Reforma DOF 10-11-2014. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_101114.pdf
21. Manual de Procedimientos del ISSTE, capítulo 7.- Licencias Médicas. En: <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X3/201308261758599949.pdf>
22. ACDO.SA2.HCT.310517/126.PDPES del IMSS, en el cual aprobó la actualización del Manual de Integración y Funcionamiento de los Comités para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo. En: <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Manuales/2000-021-004.pdf>

CAPÍTULO 10

Liderazgo organizacional en tiempos de cambio

Irma Pérez Contreras,¹ Irma Sánchez Ortega,¹ Dulce María Pérez Contreras,¹ María de Jesús Vergara Eumaña,¹ Pablo Sánchez Vela,² Daniel Alejandro Velasco Pérez.³

¹Profesor investigador de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Médico familiar, ISSSTE, Puebla.

³Alumno de la maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

³Maestro en Administración Estratégica por la Universidad Mesoamericana, Puebla.

10.1 Introducción

En las últimas décadas, el énfasis en el cambio ha demostrado ser una característica clave del éxito organizacional. Los cambios se introducen y se basan en un estilo de gestión adecuado, que tiene un impacto directo en el entorno de trabajo. La gestión del cambio se ha convertido en un instrumento clave en todas las organizaciones y es crucial para su supervivencia, ya que los cambios se han vuelto inevitables. La manera en que se introducen estos cambios en la práctica diaria es un componente importante de la gestión del cambio.¹

Gestionar el cambio implica una planificación e implementación cuidadosas, así como la participación de empleados. El éxito se basa en un enfoque gerencial apropiado, ya que los estilos de gestión tienen un impacto directo en la introducción del cambio al transformar las actitudes de los empleados.

Las organizaciones son sistemas sociales donde los recursos humanos juegan el papel más importante en su éxito y buen funcio-

namiento.^{1,2} La satisfacción del empleado a menudo se ve como la actitud del empleado hacia sus trabajos y organizaciones.²

Varios documentos de atención médica señalan que existe un vínculo entre la administración y la satisfacción del empleado en las organizaciones de atención médica.

Entre los factores de satisfacción, el liderazgo ha sido visto recientemente como^{3,4,5,6} un importante predictor. En particular, los investigadores reconocen la importancia de la orientación transformacional para mejorar la satisfacción de los empleados en las organizaciones de atención médica,^{7,8} ya que los profesionales de la salud a menudo trabajan en entornos de alta presión.

Esta conexión entre la orientación transformacional y la satisfacción de los empleados está bien establecida en la literatura actual.^{9,10,11} Junto con el dinámico entorno empresarial actual, los líderes transformacionales a menudo se consideran los gerentes de cambio ideales que podrían liderar a sus empleados en posiciones de incertidumbre y alto riesgo.¹² Existe una amplia gama de estilos de gestión presentados en la extensa literatura que podrían influir en la satisfacción y compromiso de los empleados, pero el liderazgo transformador se establece en primer plano con su naturaleza de apoyo, productivo e innovador.^{13,14,15}

Andrews y Dziejewski¹⁶ explican en su trabajo que el personal de las organizaciones de atención médica favorece a los gerentes que utilizan un enfoque de gestión transformacional, ya que solo tratan a los empleados y sus necesidades de manera completamente individual.

Esto puede explicarse por el hecho de que tales líderes aumentan las expectativas de los empleados, reconocen su trabajo, aumentan la satisfacción con la atención individual, la estimulación intelectual y la motivación. Además, el proceso participativo de toma de decisiones da una sensación de participación de los empleados.^{17,18}

Antes de la introducción de la gestión transformacional, el estilo transaccional se percibía como el más efectivo en las organizaciones de atención médica.¹⁹

En un estudio realizado en 200 empleados de enfermería, es decir, enfermeras y asistentes médicos, empleados por un gran hospital privado y un hospital público en Malasia. Fueron encuestados con respecto al liderazgo transformacional, el empoderamiento de los empleados y la satisfacción laboral. Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales de mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) para analizar los modelos de medición y estimar los parámetros en un modelo de ruta. Se realizó un análisis estadístico para examinar si el empoderamiento medió la relación entre el liderazgo transformacional y la satisfacción laboral. En sus resultados encontraron que el empoderamiento medió el efecto del liderazgo transformacional en la satisfacción laboral en el personal de enfermería. Y concluyeron que el empoderamiento de los empleados no solo es indispensable para mejorar la satisfacción laboral, sino que también media la relación entre el liderazgo transformacional y la satisfacción laboral entre el personal de enfermería.¹⁸

Durante los tiempos de cambio, los líderes deben establecer una base sólida de individualización.

Los tipos de liderazgo influyen en el proceso de cambio de las instituciones de salud.

En un estudio realizado por Alenka Žibe y Andrej Starc, en 2018 en cuatro centros de cuidados de la salud en Eslovenia encontraron que el éxito de los cambios introducidos se correlaciona positivamente con el liderazgo transformacional ($p < 0.05$), y se correlaciona negativamente con el Liderazgo de *laissez-faire* ($p < 0.05$). Sin embargo, dentro de la efectividad evaluada de los estilos de liderazgo, y la satisfacción con los cambios introducidos, se observó el fuerte vínculo en el liderazgo transformacional.^{19, 20}

10.2 Estilos de liderazgo

10.2.1 Liderazgo transformacional

Los líderes transformacionales son individuos visionarios que tienen un alto nivel de confianza en la organización, articulan claramente los valores básicos, tienen grandes habilidades cognitivas, creen en las personas y son sensibles a las necesidades de sus empleados. Operan sobre la base del carisma, la cooperación y la inspiración, y la gestión transformacional se observa a menudo como el comportamiento de gestión más efectivo.^{21, 22, 23} Muchos investigadores regularmente enfatizan la importancia del liderazgo transformacional durante los procesos de introducción de cambios^{24,25} ya que, en el contexto del cambio, el respeto por los empleados y su individualidad es extremadamente importante.

10.2.2 Liderazgo transaccional

El estilo de liderazgo transaccional es un sistema líder basado en la gestión de recompensas y exenciones¹⁰⁸ y consiste en intercambios simples e integrales entre el gerente y los empleados, quienes intercambian premios, reconocimientos y otros servicios para promover el efecto deseado.^{26,27,22,23,28} Los líderes usan los premios como fuente de poder para llegar a un acuerdo.¹⁰⁰ El administrador de transacciones trabaja para lograr claridad y preservar el *status quo* y funciona de manera bastante similar al método de gestión clásico.^{29,3} Los estudios realizados muestran que la combinación de la gestión del estilo transaccional y transformacional proporciona los resultados de gestión más efectivos.³⁰

10.2.3 Liderazgo *laissez-faire*

La gestión del *laissez-faire* a menudo también se entiende como “No gobernanza” en la literatura existente.^{31,30} Este estilo de gestión pasi-

va a menudo se considera ineficaz ya que estos líderes tienen poco o ningún impacto en su grupo de trabajo. Estos líderes no aceptan su responsabilidad, están ausentes y no siguen las solicitudes de ayuda y se resisten a la expresión de opiniones sobre cuestiones importantes.³² Esto permite a sus subordinados tener un alto grado de independencia y libertad de acción.²³ Las características principales de este estilo de gestión son la mala calidad del trabajo, la ineficiencia en la organización y un alto nivel de insatisfacción de los empleados.³¹ La gestión de un sistema *laissez-faire* a menudo se asocia con resultados organizacionales negativos.³³

Conclusión

Pobres estilos de liderazgo y gestión; liderazgo impaciente, defensivo, sin apoyo; falta de supervisión y orientación; controlar; y la falta de reconocimiento de las contribuciones se han identificado como estresores importantes (Jinks *et al.* 2003, Olofsson *et al.* 2003).^{34,35} Por un lado, iniciativas positivas de gestión del lugar de trabajo, como objetivos organizacionales compartidos, oportunidades de aprendizaje, desarrollo profesional, esquemas de recompensa, autonomía, estrategias de participación y empoderamiento, programas de salud y bienestar de los empleados, satisfacción laboral, estilos de gestión abiertos y estrategias de participación y empoderamiento que son consistentes con el liderazgo transformacional fomentan lugares de trabajo saludables enfocados en el personal (Clegg 2001, Yeatman y Nove 2002, Kramer y Cole 2003, McVicar 2003, Secker & Membrey 2003, Thyer 2003, Aust & Ducki 2004, Joffres *et al.*, 2004, Jooste 2004, Park *et al.*, 2004. 34-44).

Referencias:

1. Mosadeghrad AM. *Principles of health care administration*. Tehran: Dibagran Tehran, 2003. (Trad.Velasco D, 2021)
2. Mosadeghrad AM, Yarmohammadian MH. *A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction*. *Leader Health Serv*. 2006; 19(2):11-28. (Trad.Velasco D, 2021)
3. Kleinman C. *Leadership and retention: research needed*. *J Nurs Admin*. 2004; 34(3): 111-113 (Trad.Velasco D, 2021).
4. Seo Y, Ko J, Price JL. *The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea*. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(4): 437-446 (Trad.Velasco D, 2021).
5. Vance C, Larson E. *Leadership research in business and health care*. *J Nurse Scholash*. 2002; 34(2):165-171 (Trad.Velasco D, 2021).
6. Berson Y, Linton JD. *An examination of the relationships between leadership style, quality, and employee satisfaction in R&D versus administrative environments*. *R&D MANAGE*. 2005; 35(1): 51-60 (Trad.Velasco D, 2021).
7. Nielsen K, Yarker J, Randall R, Munir F. *The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: a cross-sectional questionnaire survey*. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46(9):1236-1244 (Trad.Velasco D, 2021).
8. Luo Z, Fang P, Fang Z. *What is the job satisfaction and active participation of medical staff in public hospital reform: a study in Hubei province of China*. *Hum Resour Health*. 2015; 13(1): 34 (Trad. Velasco D, 2021).
9. Walumbwa FO, Wang P, Lawler JJ, Shi K. *The role of collective efficacy in the relations between transformational leadership and work outcomes*. *J Occup Organ Psychol*. 2004; 77(4): 515-530 (Trad. Velasco D, 2021).

10. Avolio BJ, Zhu W, Koh W, Bhatia P. *Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance*. J Organ Behav. 2004; 25(8):951–968 (Trad.Velasco D, 2021).
11. Wright BE, Pandey SK. *Transformational leadership in the public sector: does structure matter?* J Public Adm Res Theory. 2010; 20(1):75–78 (Trad.Velasco D, 2021).
12. Northouse PG. *Leadership, theory and practice*. 5th ed. Sage, Thousand Oaks, CA, 2010 (Trad.Velasco D, 2021).
13. Mesu J, Sanders K, Van Riemsdijk M. *Transformational leadership and organisational commitment in manufacturing and service small to medium-sized enterprises The moderating effects of directive and participative leadership*. Pers Rev. 2015; 44(6): 970-990 (Trad.Velasco D, 2021).
14. Yahaya R, Ebrahim F. *Leadership styles and organizational commitment: literature review*. J Manag Dev. 2016; 35(2): 190–216. (Trad. Velasco D, 2021).
15. Yucel I, McMillan A, Richard OC. *Does CEO transformational leadership influence top executive normative commitment?* J Bus Res. 2014; 67(6): 1170–1177 (Trad.Velasco D, 2021).
16. Andrews DR, Dziegielewska SF. *The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention*. J Nurs Manag. 2005; 13(4): 286–295 (Trad.Velasco D, 2021).
17. Bass B, Avolio BJ. *Developing transformational leadership*. J Eur Ind Train. 1990; 14(5): 21–34 (Trad.Velasco D, 2021).
18. Nemanich LA, Keller RT. *Transformational leadership in an acquisition: a field study of employees*. Leadersh Q. 2007; 18(1): 49–68.
19. Huber DL. *Leadership and nursing care management*. 3rd ed. Philadelphia, Elsevier Inc, 2006 (Trad.Velasco D, 2021).
20. Alenka Žibe y Andrej Starc. *Healthcare organizations and decision-making: leadership style for growth and development*. J. appl. health sci. 2018; 4(2): 209–224 (Trad.Velasco D, 2021).
21. Sellgren S, Ekvall R, Tomson R. *Leadership styles in nursing*

- management: preferred and perceived.* J Nurs Manag. 2006; 14(5): 348–355 (Trad.Velasco D, 2021).
22. Martinez-Gonzalez M, Monreal-Bosch P, Perera S, Olid CS. *Public healthcare organizations: leadership or management.* Athenea Digital. 2016; 16(3): 245–257 (Trad.Velasco D, 2021).
 23. Flood PC, Hannan E, Smith KG, Turner T, West MA, Dawson J. *Chief executive style, consensus decision making, and top management team effectiveness.* Eur J Work Organ Psy. 2000; 9(3): 401–420 (Trad.Velasco D, 2021).
 24. Bass BM, Riggio RE. *Transformational leadership.* Mahwah, NJ: Erlbaum, 2006 (Trad.Velasco D, 2021).
 25. Burke WW. *Organization change: theory and practice.* Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2002 (Trad.Velasco D, 2021).
 26. Kovač J, Mayer J, Jesenko M. *Stili in značilnosti uspešnega vodenja.* Kranj: Moderna organizacija, 2004. (Trad.Velasco D, 2021)
 27. Možina S, Rozman R, Tavčar M, Pučko D, Ivanko Š, Lipičnik B et al. *Management: nova znanja za uspeh.* Radovljica: Didakta, 2002 (Trad.Velasco D, 2021).
 28. Syndell MA. *The role of emotional intelligence in transformational leadership style.* Minneapolis: Cappella University, 2008 (Trad. Velasco D, 2021).
 29. Skela Savič. *Ali so potrebne spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu?* In Skela Savič B, Kavčič BM eds. *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo.* Bled, 16 april 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2008 (Trad.Velasco D, 2021).
 30. Bass BM, Avolio BJ, Jung DI, Berson Y. *Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership.* J Appl Psychol. 2003; 88(2): 207–218 (Trad.Velasco D, 2021).
 31. Appelbaum SH, Degbe MC, MacDonald O, Nguyen-Quang T. *Organizational outcomes of leadership style and resistance to chan-*

- ge (*part one*). *Industrial and Commercial Training*. 2015; 47(2): 73–80 (Trad.Velasco D, 2021).
32. Canty LT. *Conceptual assessment: transformational, transactional and Laissez-Faire leadership styles and job performances of managers as perceived by their directreports*. Minneapolis: Capella University, 2015 (Trad.Velasco D, 2021).
 33. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E. *Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review*. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(3): 363–385 (Trad.Velasco D, 2021).
 34. Clegg A. (2001) *Occupational stress in nursing: a review of the literature*. *Journal of Nursing Management* 9, 101–106 (Trad. Velasco D, 2021).
 35. Yeatman H.R. & Nove T. (2002) *Reorientating health services with capacity building: a case study of the Core Skills in health Promotion Project*. *Health Promotion International* 17, 341–350 (Trad.Velasco D , 2021).
 36. Kramer D.M. & Cole D.C. (2003) *Sustained, intensive engagement to promote health and safety knowledge transfer to and utilization by workplaces*. *Science Communication* 25 (1), 56–82 (Trad. Velasco D, 2021).
 37. McVicar A. (2003) *Workplace stress in nursing: a literature review*. *Journal of Advanced Nursing* 22, 633–642 (Trad. Velasco D, 2021).
 38. Thyer G.L. (2003) *Dare to be different: transformational leadership may hold the key to reducing the nursing shortage*. *Journal of Nursing Management* 11, 73–79 (Trad.Velasco D, 2021).
 39. Secker J. & Membrey H. (2003) *Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work*. *Health Education Research* 18 (2), 207–215 (Trad.Velasco D, 2021).

40. Aust B. & Ducki A. (2004) *Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in Germany*. Journal of Occupational Health Psychology 9 (3), 1076–1089 (Trad. Velasco D, 2021).
41. Joffres C., Heath S., Farquharson J., Barkhouse K., Latter C. & MacLean D.R. (2004) *Facilitators and challenges to organizational capacity building in Heart Health Promotion*. Qualitative Health Research 14 (1), 39–60 (Trad. Velasco D, 2021).
42. Jooste K. (2004) Leadership: a new perspective. Journal of Nursing Management 12 (3), 217–223. (Trad. Velasco D, 2021)
43. Park K.O., Schaffer B.S., Griffin Blake C.S., Dejoy D.M., Wilson M.G. & Vandenberg R.J. (2004) *Effectiveness of a health work organisation intervention: ethnic group differences*. The Journal of Occupational and Environmental Medicine 46 (7), 623–634 (Trad. Velasco D, 2021).
44. Marriner Tomey A. *Nursing leadership and management effects work environments*. Journal of Nursing Management, 2009, 17, 15–25 (Trad. Velasco D, 2021).

CAPÍTULO 11

Importancia del liderazgo en los servicios de salud

Ortega Sánchez Irma,¹ Pérez Contreras Irma,¹ Briones Ortega Thalia,²
Luna Luna Armando.²

¹Docente de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²Alumnos de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP.

El liderazgo es una cualidad, una competencia laboral apreciada por las empresas y un ingrediente clave en todo tipo de organizaciones.

Resumen

En este documento se destaca el alcance del liderazgo en los servicios de salud, el cual es indispensable en la gobernanza de las organizaciones en salud en sus diferentes niveles, planteando estrategias de cambio en los profesionales sanitarios con el objetivo de impactar positivamente en la satisfacción del usuario y en la calidad de la atención. La enseñanza y práctica de las ciencias de la salud [...] requieren de habilidades de liderazgo y cambio organizacional,¹ por lo que la competencia en liderazgo debe ser tomada en cuenta en la planeación de la formación educativa de recursos humanos para la salud, así como también, la comunicación y la motivación que junto con el liderazgo son esenciales en el desempeño de las funciones administrativas.

Objetivo

Reconocer el liderazgo como una necesidad prioritaria en todos los servicios de salud, dada la importancia que implica en la gobernanza

de todos los niveles de salud, directivos y equipos de trabajo, para poder obtener resultados óptimos en la calidad de la atención.

Material y métodos

Análisis bibliográfico, retrolectivo, documental.

Conclusión

El Liderazgo en la Administración de Servicios de Salud, es un comportamiento prioritario de gran importancia en la medida que favorece la creación de estructuras, procesos y la sostenibilidad de las instituciones.¹ El liderazgo es necesario en los servicios de salud ya que en sus diferentes estilos se puede ejercitar y perfeccionar desarrollando diversas competencias para lograr un liderazgo positivo de acuerdo a las necesidades de cada nivel de atención, fortaleciendo la gobernanza de los sistemas de salud, la planificación estratégica y toma de decisiones efectivas y así hacer frente a desafíos cada vez más complejos, disminución de gastos y costos en la atención, formular e implementar políticas sanitarias adecuadas que mejoren sostenidamente el desempeño del sistema de salud y calidad de vida de la población.

El liderazgo es un pilar clave para el avance de las profesiones sanitarias y debe desarrollarse como una competencia, desde los estudiantes universitarios, hasta en el desempeño profesional para lograr un empoderamiento laboral y favorecer la sostenibilidad de las instituciones, por lo que un programa innovador en formación de habilidades de liderazgo construirá dirigentes excepcionales, y fortalecerá la integración del sistema mexicano de salud para así lograr el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.

Palabras clave: Liderazgo, Servicios de Salud, Gobernanza

11.1 Introducción

A través de la historia, el significado de liderazgo ha ido modificándose de acuerdo con los cambios del desarrollo humano. En sus inicios, el líder era un enviado de los dioses, quien regían su conducta de guía. Este semidios era el encargado de revelar verdades y transmitir a su grupo estos parámetros.² La figura del líder conocido desde hace milenios llama la atención por su fuerza y la gran influencia sobre la historia de los pueblos humanos. Figuras como Jesucristo, Nelson Mandela, Martin Luther King, entre otros. Mahatma Gandhi quien fue uno de los más importantes líderes del siglo XX, el cual cumplió con tres aspectos importantes del liderazgo: Supo detectar las fortalezas de su enemigo, hizo que se convirtieran en una debilidad y aprovechó las áreas de oportunidad, consideraba que los retos lo ayudaban a acercarse a sus metas, estuvo dispuesto a asumir las consecuencias de sus actos, alcanzar sus objetivos siguiendo sus propios principios: integridad y espiritualidad, lo anterior hace pensar acerca de si los líderes nacen o se hacen, de si sus procesos psicológicos son aprendidos o heredados y de cómo un líder efectivo conduce la conducta de un grupo (Amaya, 1996).³

El liderazgo, al igual que la motivación, tienen múltiples definiciones, pero en general los autores ponen en relieve que el líder debe ser esa persona que tenga el poder de influir en las emociones de los demás y pueda comunicarse clara y abiertamente para poder dirigir al grupo y conseguir los objetivos propuestos. Es el arte o proceso de influir en las personas para que participen con disposición y entusiasmo hacia el logro de las metas de un equipo.⁴ “Implica el uso de la influencia, ser un agente de cambio, ser capaz de afectar la conducta y el rendimiento de los miembros del grupo y cumplir objetivos individuales, grupales u organizacionales”.⁵

El liderazgo es un pilar clave para el avance de las profesiones sanitarias, [...] para la mayoría el liderazgo es una habilidad que hay que desarrollar en el ejercicio de la profesión y ponerlo en práctica diariamente, para otros es innato, independientemente de ello es fundamental conocer los factores de personalidad asociados al mismo y potenciarlos⁶ para favorecer su desarrollo ya que está asociado claramente a las tareas de dirección y gestión y al avance de la gestión de la calidad total en las organizaciones sanitarias.⁷

El reto para los servicios de salud está en ampliar el conocimiento y potenciar el liderazgo como factor clave de la gestión para la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad,⁸ al mismo tiempo el liderazgo en la planeación estratégica es un componente fundamental de la gestión directiva y administrativa que va más allá de ser un tema de interés empresarial desde la perspectiva de los cargos directivos, gerenciales y el personal operativo.⁹

Los retos del sistema de salud requieren recursos públicos adicionales para satisfacer la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica y poblacional, especialmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad, el gasto de bolsillo, así como alcanzar financieramente el equilibrio correcto entre las inversiones en promoción de la salud y prevención de enfermedades, por un lado y los servicios curativos, por el otro. Por lo que para aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud considerando las crecientes expectativas, tanto de pacientes como de prestadores de servicios, es urgente fortalecer el liderazgo en los servicios de salud y como una competencia laboral en el ejercicio médico para fortalecer la integración del sistema mexicano de salud y lograr el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud.¹⁰

La Academia de Liderazgo del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, publicó en 2013 un modelo de liderazgo cuyo objetivo es ayudar a los profesionales que trabajan en el sector sani-

tario, con o sin responsabilidades formales directivas, a convertirse en mejores líderes,¹¹ mediante el efecto de un liderazgo positivo que enfatiza el cuidado de los profesionales que trabajan en la organización y la alta calidad de los servicios, con los siguientes aspectos: Profesionales satisfechos, leales, productivos y comprometidos. Asistencia de alta calidad y compasiva. Servicios asistenciales valorados positivamente y satisfacción del paciente. Organizaciones sanitarias exitosas y con servicios altamente considerados. El modelo está compuesto por nueve dimensiones:¹²

1. Inspirar un propósito compartido
2. Liderar con cuidado
3. Evaluar la información
4. Conectar los servicios
5. Compartir la visión
6. Desarrollar la capacidad de engranar al equipo
7. Influir en los resultados
8. Celebrar los logros alcanzados¹³

La historia de la humanidad está llena de líderes de diversos orígenes y estilos que de alguna manera han incidido de formas positivas o negativas. La sociedad siempre ha buscado líderes, en ocasiones para orientar, en otras para dominar y en algunas más para transformar. En la actualidad, el estudio del liderazgo sigue despertando un amplio interés en la sociedad. En el ámbito educativo, los nuevos líderes deben ser capaces de gestionar oportuna y adecuadamente el cambio que las instituciones requieren, no solo para adaptarse a las nuevas condiciones sociales, sino que además puedan participar activamente en la promoción de una sociedad más justa.¹⁴

El liderazgo es considerado, como habilidad y estrategia fundamental a desarrollar por el gestor sanitario para convertirse en un líder formal que posibilite desarrollar de una manera firme su actividad profesional, siendo referente para el resto del grupo y por

supuesto de los profesionales que tiene a su cargo.¹⁵ Existen diferentes teorías y tipos de liderazgo, los más destacados son la teoría del liderazgo transformacional y la teoría del liderazgo situacional.

1. Liderazgo transformacional: Expresa claramente una visión, inspira y motiva a los seguidores y crea un clima favorable para el cambio organizacional.¹⁶
2. Liderazgo situacional: Es un modelo multidireccional, puede usarse por parte de los directivos de una empresa para influir de forma vertical y horizontal a la vez (Paul Hersey y Ken Blanchard). Es un modelo usado mundialmente, promueve la influencia en lugar de la autoridad, brinda orientación y apoyo a sus compañeros, buscando siempre su compromiso para con el trabajo o proyecto en diferentes circunstancias. Facilita la adaptación a cambios inesperados, permite tener equipos de trabajo más flexibles, aumenta la eficacia en el trabajo, crea un mejor ambiente laboral, busca el empoderamiento de los trabajadores.¹⁷

El liderazgo eficiente: Es aquel que produce un movimiento hacia el logro de lo que es mejor, a largo plazo, para los equipos de trabajo de una organización en salud.

Resulta indispensable la comprensión de procesos sociales como el liderazgo, motivación, trabajo en equipo, conflicto dentro y entre grupos y el papel de la comunicación para fortalecer la capacidad de conducción de estos directivos.

Un buen líder debe reunir cuatro condiciones:

1. Compromiso con la misión
2. Comunicación de la visión
3. Confianza en sí mismo
4. Integridad personal (prudencia, templanza, justicia y fortaleza).

Se requieren líderes que puedan reconocer con claridad la necesidad de que la organización puede proporcionar la motivación y la dirección para llevar a la empresa hasta determinado lugar; el administrador no puede lograrlo solo, requiere del involucramiento de su personal para lograr las metas y objetivos de la organización. Fue así como en el año de 1964, Robert R. Blake y Jane Mouton, establecen la cuadrilla gerencial (Figura 1), la cual tiene cinco estilos básicos de liderar y dos dimensiones:

Cuadrícula Gerencial¹⁸



Fuente: Robert R. Blake y Jane Mouton modificada.

- El interés por la producción: Incluye la actitud de un supervisor hacia una amplia variedad de temas: calidad de decisiones políticas, procedimientos y procesos, creatividad de la investigación, calidad del servicio, eficiencia en el trabajo y volumen de la producción.

- El interés por las personas: Se interpreta de forma amplia e incluye el grado de compromiso personal para la consecución de metas, el mantenimiento de la autoestima de los trabajadores, la asignación de responsabilidades con base en la confianza más que en la obediencia.¹⁹

El liderazgo debe plantear estrategias de cambio en los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar de forma continua, en la atención de pacientes como objetivo fundamental. Un liderazgo desarrollado adecuadamente en la gestión organizacional de los servicios de salud impactará positivamente en la satisfacción del usuario y en la calidad de la atención, por lo cual es importante fomentar el liderazgo en el sector salud, que el personal adquiera competencias para favorecer mejores resultados en todos los niveles, creando estructuras y procesos a favor de la sostenibilidad de las instituciones. Un programa innovador en formación de habilidades de liderazgo construirá dirigentes excepcionales, capaces de planificar y prever el camino a seguir y crear un mejor entorno para ellos y su personal, se deben fortalecer las habilidades de liderazgo unido a habilidades de gestión para favorecer la planeación estratégica y la toma de decisiones efectivas como competencia fundamental de los líderes de procesos. El concepto de liderazgo, articula la capacidad para el mejoramiento de la prestación del servicio en atención sanitaria, involucrando diferentes actores y tienen como finalidad propiciar cambios en beneficio de la población, además, es un componente fundamental del proceso de gestión organizacional como competencia de los trabajadores, para impactar en la satisfacción laboral y la calidad de la atención.²⁰

En las instituciones de salud se necesita que el personal clínico cuente con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo para que puedan generar cambios estratégicos, tanto a nivel de la or-

ganización como a nivel interpersonal, habilidades necesarias para sostener la mejora del comportamiento y los cambios de todas las personas involucradas en el cuidado de pacientes y clientes.²¹



Fuente: *De Gerentes que lideran: Un manual para mejorar los servicios de salud* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, Inc. 2007 22

El liderazgo está estrechamente unido a la motivación, existe una relación directa entre el liderazgo que ejerce el jefe y la motivación de sus trabajadores. El liderazgo que se asocia con niveles medios y altos de motivación es aquél que estimula el desarrollo humano y el avance de cada persona en su contexto laboral, lo que trae a su vez que cada persona se sienta vinculada a su trabajo y aporte de sí lo mejor que tiene. Es tarea tanto del líder como del trabajador crear un ambiente laboral propicio para el desarrollo, en el que cada parte aporte al proceso: el trabajador su alto desempeño y el líder el arte de gestionar y dirigir esos esfuerzos del grupo para alcanzar los objetivos propuestos, de ese sistema organizacional.²³

Marco de la OMS relativo a los sistemas de salud



Fuente: Liderazgo en salud. Juan Francisco Molina Rodríguez. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) 24

La OMS refiere que la gobernanza del sistema de salud es crucial para configurar su capacidad de brindar una mejor cobertura frente a desafíos cada vez más complejos como la cronicidad de las enfermedades, la presión tecnológica o las restricciones presupuestarias. Plantea la existencia de un marco normativo estratégico con el liderazgo, acompañado de una supervisión eficaz, así como de la creación de alianzas, el establecimiento de una reglamentación, la atención a la concepción de los sistemas y la rendición de cuentas. Y define que fortalecer la gobernanza del sistema de salud significa ir más allá del liderazgo y la voluntad política, para formular e implementar políticas sanitarias que mejoren sostenidamente el desempeño del sistema de salud y la calidad de vida de la población.²⁵

La globalización, las nuevas tecnologías y los cambios socio-económicos y políticos han impactado a los mercados y actividades laborales, así como a las organizaciones,³ lo cual ha transformado el rumbo de la prestación de los servicios de salud y ha afectado a la organización social médica y con ello, la imagen del médico y su autoridad ética y moral. En este panorama prevalece la raciona-

lidad técnica y económica ante la necesidad de frenar gastos y costos en la atención, y se intercambian los principios éticos por conceptos como productividad, racionalización, costo-beneficio, desempeño y el paradigma médico-social por el de la administración. La medicina como profesión tiene el compromiso de servir a la sociedad mediante la aplicación eficiente del conocimiento especializado en el marco de su propósito moral, su imperativo ético mediante un liderazgo social. No obstante, actualmente el médico sólo desempeña la medicina desde una perspectiva clínico-terapéutica, el papel del liderazgo como fortaleza en la elevación de la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios médicos es bastante discutido. La problemática reside desde que el estudiante de medicina ingresa a una facultad para convertirse en médico y no en gerente, administrador o líder de salud. La enseñanza y práctica de las ciencias de la salud se ha convertido en una tarea cada vez más compleja, saturada de retos que requieren habilidades de liderazgo y cambio organizacional, por lo que la competencia en liderazgo efectivo debe tomarse en cuenta en la planeación educativa de las escuelas e instituciones de ciencias de la salud. En las últimas décadas la producción académica sobre liderazgo ha tenido una verdadera explosión, y se requiere que los docentes y educandos que viven la formación de recursos humanos sean conscientes de la necesidad de usar esta información en su desarrollo personal.^{26,27}

Debido a que en ocasiones la capacidad laboral se ve rebasada y carece de preparación en las áreas de liderazgo y gerencia, esta situación que puede repercutir en la calidad de atención y servicios que brinda a sus pacientes, lo cual requiere la inclusión curricular de principios básicos de administración, para la formación de líderes como nuevo paradigma de la atención médica, lo cual implicaría, contar con formadores de opinión, elementos que sepan crear, soñar, ejecutar y convocar seguidores en torno de un ideal, con lo

cual comprenderíamos al liderazgo médico como la grandeza que el gerente y el médico puede lograr para promover la salud y tornarla accesible a todos, sin distinción de raza, credo o cultura, así como también favorecer la satisfacción laboral , mejorando los indicadores como el absentismo.²⁷

Diversos autores de diferentes instituciones han descrito sus diferentes puntos de vista respecto al liderazgo, los cuales son de importancia a considerar.

La actualización del Informe de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) describe que, sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud, las habilidades en comunicación y liderazgo son esenciales en el desempeño de la función directiva, siendo, sin embargo, dos de las habilidades en las que más queda por trabajar.²⁸

“La falta de ‘capacidad gerencial’ en todos los niveles del sistema de salud es citada con mayor frecuencia como una ‘restricción determinante’ para la expansión de los servicios y el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio” (Egger *et. al* 2005). OMS.

En la Administración, el liderazgo es un aspecto importante en la capacidad de establecer la dirección, influenciar y alinear a los demás hacia un mismo fin, motivándolos y comprometiéndolos hacia la acción y haciéndolos responsables por su desempeño. En las principales competencias técnicas de los directivos se encuentran el liderazgo, motivación, delegación de funciones, empoderamiento, comunicación, toma de decisiones y manejo del estrés. Dentro de una buena dirección debe haber tres habilidades básicas: liderazgo, motivación y comunicación. En las organizaciones, el liderazgo es muy importante ya que para crecer y perdurar dependen no solo del liderazgo de sus dirigentes, sino de la formación de líderes que estos propicien.

El liderazgo tiene cuatro componentes importantes:

1. La capacidad de utilizar el poder con eficacia y de manera responsable.
2. La capacidad de comprender que los seres humanos tienen diferentes fuerzas motivadoras en distintos momentos y en diferentes situaciones.
3. La capacidad de inspirar.
4. La capacidad de actuar para desarrollar un clima propicio, despertar motivaciones y hacer que respondan a ellas.²⁷

Los estudios destinados a comparar a hombres y mujeres que ya ocupan posiciones de liderazgo revelan la ausencia de resultados concluyentes y ponen de manifiesto la compleja naturaleza de la relación existente entre los estilos de liderazgo y el género.

Estas investigaciones reflejan, entre las principales causas que motivan este comportamiento, factores relacionados con la reproducción de la división sexual del trabajo en la sociedad patriarcal que sitúa roles diferenciados para unas y otros y la dirección se mantiene como un puesto típicamente masculino.

Por otra parte, el predominio de estilos de dirección basados en patrones masculinos, puestos en práctica tanto por mujeres como por hombres no favorece el acceso equitativo a los puestos más altos de toma de decisiones.²⁹

El liderazgo en la Administración de Servicios de Salud debe estar dirigido a los principios de calidad en la actividad diaria, y conducir a los servidores públicos para que estén dispuestos a adquirir experiencias de éxito y profesionalización propiciando una cultura de Calidad Total. El liderazgo es clave en el ámbito de la gestión sanitaria, pero también es fundamental en el ámbito asistencial y clínico. Schwartz y Pogge consideran que la mayoría de los médicos poseen “madera” de líderes, pero carecen de habilidades técnicas necesarias para ello. La eficacia de los gestores sanitarios dependerá de una serie de competencias encaminadas a gestionar las distintas

relaciones dentro y fuera de la organización.⁽²⁾

El considerar al liderazgo, como competencia, incluye el aprendizaje de aspectos relativos a la eficacia como ejecutivo y el desarrollo de una visión compartida por las personas que componen la organización, el aprender a poner en cuestión nuestros propios esquemas mentales para estar receptivos a las distintas apreciaciones sobre un sistema, fomentar la formación de los equipos que componen la organización, usar la teoría de los sistemas para entender la organización como un todo.

El liderazgo es una herramienta administrativa en la cual se consideran diferentes áreas del conocimiento y sus competencias correspondientes.

5. Inteligencia emocional.
 - a. Autoconciencia o autoconocimiento
 - b. Autocontrol
 - c. Automotivación (proactividad)
 - d. Empatía
 - e. Habilidades sociales
 - f. Entrenamiento
 - g. Facilita los procesos de aprendizaje, busca que los directivos y líderes aprendan a trabajar con sus equipos, generando nuevas posibilidades de acción y permitiendo la obtención de los resultados esperados.
6. Programación Neurolingüística. (PNL)
 - a. Comunicación intrapersonal
 - b. Comunicación interpersonal
 - c. Proactividad: también citada en Inteligencia Emocional (automotivación)
7. Eneagrama de la personalidad
 - a. Una herramienta para lograr empresas emocionalmente inteligentes por medio del conocimiento de los demás

8. Liderazgo
 - a. Toma de decisiones
 - b. Organización y coordinación
 - c. Desarrollo y evaluación del rendimiento
 - d. Confianza en sí mismo
 - e. Positividad
9. Motivación
 - a. Motivar a su equipo
10. Comunicación
 - a. Habilidades de comunicación: escrita y verbal (dar mensajes claros y homogéneos)³⁰

Entre las habilidades se pueden incluir: la contabilidad de costos, finanzas, gestión por procesos, economía sanitaria, ética, marketing, psicología de las organizaciones, sistemas de información, análisis cuantitativos, planificación estratégica y política sanitaria.

Los buenos líderes en servicios de salud son quienes mediante los siguientes denominadores comunes proporcionan ayuda al personal, a sentir que son los principales interesados en su sistema de prestación de atención médica y ser su voz en la toma de decisiones clínicas y financieras al más alto nivel que pueden conducir a la prestación de atención médica de calidad: 1. Confianza: entre los médicos y luego entre ellos y la gerencia y la junta directiva. 2. Cultura y actitudes positivas del médico. 3. Liderazgo médico efectivo. 4. Atención al paciente. 5. Fuerte orientación del equipo. 6. La verdadera responsabilidad de todos los interesados.³¹

Para ejemplificar la prioridad del desarrollo tan necesario del liderazgo en los Servicios de Salud me permito comentar la presentación del Dr. Milton Terris en la XIV conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, Taxco, México. Esta conferencia representa una buena parte del liderazgo

intelectual de la salud pública en las Américas; donde se plantea la necesidad de formar líderes en el campo de la epidemiología y salud pública y lo más problemático es que actualmente aún está en vías de resolución, al igual que muchas otras necesidades, por falta de liderazgo entre algunas otras competencias.

Define que los líderes que ocupan posiciones ejecutivas deben aceptar la nueva dirección, y aquellos que tienen la capacidad de dirigir deben estar en puestos de mando, o en posición de convencer y ayudar a aquellos que están a cargo de que se muevan adecuadamente en la nueva dirección, para lo cual se plantea las siguientes recomendaciones específicas para procurar un auténtico liderazgo, para guiar y ayudar a otros en un camino nuevo y necesario:

1. Apoyar el desarrollo de administraciones gubernamentales que asignen alta prioridad a la salud, educación y bienestar de la población.

2. Apoyar el nombramiento de líderes de departamentos de salud, escuelas de salud pública y departamentos de medicina comunitaria, preventiva y social que estén comprometidos con la nueva dirección.

3. Educar a los líderes de salud pública, de política, del público y de las profesiones de salud, sobre la importancia de poner en marcha la segunda revolución epidemiológica y la conquista de las principales enfermedades no infecciosas.

4. Atraer a los mejores jóvenes al campo de la epidemiología y la salud pública aumentando su atractivo como carrera; aportando apoyo financiero adecuado para logros verdaderos, mantener el progreso y asegurar satisfacción en el trabajo.

5. Fortalecer las escuelas de salud pública; apoyo presupuestario; reformar los programas de estudio en la nueva dirección del campo de la salud, ingeniería, estadística, ciencias sociales y otras disciplinas de la salud pública.

6. Las Américas necesitan más epidemiólogos bien entrenados en enfermedades no infecciosas.

7. Los departamentos de medicina comunitaria, preventiva y social necesitan bastante fortalecimiento para convertirse en departamentos importantes en las facultades de medicina.

8. Por último, en la función clave de la Organización Panamericana de la Salud, ayudaron y alentaron en todo momento demostrando que cuentan no solo con posiciones de liderazgo sino, con la capacidad de ser líderes, con la capacidad de conducir una institución.³²

11.2 Referencias

1. Sánchez M. *Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo?* Investigación en Educación Médica, vol. 4, núm. 14, abril-junio, 2015, pp. 99-107. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México.
2. Sánchez M. *Mal liderazgo en una tienda departamental*. A#5.org. proy1.PDF.docx.
3. Beristain M. *El liderazgo según Mahatma Gandhi*. Emprendedores news. 2017. <https://emprendedoresnews.com/liderazgo/el-liderazgo-segun-mahatma-gandhi.html>
4. Flores N. *El liderazgo. Definición, objetivos, estilos, funciones y técnicas*. <https://www.gestiopolis.com/el-liderazgo>
5. *Op cit*.
6. Cfr. <https://www.gestiopolis.com/el-liderazgo/> *El liderazgo* 2° §. *Op cit*
2. Pinzón O. *El liderazgo en los servicios de salud*. Vol. 6, Núm. 1 (2014): Revista Ciencia y Salud Virtual, p 49. <https://doi.org/10.22519/21455333.413>

3. Cfr. <https://doi.org/10.22519/21455333.413> Pinzón O. Rev. CSV 2014; 6 (1): 37-53 40 El Liderazgo en los Servicios de Salud, p 49.
8. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. Dantés Octavio Gómez, Sesma Sergio, Becerril Víctor M., Knaul Felicia M., Arreola H, Frenk Julio. *Sistema de salud de México*. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 En [citado 2019 Mayo 18]; 53(Suppl 2): s220-s232:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es
Góme O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. *Sistema de salud de México*. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2: S220-S232.
6. Ayuso D, Herrera I. *Liderazgo en los entornos sanitarios*. Formas de gestión. (2018). Edit. Díaz de Santos. ISBN 978-84-9052-118-2.
7. *Ibid*, Cfr. P 18.
8. C Vázquez A. *Interdependencia entre el liderazgo transformacional, cultura organizacional y cambio educativo: una reflexión*. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, vol. 11, núm. 1. 2013, pp. 73-91. Red Iberoamericana de Investigación Sobre Cambio y Eficacia Escolar Madrid, España.
9. Cfr. <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490520796.pdf>. p. XIV. 1er §.
10. Cfr. https://books.google.com.mx/books?id=v-35KDwAAQBAJ&pg=PA28&lpg=PA28&dq=Expresan+claramente+una+visi%C3%B3n,+inspiran+y+motivan+a+los+seguidores,+y+crean+un+clima+favorable+para+el+cambio+organizacional&source=bl&ots=zieKTO2NYg&sig=ACfU3U05c2eDVJe21HIkJL38i_

mcYaACLA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjhr8bW2aT-nAhVHKqwKHUzzBdAQ6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q=Expresan%20claramente%20una%20visi%C3%B3n%20%20inspiran%20y%20motivan%20a%20los%20seguidores%20%20y%20crean%20un%20clima%20favorable%20para%20el%20cambio%20organizacional&f=false p. 28. Chiavenato I. Comportamiento organizacional: la dinámica del éxito en las organizaciones. McGraw-Hill, 2009. p. 28.

11. Cfr. <https://es.slideshare.net/ElvisUOmar/23062014-administracion-una-perspectiva-global-y-empresarial-14-edi-koontz>
17. Koontz H. Administración una perspectiva global, empresarial y de innovación. Edit. McGraw-Hill. Edición 15.
12. Cfr <https://es.slideshare.net/pedroespinoargas/pedro-espino-vargas-y-liderazgo> 9/17 Espino P. Liderazgo. <https://es.slideshare.net/pedroespinoargas/pedro-espino-vargas-y-liderazgo>
13. Kendrick M. Advocacy as Social Leadership. *International Journal of Leadership in Public Services*, The. 2008;4(3):62-70.
14. Pinzón O. *Liderazgo en los servicios de salud*, Rev.Ciencias de la Salud. revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/download/413/347/
15. *De Gerentes que lideran: Un manual para mejorar los servicios de salud*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, Inc. 2007
16. <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>
17. Sánchez Jacas Isolina, Brea López Isabel Luisa, De La Cruz Castro María Caridad, Matos Fernández Ivette. Motivación y liderazgo del personal del subsistema de servicios generales en dos hospitales maternos. *ccm* [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Mayo 19]; 21(2): 434-444. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200009&l-

- ng=es.Sanchez I, Brea I L, De la Cruz MC, Matos I. Motivación y liderazgo del personal del subsistema de servicios generales en dos hospitales maternos. *Correo científico Médico*. Vol. 21, No. 2 (2017).
18. 12.36. *Liderazgo en salud*. Juan Francisco Molina Rodríguez. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) <http://docplayer.es/27379435-Liderazgo-en-salud-juan-francisco-molina-rodriguez-centro-de-investigacion-en-sistemas-de-salud-ciss.html>
 19. <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/>
 20. *Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo?* Investigación educ. médica [online]. 2015, vol.4, n.14, pp.99-107. ISSN 2007-5057
 21. Oscar Castañeda O. El papel del liderazgo en la gestión médica, *rev. Atención familiar*, vol. 22. Núm. 1. páginas 1-31 (enero - marzo 2015)
 22. <https://sedisa.net/2018/06/15/liderazgo-y-comunicacion-estrategica-fundamentales-para-los-directivos-de-la-salud-en-su-funcion-de-promover-la-transformacion->
Sociedad española de directivos de la salud (SEDISA). Liderazgo y comunicación estratégica, fundamentales para los directivos de la salud en su función de promover la transformación del modelo sanitario. Publicado el 15 junio, 2018
 23. Jorna Calixto A, Castañeda Abascal I. *Estilos de dirección en salud en Cuba desde la perspectiva de género*. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(2): 290-297, <http://scielo.sld.cu> 290
 24. Hernández Andrés. *Competencias “actuales” de liderazgo*. Sep. 2009 <http://www.pmfarma.com.mx/articulos/200-competencias-actuales-de-liderazgo.ht>

25. Lyons MF. *Common denominators of success*. Physician Exec. 2001 Mar-Apr; 27(2):84-5.
26. M Terris. *La epidemiología y el liderazgo en salud pública*. 1989 hist.library.paho.org/Spanish/EPID/8358.pdf.

CAPÍTULO 12

Las nuevas tecnologías en la administración de servicios de salud

Velasco Pérez Daniel Alejandro,¹ Pérez Contreras Irma,² Reynaud Calderón María Fernanda,³ Flores Luna Roberto.³

¹Profesor en Administración Estrategia por la Universidad Mesoamericana de Puebla.

²Profesor-investigador de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

³Alumnos de la Maestría en Administración de Servicios de Salud de la FM-BUAP.

12.1 Introducción

La *Office of Technology Assessment* (OTA) de Estados Unidos, definió el concepto de evaluación de tecnologías como: “La forma de investigación que examina las consecuencias clínicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología, tanto en el corto como en el mediano plazo, así como los efectos directos e indirectos, deseados y no deseados”.¹

El objetivo de los *Enterprise Technology Services* (ETS) es proporcionar elementos que orienten la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la cobertura del aseguramiento sanitario o la asignación de recursos, lo que incluye la adquisición de equipos, para lo que se requiere de la interdisciplinariedad sistemática para que diversas disciplinas de las ciencias de la salud concurren a través de la evidencia científica en la búsqueda de los elementos para alcanzar tal propósito.²

No es adecuado hablar de adquirir una tecnología específica sin precisar cómo, cuándo y por qué adquirir y utilizar una nueva tecnología concreta en el ámbito de la salud.³

Uno de los principales atributos de los ETS y tal vez el principal es su utilidad en la toma de decisiones. Sin embargo, no se pretende sustituir a quien tiene la responsabilidad de la decisión sino facilitar el proceso con elementos relevantes de información.⁴

Los ETS incluyen múltiples elementos de epidemiología, costos, efectos clínicos, seguridad en su utilización, la valoración técnica, características sociales, entre otros. La información tiene como objetivo organizar la evidencia de cada uno de los criterios de evaluación.⁵⁻⁸

Muchas son las estrategias metodológicas sobre qué aspectos de una tecnología sanitaria se deben evaluar al realizar un ETS. La *European Network for Health Technology Assessment* (EUnetHTA) estableció una guía para la aplicación de los ETS como un marco de referencia para cada país y localidad, que se reconoce como Modelo Core. Este modelo es una guía para la valoración de las nuevas tecnologías y consiste en una lista de preguntas con diferentes temas que conducen a la toma de decisiones para considerar o no, la introducción de dicha tecnología. Sin embargo, en algunas situaciones puede presentarse una brecha en la decisión por el contexto local y las necesidades específicas de cada lugar, pues los resultados pueden ser difíciles de entender o inclusive de implementar; así, una adaptación posterior el Modelo Core hace preguntas de investigación potencialmente relevantes para orientar el contenido de ETS y proporciona información y direccionamiento sobre los métodos de evaluación de tecnologías en salud para ayudar a responderlas.⁹ El Modelo Core se divide en nueve dominios:

1. El problema de salud y el uso actual de la tecnología.
2. La descripción y características técnicas de la tecnología.
3. La seguridad.
4. La eficacia clínica.
5. Económico.

6. ético.
7. organizativo.
8. Social.
9. Los dominios de aspectos legales.

Cada dominio se divide en una serie de preguntas genéricas, que son los elementos de evaluación del modelo.¹⁰

Existen experiencias latinoamericanas con el uso de este modelo como es la iniciativa regional DIME o decisiones informadas de medicamentos con la participación de países como Colombia, Ecuador y México.¹¹

Para iniciar ETS Hospitalarios se han usado las condiciones que establece las siglas “TICO” que reúne todas las condiciones necesarias para iniciar ETS hospitalarios:¹¹

1. Tecnología. ¿Cuál es la tecnología propuesta? Debe incluir el nombre y el tipo de la tecnología, se describe en detalle suficiente para distinguirla de otras tecnologías comparables.¹²

2. Indicación. ¿Cuáles son los individuos “objetivo” y el propósito del uso de la tecnología? ¿Para qué propósito se requiere la tecnología: diagnóstico, tratamiento, prevención, tamización, monitoreo?

3. Comparador. ¿Cuál es la tecnología utilizada actualmente en el hospital como una alternativa para la comparación?¹²

4. Resultados. ¿Cuáles son los resultados pertinentes? Los beneficios esperados que pueden lograrse mediante el uso de la tecnología propuesta, que podrán referirse directa o indirectamente al beneficio para el paciente, personal, organización o en relación con los costos.^{12,13}

Hay diferentes enfoques para priorizar la selección de las tecnologías en los hospitales cuando hay múltiples propuestas para evaluar. En algunos hospitales, la elección se prioriza de acuerdo con la urgencia, el potencial impacto sobre el presupuesto, los beneficios para la salud que se esperan, entre otros. En otras instituciones, la

priorización de tecnologías para los ETS se hace en reuniones periódicas de un consejo de investigadores, médicos y líderes que representan todos los departamentos.^{12,13} En cuanto a los criterios de priorización para la introducción de tecnologías dentro del hospital, tales como equipos médicos que deben ser incluidos en el plan de salud, se puede realizar un análisis multi-criterio en el que se asignan diferentes pesos a cada aspecto y una puntuación final para determinar un orden de prioridades. Los criterios aplicados son:

1. La presencia o ausencia de la tecnología en el hospital, así como su nivel de obsolescencia.
2. La pertinencia de las actividades relacionadas con la tecnología que se introdujo.
3. El impacto de la tecnología sobre la organización (en el personal y en la infraestructura física).
4. El potencial estratégico de la tecnología. Teniendo en cuenta los escasos recursos de los hospitales para la inversión en nuevas tecnologías, el papel de la unidad de ETS es también importante en la identificación y evaluación de las tecnologías que tienen poco o ningún beneficio para la salud.^{12,13}

La eliminación parcial o total de los recursos asignados a las tecnologías con un beneficio terapéutico limitado e impide una asignación ineficiente de los recursos y hace que sea posible volver a invertir en otros ETS de mayor beneficio tanto para el hospital como para los pacientes.^{14,15}

Cabe resaltar que para llevar a cabo una mejora constante en los procesos de ETS basada en hospitales es vital tener presente la innovación, que va de la mano con el medio externo y su dinámica constante, con el fin de tener un buen desempeño en las unidades hospitalarias por medio de sistemas de auto-regulación y seguimiento.^{12,14,15} Para esto se requiere de un enfoque pragmático, un grupo multidisciplinario y evaluaciones constantes, además un intercambio

permanente con otras unidades de ETS basadas en hospitales que permitan la retroalimentación y generar cambios locales, mejor admisión y gestión de los ETS.¹⁶

Se propone que los ETS basados en hospitales genere bases de almacenamiento que alimente bases nación y permite que cualquier persona interesada pueda ver los resultados, así como el proceso mediante el cual se han tomado las decisiones. Otros hospitales llevan a cabo revisiones internas de la evaluación y las envían a un colega externo del hospital para su revisión, por ejemplo, en Noruega, todos los mini-HTA son revisados por expertos externos de otro hospital. La revisión externa también se puede llevar a cabo por varios profesionales de diferentes orígenes, es decir, los informes realizados por la unidad de ETS hospitalarios son revisados por el médico que solicita la evaluación, el jefe del departamento clínico involucrado, el jefe del departamento de finanzas, por el bioingeniero y el director médico, si es necesario. Garantizar la independencia de determinados grupos de interés es una de las recomendaciones que surgieron de un estudio mundial sobre las mejores prácticas en evaluaciones tecnológicas sanitarias. Sin embargo, a pesar de que la independencia debe garantizarse no solo a los proveedores de la tecnología de la salud que se está evaluando, sino también a los usuarios potenciales de la tecnología y al organismo de financiamiento del programa de ETS, los proveedores de la tecnología están en continua interacción con los médicos y las decisiones han de tomarse muy cerca del paciente, el mantenimiento de dicha independencia durante todo el proceso de evaluación es crítica, sin que existan propuestas para disminuir la selección de la tecnología, diferencia los ETS propiamente dicha. En la segunda dimensión de las unidades de evaluación hospitalarias es importante la orientación de las evaluaciones, el liderazgo y comunicaciones del área encargada de las mismas, la clara definición

de los criterios de selección de las tecnologías a evaluar, la identificación de tecnologías existentes que aportan poco o no aportan a la salud de los pacientes, la búsqueda de nuevas formas para innovar en las instituciones de salud, la colaboración con otras unidades y con organismos nacionales o regionales.¹⁴ Hay diferentes enfoques para priorizar la selección de las tecnologías en los hospitales cuando hay múltiples propuestas para evaluar. En algunos hospitales, la elección se prioriza de acuerdo con la urgencia, el potencial impacto sobre el presupuesto, los beneficios para la salud que se esperan, entre otros 60. En otras instituciones, la priorización de tecnologías para los ETS se hace en reuniones periódicas de un consejo de investigadores, médicos y líderes que representan todos los departamentos. En cuanto a los criterios de priorización para la introducción de tecnologías dentro del hospital, como equipos médicos que deben ser incluidos en el plan de salud, se puede realizar un análisis multi-criterio en el que se asignan diferentes pesos a cada aspecto y una puntuación¹⁵ y renovarlo constantemente por los rápidos cambios de las tecnologías en general. Finalmente, hay que valorar los resultados financieros en compañía de la medición del impacto global de la recomendación; otros indicadores en términos de costos son por ejemplo cantidad de dinero obtenido de fuentes financieras, rendimiento, productividad, grado de eficiencia de una organización en particular.¹⁶ La productividad puede medirse por el volumen o la cantidad de acciones que se realizan de acuerdo con un conjunto predefinido de actividades. Es importante definir que la productividad debe estar vinculada con la calidad y utilidad de los productos de evaluación, lo que puede ser medido por la satisfacción del cliente. La satisfacción del cliente es un indicador clave del impacto del desempeño de una unidad de ETS hospitalarios.¹⁷

12.2 Conclusión

Los ETS facilitan los procesos de toma de decisión en la adopción de nuevas tecnologías, debe hacer uso de los criterios de seguridad, efectividad, eficacia, riesgo, equidad y costos con base en el conocimiento científico y en los análisis en los diferentes niveles de decisión, mediante diferentes metodologías seleccionadas y aplicadas según el contexto local y las necesidades específicas para lograr unos adecuados ETS y aplicabilidad de los resultados en la institución. El reto que tiene cada país es la apropiación de metodologías de evaluación de tecnologías en hospitales y el sector de prestación de servicios con objeto de determinar cuál modelo utilizar, como el “AdHopHTA”, en lo que respecta a la primera dimensión del mismo y dependiendo de la complejidad de cada unidad hospitalaria para definir si simplemente es lector crítico de evaluaciones de tecnologías, o de no existir las mismas por la velocidad de la innovación estructurar un proceso de evaluación e identificación de roles dentro de sus equipos científicos, especializar áreas de la organización por medio de la creación de una unidad de evaluación de tecnología en salud en el hospital o por grupo de hospitales por la inversión que implica tener equipos de alto desempeño. Cualquiera que sea la decisión deberá utilizar idealmente herramientas que evalúen múltiples criterios para la toma de decisiones sobre el impacto epidemiológico de estas tecnologías y apoyar los procesos de organización nacional o regional en la aplicación de los ETS.¹⁸

Varias son las ventajas que traerán para los próximos años los continuos avances tecnológicos en el sector salud. Los laboratorios serán cada vez más capaces de realizar pruebas internamente y reducir su dependencia de los servicios de tercerización, así como aumentar su productividad. De igual manera, el personal médico realizará funciones más allá de las operaciones de rutina, lo que facilitará la

interacción con el paciente, las finanzas, los servicios de comercialización y la planeación estratégica.

De acuerdo con Restrepo, en un futuro cercano las grandes ciudades contarán con sistemas de salud compuestos por grandes monopolios que podrán prestarles a los pacientes servicios a distancia dominados por la telemedicina, las citas a un clic y los diagnósticos casi inmediatos.¹⁹

12.3 Referencias

1. Congress US. Office of Technology Assessment. *Assessing the efficacy and safety of medical technologies*. Publ. No OTA-75 Wash DC US Gov Print Off. 1978 (Trad. Velasco D, 2021). Cfr. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704006.pdf> p. 122.
2. Rettig RA, Harman AJ. *The Development of Medical Technology*. 1979 [citado 27 de abril de 2016]; Recuperado a partir de: <http://www.rand.org/pubs/papers/P6291/>. Cfr. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704006.pdf> Parte del párrafo anterior en <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704006.pdf>.
3. Committee NH, others. *District health board decision-making about new health interventions: a background paper*. Wellingt Natl Health Comm. 2006. Cfr. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704006.pdf> p. 122.
4. Maynard A. *Transparency in health technology assessments*. *BMJ* 2007; 334(7594):594–595. Cfr. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704006.pdf> p. 124.
5. Pasternack I, Anttila H, Mäkelä M, Ikonen T, Räsänen P, Lampe K. *et al. Testing the HTA Core Model: Experiences from two pilot projects*. *Int J Technol Assess Health Care* 2009; 25(S2):21–27.

6. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. *Evaluación de metodologías para la salud*. Documento metodológico. Cenetec, México; 2010.
7. Buglioli Bonilla M, Pérez Galán A. *Evaluación de tecnologías de salud*. Rev Médica Urug. 2002; 18(1): 27–35.
8. Conde Olasagasti JL. *Evaluación de tecnologías médicas basada en la evidencia*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998.
9. Committee MSA, others. *Guidelines for the assessment of diagnostic technologies*. August; 2005.
10. Vid <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159049704006.pdf>. p. 125.
11. Observatorio Medicamentos de Alto Impacto Financiero (MAIF). *Decisiones informadas sobre medicamentos de alto impacto financiero*. [Citado 28 de abril de 2016]. <http://www.omaif.org/>
12. Harold Thimbleby, Technology and the Future of Healthcare. *J Public Health Res*. 2013 Dec 1; 2(3): e28. Published online 2013 Dec 1. doi: 10.4081/jphr. 2013.e28. PMID: PMC4147743. PMID: 25170499.
13. Samprietro-Colom L, Lach K, Escolar I, Sroka S, Soto M, Cicchetti A, et al. *A handbook and a toolkit for hospital-based Health Technology Assessment*. Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res 2015; 18(7): A556.
14. Poulin P, Austen L, Kortbeek JB, Lafrenière R. *New technologies and surgical innovation five years of a local health technology assessment program in a surgical department*. Surg Innov. 2012; 19(2): 187–199.
15. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. *Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices*. Aust N Z Health Policy 2007; 4(1):23.

16. Lafortune L, Farand L, Mondou I, Sicotte C, Battista R. *Assessing the performance of health technology assessment organizations: A framework*. Int J Technol Assess Health Care 2008; 24(1): 76-86.
17. Juzwishin D, Olmstead D, Menon D. *Hospital-based technology assessment programmes: two Canadian examples*. World Hosp Health Serv Off J Int Hosp Fed 1995; 32(2):2-9.
18. Barrientos JG, Marín AE, Becerra L, Tobón MA. *La evaluación de nuevas tecnologías en salud en hospitales: revisión narrativa*. Med U.P.B. 2016;35(2):120-134. DOI:10.18566/medupb.v35n2.a06
19. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1068-cc24-571-cenetec&Itemid=493

CAPÍTULO 13

La importancia de la mercadotecnia en los servicios de salud

Muñoz Guarneros Carlos Omar,¹ Delgado Fuentes Yolanda,² Pérez Contreras Norma,³ Moyol Aguilar Mario,⁴ Badillo Morales Hilda Wendy.⁴

¹Profesor e investigador de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

²MC en mercadotecnia.

³Médico familiar UMF 1, IMSS, Puebla.

⁴Alumnos de la maestría en Administración de Servicios de Salud de la FMBUAP. Correo: carlos.munoz@correo.buap.mx

13.1 Introducción

El presente capítulo busca esbozar de una manera clara, precisa y accesible la importancia de la mercadotecnia dentro del área de servicios de salud, mostrando de forma sencilla y entendible qué es, cómo funciona, la importancia de la aplicación de ésta en los servicios de salud, así como un ejemplo muy breve del alcance, beneficio y enfoque que se debería aplicar para obtener resultados óptimos.

13.2 ¿Qué es la mercadotecnia?

La palabra mercadotecnia evoca una polisemia de significados, ya que ésta es utilizada como sinónimo de: *lavado de cerebro* en pro del consumismo exacerbado o publicidad engañosa o promoción de productos y servicios milagrosos o una actividad inherente a empresas privadas (que si bien éstas hacen un uso a veces excesivo, el fin justifica el medio ya que éstas viven de sus ventas) o simplemente confundir a la mercadotecnia con el mero acto de vender, y esto

solo por mencionar algunos de los equívocos cuya connotación tiene cierta tendencia negativa hacia una actividad que en realidad, bien aplicada y comprendida abre un panorama de posibilidades tanto personales, profesionales, para empresas privadas, como para empresas públicas y sí, usted ha leído bien, también tiene una gran aplicación dentro de la empresa pública.

Pero para poder entender dicha aplicación hay que comenzar por definir esta actividad. Acorde con la *American Marketing Association* (2013) (Trad. Muñoz O. 2021) se puede definir a la mercadotecnia como: La actividad, *el conjunto de instituciones y procesos para crear, comunicar, entregar e intercambiar ofertas que cuenten con valor para los clientes, clientes, socios, así como a la sociedad en su conjunto.*

Aunque, es común escuchar que se mencione que la mercadotecnia es una ciencia, no lo es; más bien es un conjunto de técnicas que se van adaptando a lo heterogéneo del mercado y el hecho de que existan varias técnicas hace que se cuente con múltiples herramientas para identificar, analizar y posteriormente trazar un rumbo de acción.

Esto es algo que ya se hace en salud. Cuando los estudios de salud pública realizan un trabajo de identificación de problemas, un levantamiento de información, un análisis de ésta y posteriormente un trabajo de determinación de políticas públicas para la solución o atención de dichos problemas, lo cual es equivalente a lo que se hace en mercadotecnia, pero con el matiz de que posterior a estos pasos la mercadotecnia busca que la solución llegue a quien deba llegar, optimizando siempre el recurso monetario (esto es, haciendo la premisa básica de la administración: Hacer más con menos siempre y en todo momento) y mejorando el alcance y posicionamiento de dicha solución. Lo anterior implica que la solución puede ser: un producto, un servicio o una mezcla de ambos, lo cual operativamente complica el costo, pues no es lo mismo mover medicinas que mover servicios o hacer promoción de fármacos, que hacer promoción de

programas de salud o promocionar hospitales. Lo que lleva a pensar que esto es algo exclusivo “del sector privado”, sin embargo, es algo que ya se hace en el sector público, solo que por la naturaleza del mismo, las acciones no resaltan tanto pues se ocupan más de ajustar una solución en su funcionalidad e impacto real en el estado de la salud de la población, que, en volverlo atractivo, pues se tiene la idea de que lo público debe ser solo funcional y no debe ser atractivo. Y este punto, es justo donde hoy la mercadotecnia tiene un punto de entrada en el sector público pues ésta pueda ayudar a volver atractivo no sólo a su oferta de bienes y servicios, sino, al sector en sí.

De acuerdo con Kotler (2013) siempre hay que considerar que para poder hacer un buen trabajo mercadológico es muy importante lograr identificar tres aspectos:

1. La *necesidad* del cliente.
2. El *deseo* (o la forma) de cómo lo quiere o cómo es que esto le podría ser más atractivo.
3. Su *demanda*, es decir, acorde a su nivel socioeconómico. ¿Cuánto está dispuesto a invertir en su salud.

13.3 Etapas del proceso de mercadotecnia estratégica aplicado a las organizaciones de salud

Como todas las actividades, la mercadotecnia también tiene un proceso claro y definido para la consecución de un objetivo planteado y los pasos son los siguientes:

Paso 1.— Determinar cuál es la problemática en la entidad organizacional que se tiene y que la mercadotecnia podría ayudar a abordar.

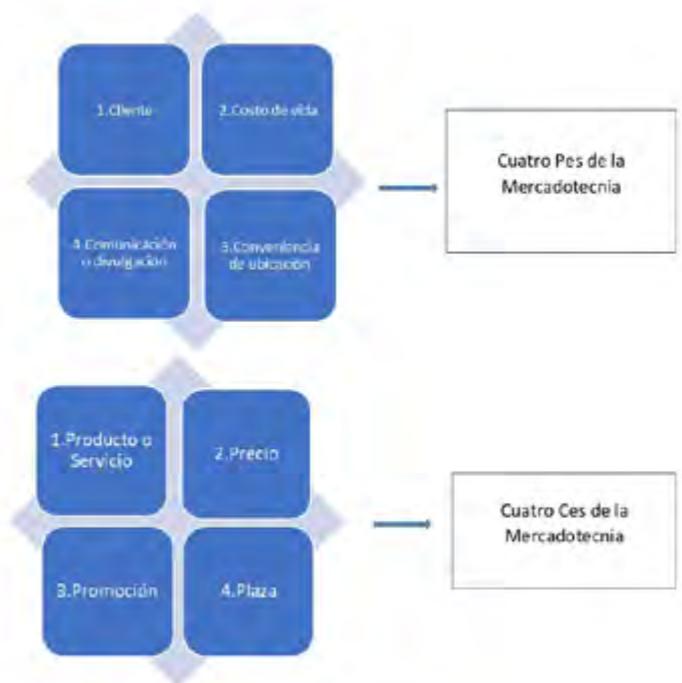


Diagrama de las 4 Pes y 4 Ces de la mercadotecnia. Carrill H M., Lobos F. La evolución del marketing: una aproximación integral. Revista chilena de economía y sociedad. Julio 2019. pp. 59-70.

Supongan que el problema está basado en el producto pues éste ahora es percibido por los clientes como de menor calidad comparativamente con otros que compiten en el mismo segmento. Si el caso fuera que los precios de los productos son percibidos como caros debido a incrementos inflacionarios o a que el precio de la gasolina incide en ellos, se puede trabajar en soluciones que ayuden a disminuir las presentaciones actuales de los productos para mejorar esto, aunque ello implicaría movimientos en las líneas de producción que podrían modificar de forma vertiginosa el mismo precio y esto podría ser contraproducente, por ello, es muy impor-

tante tener una situación problemática muy clara.

Paso 2.— El análisis situacional. Implica que, con base en la problemática, se ponga en la mesa un diagnóstico del momento donde se muestre cuál es la posición competitiva de la empresa o institución en el momento actual. ¿Qué piensan nuestros compradores, usuarios o derechohabientes?, ¿qué están haciendo nuestros principales competidores o las otras entidades del sector?, ¿qué signos hay en el mercado que no habíamos visto y que pueden sernos de utilidad?, por lo que hay que realizar un ejercicio interior y determinar con qué se cuenta para salir adelante de esta situación, con qué no se cuenta y qué podría ser un “contra” para la mejora planteada.

Paso 3.— Determinar un objetivo. Hay que pensar que con base en el análisis se debe determinar si el objetivo sería crecer, mejorar, minimizar, optimizar, incrementar, algo de la mezcla de mercadotecnia para tener mayor claridad en el trabajo que se hará.

Paso.4— Aquí es muy importante tener en claro que la mercadotecnia siempre se enfoca en: Desarrollar nuevos productos o servicios, desarrollar y adentrarse a penetrar en nuevos mercados, introducir nuevos productos en mercados que ya conocen similares, solo por mencionar algunas estrategias básicas. La elección dependerá de qué tanto se hayan realizado de forma correcta y analítica los pasos anteriores.

Paso.5— Implementar estrategias es articular la programación o las fases en que la estrategia se ejecutará, quiénes serán responsables y qué entregables o resultados darán, así como la temporización y el costo de estas actividades.

Paso 6— Implementar tácticas, implica volver operativa la estrategia, pero en las 4 Pes para así dejar todo bien estructurado y sin cabos sueltos.

Paso 7.— Medición y evaluación, esto se realiza con base en la programación del paso 5 y permite dar cuenta de los logros y atrasos que se tienen.

1. Importancia de la mercadotecnia en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

La pregunta de fondo es: ¿cómo esa marca o empresa logró meterse y fijarse en la mente? y la respuesta es muy simple y muy sencilla, pero remonta a los primeros estudios sobre conductismo de Skinner, Watson, Tolman y Pavlov que permeó hasta a la educación moderna, donde el método de la repetición y el castigo, o la repetición y el premio, ayudaban a fijar desde un concepto, hasta un producto (Fau, 2015). En pleno Siglo XXI se podría pensar que este método no sirve, pero piense y reflexione en todos los productos y servicios que usa y verá que muchos de estos fueron fijados en su mente a través de publicidad, que no es otra cosa más que la repetición de un mensaje bien estructurado, y que fue puesto en un medio adecuado al público meta y por supuesto que funcionó, pero el alcance de fijación va más allá pues seguramente también estará pensando que a usted no le pasa esto, pero ¿qué cree?, la fijación no es sólo un proceso que se haga de forma directa, también es un proceso de replicación a través de quienes ya consumen un producto o un servicio, es inclusive algo que se hereda a la siguiente generación.

Lo anterior se observa al momento que se compra determinada marca de ropa, de alimentos, etc. Y, que en muchos casos la selección de la marca es heredada a partir de la familia, pero cuando se abordan los servicios de salud, surgen las siguientes preguntas: ¿qué tan posicionada está la salud en la mente del mexicano?, ¿qué tan fácil es que el mexicano busque salud?, ¿qué tan probable es que la salud sea una prioridad en su toma de decisiones? y, cualquiera que haya sido su respuesta sabrá que la salud sólo se busca cuando no se tiene, y que si se busca, se busca que no sea “tan cara” y que no sea tan “quita tiempo” porque se tiene que regresar a la jornada de trabajo, y esto sólo por mencionar un ejemplo de las respuestas ante las pre-

guntas expresadas.

Posicionar a la salud es un reto donde se requiere por un lado analizar adecuadamente la población a la cual se le va a dirigir las acciones sobre la salud mediante la mercadotecnia, cuál es el objetivo, cuáles serán los mejores medios y qué impacto se espera obtener.

Lo que lleva a un punto interesante: El principal relacionista público de cualquier entidad de salud es el profesional de la salud, ya sea médico, enfermera, fisioterapeuta, nutriólogo, dietista, camillero, administrador de servicio de salud, estudiante de medicina, etcétera.

2. Un ejemplo práctico

Suponga que ha detectado que tiene un grupo de pacientes diabéticos controlados cuya mejoría y estabilidad se debe a ciertos hábitos que han fomentado, desde su alimentación, activación física e higiene; sin embargo, en dicho grupo también detecta que sigue habiendo problemas con el cuidado de sus pies, lo cual como saben puede convertirse en un tormento, si es que se toma a la ligera. ¿Cómo puede la mercadotecnia contribuir a que este problema se minimice? Pues bien, lo primero es que se ha detectado el problema, ahora hay que estructurar la situación para el mejor abordaje posible basado en lo que ya se sabe de este asunto:

“La profilaxis en medicina (anticipación o protección), se conoce como medicina preventiva. Está conformada por todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado anormal del organismo” (Montiel, 2014). En el caso del paciente diabético, ya tiene la enfermedad; sin embargo, como se sabe, el control inadecuado puede desencadenar complicaciones graves. Así pues, la prevención juega un papel de suma importancia. Se debe educar de forma dirigida al paciente diabético, aún cuando no haya presentado heridas ni ulceracio-

nes, con el fin de prevenir su aparición y en consecuencia alguna complicación.

El cuidado de los pies respecto a la higiene: secado, hidratación, corte de las uñas, uso de medias y calcetines transpirables y que no sean ajustados y uso de calzado adecuado son recomendables para todas las personas, tengan o no diabetes. La diferencia radica en que las consecuencias para los pacientes diabéticos al no seguir estas medidas, resultan agresivas, comprometiendo su calidad de vida. En el texto “Cuidado del pie en personas con diabetes” Yolanda Salgado (2015), expresa medidas y cuidados que debe tener el paciente diabético, las cuales se muestran a continuación:

Higiene

1. Los pies se deben lavar diariamente; el agua debe estar templada, a una temperatura inferior a 37 °C. Si no se dispone de termómetro se puede comprobar la temperatura con la mano o el codo.
2. El jabón debe ser neutro, no abrasivo, utilizar esponjas suaves. Se puede utilizar también un paño suave.
3. No es conveniente mantener los pies en el agua por espacio superior a 5 o 10 minutos, ya que un tiempo prolongado en la misma puede producir que la piel se reblandezca y maceración en los dedos.
4. Lavar bien entre los dedos con cuidado.
5. Secar los pies con mucho cuidado y suavidad, especialmente entre los dedos, para evitar la formación de llagas; no frotar con mucha energía, hacerlo con suaves toques; y utilizar toallas que no sean ásperas.
6. Si se quiere utilizar un secador de mano, debe ser a baja temperatura, en caso contrario existe riesgo de quemarse.

Hidratación

Es importante hidratar los pies para evitar llagas y heridas que pue-

dan permitir el paso de gérmenes.

1. Se deben hidratar después del lavado y secado de los mismos, especialmente las zonas con durezas y los talones.

2. Se pueden utilizar cremas hidratantes, lanolinas, vaselina pura, aceites de baño, etcétera.

3. No es necesario aplicar mucha cantidad, con una pequeña cantidad aplicada con un masaje suave es suficiente, es más importante que se haga con frecuencia.

4. Es conveniente no aplicar crema entre los dedos, ni en la parte posterior de los mismos, ya que pueden favorecer la formación de llagas o maceración.

5. La humedad favorece la maceración de la piel, por lo que, es importante mantenerlos lo más secos posible, especialmente entre los dedos y en la parte posterior de los mismos; puede ser necesario lavar los pies y cambiar de calcetines varias veces al día.

6. Es aconsejable que los calcetines o medias sean de un tejido que no favorezca la transpiración, los mejores son de hilo o algodón.

Cuidado de las uñas

La longitud de las uñas es importante, ya que unas uñas demasiado largas o demasiado cortas pueden favorecer lesiones en la piel y causar infecciones.

1. Deben cortarse de forma recta para evitar que se “encarnen” y su longitud debe estar a nivel del pulpejo del dedo.

2. Si se utilizan tijeras deben ser de punta roma, no emplear tijeras de punta aguda, navajas, alicates de manicura, cuchillas, limas metálicas, etc. Ya que al utilizar estos objetos se corre el riesgo de producirse una herida.

3. Es conveniente utilizar una lima que no sea de metal para limar las puntas.

4. Es más fácil realizar el corte de uñas después del baño ya que estarán más suaves.

5. Si no se tiene buena vista o existe dificultad para realizar el cuidado de las uñas es conveniente pedir ayuda a otra persona.

6. Si las uñas están muy secas es conveniente hidratarlas.

7. Si se detecta alguna alteración como engrosamiento de las mismas, cambio de color, se rompen con facilidad o parecen infectadas, se debe consultar con un profesional (podólogo, médico, etcétera).

Medias y Calzado

Un número importante de las úlceras en los pies se produce como consecuencia de rozaduras producidas por utilizar calzado inadecuado. Por este motivo, es importante elegir bien los zapatos para cada ocasión: viajes, deporte, playa, uso diario, etcétera.

1. Usar medias siempre, aunque haya calor y si es posible de color blanco, de algodón.

2. Siempre debe usar calzado, con un zapato cómodo y a la medida.

3. Debe elegir zapatos adecuados:

1. Que las suelas sean de caucho grueso.

2. Que pueda secarse.

3. Que tengan mucho espacio para los dedos de los pies.

4. Que la parte superior sea suave y con cordones (Matute & Quizhpi, 2016)

Con base en lo anterior, se sabe que se cuenta con literatura que sustenta una acción mercadológica, ahora habrá que concentrarse en transformar esta información en un mensaje o varios mensajes susceptibles de ser comunicados a dicho grupo de diabéticos. Supongamos que este grupo incluye una nomenclatura de personas jóvenes, adultos jóvenes y personas de la tercera edad y que por un

tema de costo se debe alcanzarlos a todos, pues bien, una alternativa a bajo costo para ilustrar alguna de las recomendaciones es convertir estas en infografías, las cuales son formas de comunicar con poco texto, pero de manera sistematizada para que la información pueda ser lo más clara posible, aquí un ejemplo aplicado al calzado:



Fuente: Cómo elegir el zapato correcto para diabéticos. ClubVerde Calzados. <https://www.zapatos.shopping/elegir-zapato-persona-diabeticos/>

Este tipo de ejemplo son pequeñas acciones a nivel de control que pueden marcar la diferencia entre amputar una extremidad o ayudar a los pacientes a tener una calidad de vida adecuada.

Como notarán, la mercadotecnia es una actividad que muchos profesionales de la salud ya realizan, aunque muchas veces no se han dado cuenta de ello, y en estos tiempos el costo de su realización es muy bajo debido a que la mayoría de las personas cuenta con herramientas 3.0 como un *smartphone*, el cual sirve de ayuda para crear este tipo de acciones.

13.5 Referencias

- 50 Minutos (2016). *El marketing mix: Las 4 prácticas Ps para aumentar sus ventas*. Colección Gestión y Marketing. Libro digital. 50 Minutos.es. España.
- American Marketing Association (2013). *The-definition-of-marketing*. Trad. Muñoz O. 2021). 19 de julio de 2019, de AMA Sitio web: <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing/>
- FAU, M. (2015). *El conductismo en psicología: Skinner, Watson, Tolman*. Colección Resúmenes Universitarios No. 245. Edición Digital. <https://www.amazon.com.mx/CONDUCTISMO-PSICOLOG%C3%8DA-COLECCI%C3%93N-RES%C3%9AMES-UNIVERSITARIOS-ebook/dp/B012UM29C2>
- Cfr. Kotler, Ph., y Armstrong, G. (2015). *Fundamentos de marketing*. 11a edición. Pearson. México. P 175
- Mautute, B., y Quizhpi, M. (2016). “*Prácticas de autocuidado para evitar el pie diabético en pacientes del club de adultos mayores del centro de salud del valle*”. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería.
- Montiel, D. (2014). *Nivel de conocimientos para el autocuidado de pies en pacientes diabéticos*. Poza Rica de Hidalgo, Veracruz. Instituto Mexicano del Seguro Social Seguridad y Solidaridad Social. P. 6.
- Silva L; Rezende M P; Ferreira, Lúcia A. *el al. Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar*. Enferm. Glob. Vol.14 No. 37, Murcia, ene. 2015.

Capítulo 14

Antecedentes, retos y oportunidades de la farmacia intrahospitalaria en México

Bastida Herrera Juan Carlos,¹ Pérez Contreras Irma,² Cervantes Sosa Elizabeth,³ Guzmán Gómez Leonor,⁴ López y López José Gustavo.⁵

¹MSP de la Facultad de Ciencias Químicas, BUAP.

²DC de la Facultad de Medicina, BUAP.

³Q.FB. Alumna de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, BUAP.

⁴Lic. en Enf. Alumna de la Maestría en Administración de Servicios de Salud, BUAP.

⁵DC de la Facultad de Ciencias Químicas, BUAP.

1. Introducción

El desarrollo de la farmacia en el entorno hospitalario ha sido el resultado del esfuerzo de un conjunto de profesionales de salud que armonizan los conocimientos y las competencias encaminadas a alcanzar la seguridad del paciente. El presente capítulo incluye datos históricos de los jardines botánicos como parte importante del origen de la farmacopea mexicana. También se describe el modelo de farmacia intrahospitalaria para México y su aplicación en la certificación. Al final se plantean las tendencias en la regulación sanitaria y las recomendaciones internacionales sobre la seguridad del paciente.

2. Historia de la farmacia en los hospitales de México

La medicina y la farmacia en la época prehispánica eran una mezcla de conocimientos empíricos sobre el cuerpo humano, de las pro-

piudades de los seres vivos de su entorno, así como de la magia. El *papiani-panamacani*, como experto en plantas medicinales, sabía dónde, cuándo y cómo recolectar plantas; mientras que el *ticitl* (médico) como sanador, era el intermediario entre las deidades y los enfermos. La actividad médica se ejercía en espacios especiales llamados *cocaxcalli* o *icnopilcalli* donde usaban las plantas medicinales que se recolectaban en campo abierto o en jardines botánicos. El jardín botánico más antiguo que se menciona en México es de Tetzcotzinco, que mandó construir Netzahualcóyotl.

El interés sobre las plantas medicinales en la Nueva España se hace patente con la obra *Historia natural del nuevo mundo* de Francisco Hernández que llega en 1571. Es importante mencionar la obra del Martín de la Cruz el *Libro de las hierbas medicinales de los indios* y que es traducido al latín por Juan Badiano (profesor del Colegio de Santa Cruz), la cual ofrece una visión de lo que era la medicina practicada por los médicos indígenas, pero es a partir del conocimiento de la obra de Francisco Hernández que se incrementa el interés sobre la naturaleza del nuevo mundo, de tal forma que se ponen en marcha una serie de expediciones botánicas (1777-1803) y se funda el Real Jardín Botánico por el médico Martín Sessé y queda a cargo del farmacéutico Vicente Cervantes Mendo quien elabora el *Ensayo para la materia médica vegetal de México*.

El Hospital Real de San Pedro, en Puebla (1542), adquirió fama durante la gestión de Ignacio Domenech quien con pensamiento ilustrado gestionó la contratación de Antonio de la Cal y Bracho, farmacéutico y botánico de origen burgalés que llegó al hospital de San Pedro en 1795. Ideológicamente, De la Cal estaba totalmente de acuerdo con los planteamientos de Vicente Cervantes en cuanto a la continuidad de conocer los recursos naturales y sus aplicaciones, razón por la cual se impulsaría la creación de un jardín botánico en Puebla. Además, en 1824 De la Cal intervino en la constitución de

la Academia Médico-Quirúrgica de Puebla, institución que tenía entre sus objetivos la integración de la materia médica mexicana con la terapéutica. En una línea de continuidad Vicente Cervantes Mendo elabora el “Ensayo a la materia médica vegetal de México”, Julián Cervantes Pérez elabora las “Tablas Botánicas” y Antonio de la Cal y Bracho elabora una “Lista de plantas y sus sustituciones para uso del hospital”, un adelanto de su obra “Ensayo para la Materia Médica Mexicana”. Estos textos fueron la base para la elaboración de la primera Farmacopea Mexicana por parte de la Academia Farmacéutica de México.⁽¹⁾

3. Modelo mexicano de farmacia en los hospitales de México

La calidad y variedad de los servicios de la farmacia en los hospitales de México han sido muy heterogéneas. Fue hasta el 2009 que se planteó una propuesta, un modelo nacional de farmacia hospitalaria por parte de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la Secretaría de Salud. Este modelo retoma las recomendaciones de la OMS/OPS en relación a la estructura, procesos y resultados que debe conformar, desarrollar y evaluar una farmacia intrahospitalaria. El llamado Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria (MNFH) incluye elementos importantes como a) Un comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT), b) el médico, c) el paciente, d) un expediente clínico, e) un sistema de control de recetas individuales, f) servicio de farmacia y g) enfermería. Donde el servicio de farmacia está integrado por servicios farmacéuticos que contribuyen a elevar la calidad de la atención y seguridad del paciente. El carácter del COFAT es de asesoría, consulta, coordinación e información relacionada con los medicamentos en el hospital, así como su vinculación con otros comités como el de farmacovigilancia, enfermedades nosocomiales, etc. La dirección ge-

neral del hospital es el presidente del COFAT y apoyará el desarrollo de las estrategias orientadas al establecimiento de acciones que promueven el uso racional de medicamentos. Los integrantes del comité deben tener conocimientos en terapéutica, en estudios de utilización de medicamentos, autoridad moral y motivación.

Una característica importante del organigrama del MNFH es la dependencia administrativa de la farmacia del área de diagnóstico y tratamiento, a diferencia de la dependencia tradicional de un área administrativa. Además, el responsable de la farmacia presenta un perfil profesional con competencias y conocimientos de los aspectos clínicos de los medicamentos y la logística del suministro. Estas propuestas estructurales garantizan que los procesos del sistema de medicación (selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, distribución/dispensación, preparación, administración y control) se realicen con eficiencia.⁽²⁾

El objetivo principal de este sistema es integrar los procesos clínicos y administrativos relacionados con el manejo y uso de los medicamentos. La integración de este sistema incluye lo siguiente: a) la planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y el análisis de los problemas relacionados con las mismas, b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad, c) la capacitación del personal, d) la supervisión integral de todo el sistema, e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación, f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.⁽³⁾

4. Marco normativo de la farmacia en los hospitales de México

La salud es un factor importante en el desarrollo de la vida de las personas y, por tanto, es una necesidad fundamental el acceso a los

medicamentos, como parte de la protección a la salud marcada a nivel constitucional en el artículo 4º, que menciona: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.⁽⁴⁾ Por otro lado, la Ley General de Salud determina el bienestar físico y mental del hombre y su mejora en la calidad de vida, con esto, el acceso a los medicamentos es uno de los sistemas críticos para la seguridad del paciente, que para ello su disponibilidad y acceso requiere de planeación específicamente en la logística del suministro de medicamentos dentro de la normativa vigente, y, para ello viene establecido en el artículo 226 de esta misma ley (los medicamentos, para su venta y suministro al público).⁽⁵⁾

Para la venta de los medicamentos, el Reglamento de Insumos para la Salud contempla varios aspectos normativos, por ejemplo el artículo 29 menciona que “La receta médica deberá contener impreso el nombre, el domicilio completo y el número de cédula profesional de quien prescribe, así como llevar la fecha y la firma autógrafa del emisor” y el artículo 30 menciona que “El emisor de la receta al prescribir, indicará la dosis, presentación, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento”.⁽⁶⁾

Por otra parte, la autoridad sanitaria en nuestro país exige a las farmacias, a través del suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud de la FEUM (Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos), la incorporación de un profesional farmacéutico o químico farmacéutico biólogo para que la venta de medicamentos se apege a la normativa vigente. Este profesional podrá ser el responsable sanitario para una mejor supervisión de los procedimientos que se realicen en la farmacia.⁽⁷⁾

5. El servicio de farmacia en el marco de la certificación mexicana de hospitales

La Certificación de Establecimientos de Atención Médica en México es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que cumplen con los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes. El 13 de junio de 2008 el Consejo de Salubridad General, publica en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), al cual se le asigna la función de encontrar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el modelo de certificación.

Con la participación de representantes de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a la salud y de la Joint Commission International (JCI), el SiNaCEAM elaboró una Cédula de Evaluación de Hospitales (1 de enero de 2009) con el fin de alcanzar los requisitos en materia de la seguridad de los pacientes, calidad de la atención médica, seguridad hospitalaria, normatividad vigente y políticas nacionales prioritarias. La cédula ha evolucionado en sus versiones 2011, 2012 hasta conformarse los “Estándares para Certificar Hospitales 2015”. Actualmente la edición 2018 de los “Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales” consta de 15 apartados o capítulos organizados en 5 bloques (Tabla I).⁽⁸⁾

El servicio de farmacia está a cargo del uso y manejo de los medicamentos en el hospital, es decir es responsable del diseño, implementación y mejora de los procesos para seleccionar, adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, distribuir, dispensar, preparar, administrar, documentar y controlar las terapias con medicamentos.

Por esta razón, el servicio de farmacia es en gran parte responsable de hacer cumplir los estándares del Capítulo 2 (Manejo y Uso de Medicamentos, MMU) que está incluido en los Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente.

Tabla I

BLOQUE	CAPÍTULO
Acciones básicas de seguridad del paciente	1. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
Sistemas críticos para la seguridad del paciente	2. Manejo y Uso de los Medicamentos. 3. Prevención y Control de Infecciones. 4. Gestión y Seguridad de las Instalaciones. 5. Competencias y Capacitación del Personal.
Mejora de la calidad y seguridad del paciente	6. Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente.
Atención centrada en el paciente	7. Acceso y continuidad de la atención. 8. Derechos del paciente y de su familia. 9. Evaluación de pacientes. 10. Servicios Auxiliares de Diagnóstico. 11. Atención de pacientes. 12. Anestesia y atención quirúrgica. 13. Educación del paciente y de su familia.
Gestión de la organización	14. Gestión de la Comunicación y la Información. 15. Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Puesto que el Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud se diseñó con un enfoque sistémico, el manejo y el uso de los medicamentos no solo es responsabilidad del servicio de farmacia, sino también de la gerencia y de todos los prestadores de atención médica. Es decir, el manejo efectivo de los medicamentos involucra a todo el establecimiento, los servicios de hospita-

lización, ambulatorios y de especialidades como se puede observar en la descripción de los estándares MMU (Tabla II).

Tabla II

ESTÁNDAR	DESCRIPCIÓN
MMU.1	Los procesos de manejo y uso de los medicamentos se implementan acorde a la legislación aplicable vigente.
MMU.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Medicación al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.
MMU.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación.
MMU.4	Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles.
MMU.5	Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.
MMU.6	Se ha definido un proceso para la prescripción segura de medicamentos.
MMU.7	Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.
MMU.8	Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos.
MMU.9	Se implementan actividades de Farmacovigilancia.

6. Retos y oportunidades para el desarrollo de un servicio de farmacia en México

El Servicio de farmacia en las instituciones hospitalarias debe cambiar la estructura, los procesos y los resultados con el fin de aportar

avances con un enfoque internacional. Actualmente los servicios de farmacia de los hospitales con calidad internacional desarrollan una logística del suministro de medicamentos que incluye la distribución por dosis unitarias y la elaboración de mezclas intravenosas. Además, cuentan con la implementación de programas de seguimiento farmacoterapéutico y programas de farmacovigilancia con el fin de cubrir los estándares MMU 6 y 9 (farmacovigilancia, la conciliación de medicamentos y la idoneidad de la prescripción de medicamentos). La farmacia intrahospitalaria no debe considerarse como un almacén de medicamentos que surte recetas al paciente ambulatorio y distribuye medicamentos a los diferentes servicios del hospital, el concepto moderno es que el farmacéutico y demás profesionales de la salud trabajan juntos para monitorear la respuesta de los pacientes a la farmacoterapia con el propósito de evaluar el efecto de la terapia y detectar los problemas relacionados con los medicamentos.

7. Referencias

1. Martínez S, Aceves P, Morales A. *Una nueva identidad para los farmacéuticos: la Sociedad Farmacéutica Mexicana en el cambio de siglo (1890-1919)*. Dynamis.2007; (27): 263-285.
2. Secretaría de Salud. *Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria*. 2009 México D.F. 1ª edición: Secretaría de Salud.
3. Atonal Flores F, Bastida Herrera J.C., López y López J.G. *Los errores de medicación en México y la calidad de los servicios farmacéuticos*. Elementos 108 (2017) 47-53
4. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Última reforma publicada DOF 29-01-2016).
5. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud 07-02-1984. (Última reforma publicada DOF 12-07-2018).

6. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de Insumos para la Salud 04-02-1998 (Última reforma publicada DOF 14-03-2014).
7. Secretaría de Salud, Comisión permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Suplemento establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud. 2014. 5 ed. México.
8. Consejo de Salubridad General. “*Manejo y uso de medicamentos*” en Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, (2018). Estándares para la Certificación de Hospitales, México, pp. 43-71.

CAPÍTULO 15

Marco legal de la salud

Pérez Chalini María de la Luz del Carmen,¹ López Baqueiro Angélica María,¹ Mendoza Flores Uriel Narciso.²

¹Alumna de la Maestría en Administración en Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FMBUAP).

²Profesor investigador de la FMBUAP.

Correo: angelica.lopezb@imss.gob.mx. Carmen.perezcha@imss.gob.mx

RESUMEN

Los sistemas de salud son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población.

El objetivo de este capítulo es determinar qué marco legal es de utilidad en la administración de los servicios de salud.

Antecedentes: “El Sistema Nacional de Salud está constituido por dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud [...]”; fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana en febrero de 1984.

Marco Legal: El marco legal surge como regulador del derecho a la salud en México. Nace con la Constitución Política de México de 1917, la cual es el documento que rige la vida social y política de nuestro país; en su artículo 4º se refiere a la protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, el sistema

de salud en México no ofrece a toda la población los mismos beneficios en salud.

Principales Instrumentos Legales: Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social, Ley del ISSSTE, Ley de los Institutos Nacionales de Salud, Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y las Normas Oficiales Mexicanas.

Conclusiones: Es importante que los sistemas de salud tengan definido qué marcos normativos regulan su funcionalidad, puesto que les ayudará a mediano y largo plazo a evitar inconvenientes legales, fiscales y administrativos, entre otros. Para los administradores de servicios de salud es de vital importancia conocer este marco legal, es la pauta a seguir en el camino de la administración de un servicio de salud, relevante en planes de negocios la observación del marco normativo.

Palabras claves: Sistema de salud, normatividad.

15.1 Introducción

El objetivo de este capítulo es determinar qué marco legal es de utilidad en la administración de los servicios de salud. Es importante que los sistemas de salud tengan definido qué marcos normativos regulan su funcionalidad, puesto que les ayudará a mediano y largo plazo a evitar inconvenientes legales, fiscales y administrativos, entre otros. También, es relevante que los administradores de los sistemas de salud desarrollen en sus planes de negocios la observación de sus marcos normativos. Es decir, que con base en las actualizaciones que se hacen en las leyes, se pueda adaptar el marco normativo interno para no incurrir en faltas.

“Los sistemas de salud son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población”.¹¹

Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias tienen acceso al sector público con servicios de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR... etc.); los auto-empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias, solo tienen acceso a algunos servicios del sector público como el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el programa IMSS-Bienestar. Y ambos sectores pueden acudir al sector privado, si cuentan con capacidad de pago.¹⁷

15.2 Antecedentes históricos

Según la OMS, “un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”.⁴ “El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias”.

15.2.1 Historia del sistema mexicano de salud

El diseño del sistema de salud en México “fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios sanitarios, así nace la seguridad social”.¹⁹

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que atienden a la población no asegurada, que es de alrededor de 40% de los mexica-

nos, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las instancias más importantes de este rubro son la SSA y el Programa IMSS-Bienestar.

El segundo componente es la seguridad social, que da atención a más de 50% de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía, mientras que el ISSSTE atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen sus propias instituciones, al igual que los trabajadores de Pemex. Por último, está el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago.¹²

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.¹⁸ Lo conforman:

- Secretaría de Salud
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
- Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984. El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980.

Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Fue creado para dar cumplimiento al artículo 4o constitucional. Su principal objetivo es “proporcionar servicios de salud a toda la población y

mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios y los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas”.

Históricamente se tenían servicios de salud por separado. Así para 1905 se Inaugura el Hospital General de México; en 1917 se crea el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia Pública y para 1943 se fusionan el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, y creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.²⁰ En 1953 se funda la Asociación Mexicana de Hospitales. En 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La Creación del Programa IMSS-COPLAMAR, hoy IMSS-Bienestar fue en 1979. En 1985 Inició la descentralización de los servicios de salud para población no asegurada, que concluye en año 2000. En 1987 se crea el Instituto Nacional de Salud Pública y en el año 2003 el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.¹⁷

15.3 Marco legal del sistema de salud en México:

La salud, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y señala que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.⁴

El marco legal surge como regulador del derecho a la salud en México. “La salud, como un derecho humano reconocido y

como necesidad esencial de existencia, debería de representar para las naciones una prioridad y su protección una obligación para cualquier Estado”.² El derecho a la salud es uno de los derechos sociales, y se convierte en un derecho prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones de hacer por parte de los poderes públicos.³ En nuestra legislación nacional, el derecho a la salud está plasmado a nivel constitucional y en diversas legislaciones secundarias y normas oficiales.

Definición de Marco legal: es el conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y acuerdos a los que debe apegarse una dependencia o entidad, en este caso las instituciones de salud, en el ejercicio de las funciones que tienen encomendadas o Documentos de referencia legal relacionados a la Orientación Legal y Derechos del derechohabiente.¹ Por tanto, estaremos hablando de la importancia de apegarse a las disposiciones legales por parte de los servicios de salud en México.

Este marco legal nace con la Constitución Política de México de 1917, la cual es el documento que rige la vida social y política de nuestro país;⁵ en su artículo 4o se refiere a la protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, el sistema de salud en México no ofrece a toda la población los mismos beneficios en salud, ya que estos dependen de la población de que se trate.² De este artículo, emana la Ley General de Salud.

15.4 Principales instrumentos

En México contamos con diversas instituciones que sirven como instrumentos para otorgan la seguridad social y servicios de salud, por lo que cada uno cuenta con su marco legal.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.—⁵ La Constitución contiene los principios y objetivos de la nación, promulgada

el 5 de febrero de 1917 es la tercera de las constituciones que ha tenido México desde su independencia: la primera se llamó Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos y se promulgó en 1824; la segunda es del año 1857: la Constitución Política de la República Mexicana. Establece la existencia de órganos de autoridad, sus facultades y limitaciones, así como los derechos de los individuos y las vías para hacerlos efectivos. Contiene 136 artículos, divididos en nueve títulos y 16 artículos transitorios. Los artículos que destacan en el tema de salud y que son de interés a este texto son:

Artículo 1o. “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

Artículo 2º inciso b fracción III. “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”.

Artículo 4o. La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Artículo 22. Quedan prohibidas las penas de muerte, mutilación, de infamia, la marca, azotes, palos, tormento de cualquier especie, multa excesiva, confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales. Toda pena deberá ser proporcional al delito que sancione y al bien jurídico afectado.

Artículo 73. El Congreso tiene facultad: XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República. 2ª En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

Artículo 123. A. V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos.

Ley General de Salud.—⁶ Consta de 18 títulos y 482 artículos, esta ley reglamenta el derecho a la protección de la salud, “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”, ésta se basa en los artículos (1o, 4o, 5o, 73o, 123o) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos². Consta de 18 títulos, 472 artículos y 21 transitorios. Última reforma fue el 12 de julio de 2018.

Ley Federal del Trabajo.—⁷ Son disposiciones legales que regulan las relaciones obrero-patronales, es decir, donde se especifica qué tiene que hacer una persona como trabajador y a qué tiene derecho y lo mismo, respecto a lo que al patrón le toca hacer. Se creó por la necesidad de protección y una mejor calidad de vida para los trabajadores y se rige por lo establecido en la Constitución Política

de los Estados Unidos Mexicanos Título sexto, artículo 123, donde se dicta todo lo relacionado al trabajo. Fue el 18 de agosto de 1931 que se aprobó por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de abril de 1970. Última reforma fue el 12 de junio de 2015. Consta de 16 títulos y 1010 artículos más 13 transitorios.

Ley del Seguro Social.—⁹ Establece en su artículo 2o que “la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado”. Esta seguridad social estará a cargo de las dependencias públicas federales o locales y de organismos descentralizados. Creada en 1943 conforme al artículo 123 Constitucional, con última reforma el 4 de junio de 2019, consta de 6 títulos y 319 artículos

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.—¹⁰ Esta Ley garantiza a los derechohabientes la prestación de medicina preventiva, del seguro de enfermedades y maternidad y de los servicios de rehabilitación física y mental. El Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue fundado durante el sexenio de Adolfo López Mateos el 30 de diciembre de 1959, tiene sus orígenes en la reforma de 1960 al artículo 123 Constitucional. En ella se estableció la clasificación de los asalariados en apartados “A” y “B”, este último es exclusivo de los empleados gubernamentales. En ese mismo año entró en vigor la Ley del ISSSTE. En este año se contaba con 14 prestaciones; para 1983 se realizaron modificaciones que incrementaron a 20 las prestaciones, entre ellas: seguro de cesantía en edad avanzada (sustituyó al de vejez), medicina preventiva, servicios a jubilados y pensionados, servicios turísticos, servicios funerarios, préstamos a mediano plazo y servicios

de atención infantil (guarderías). Se aprobó la continuación voluntaria del régimen. En 1986 disminuyen los años para jubilación. Para 1992, eliminan cuotas a pensionados. Y para 1993 Introdúcen de la Ley de Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). Consolidación de ocho fondos para administrar cuotas y aportaciones. Última reforma realizada el 31 de marzo 2007 consta de 6 títulos, 254 artículos y 47 transitorios.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.—⁸ “Tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos” Artículo 1o. Su última reforma en el diario oficial de la federación se realizó el 16 de febrero de 2018, consta de 3 títulos, 57 artículos y 7 transitorios

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.—¹³ En 1943 el Presidente Manuel Ávila Camacho firma el decreto que constituía la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de la fusión del “Departamento de Salubridad y la Secretaría de la Asistencia Pública”, para el siguiente año se crea el sindicato de trabajadores y con base en el artículo 123 constitucional y la ley federal de los trabajadores al servicio del estado, reglamentaria del apartado “b” nacen estas condiciones. Consta de 17 Capítulos, 232 artículos y 4 transitorios. “Tienen por objeto regular el ingreso, permanencia, baja, cese, promoción y estímulos de los trabajadores; así como, el establecimiento, en lo general, de los lineamientos, en términos de lo dispuesto en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado”. Artículo 1o.

Contrato colectivo IMSS.—¹⁴ Este documento es un convenio celebrado entre el sindicato de trabajadores del IMSS y la parte de la empresa (Director General) con el objeto de establecer las condiciones según las cuales debe prestarse el trabajo. Establece las normas que regulan la relación de trabajo creando empleos que permitan

ampliar la cobertura de protección en seguridad social a un mayor número de mexicanos, así como la consolidación de un proceso de disminución de la inflación como la mejor vía para la recuperación del poder adquisitivo de los salarios. Está amparado bajo el artículo 386 de la Ley Federal del Trabajo.

Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos.—¹⁵ Esta ley tiene por objeto reglamentar el Título Cuarto Constitucional en materia de: I.— Los sujetos de responsabilidad en el servicio público; II.— Las obligaciones en el servicio público; III.— Las responsabilidades y sanciones administrativas en el servicio público, así como las que se deban resolver mediante juicio político; IV.— Las autoridades competentes y los procedimientos para aplicar dichas sanciones; V.— Las autoridades competentes y los procedimientos para declarar la procedencia del procesamiento penal de los servidores públicos que gozan de fuero y VI.— El registro patrimonial de los servidores públicos. Su última reforma se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 24 de marzo de 2016, cuenta con 5 títulos, 93 artículos y 4 transitorios. Se derogan los Títulos Primero, por lo que se refiere a la materia de responsabilidades administrativas, Tercero y Cuarto de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, únicamente por lo que respecta al ámbito federal.

Normas oficiales mexicanas.—¹⁶ Las Normas Oficiales Mexicanas.

Son regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación en materia de control y fomento sanitario que deben cumplir los bienes y servicios que se comercializan en el país.

Estas Normas “son herramientas que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros evaluables para evitar riesgos a la población”, es decir, normar el quehacer diario y minimizar los riesgos. El comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnología e Información en salud es el órgano responsable de emitirlos. Existen 85 normas oficiales mexicanas que se consideran aplicables a los servicios de salud.

15.5 Conclusión

Es importante que los sistemas de salud tengan definido qué marcos normativos regulan su funcionalidad, puesto que les ayudarán a mediano y largo plazo a evitar inconvenientes legales, fiscales y administrativos, entre otros.

Para los Administradores de Servicios de Salud es de vital importancia el conocer este marco legal, ya que es la pauta a seguir en el camino de la administración de un servicio de salud, es relevante en sus planes de negocios la observación de sus marcos normativos. Es decir, que con base en las actualizaciones que se hacen en las leyes, se pueda adaptar el marco normativo interno para no incurrir en faltas.

Es de gran interés actual con la propuesta de actualizar los servicios de salud y transformar el régimen de seguridad social, tener en cuenta que los marcos legales, aunque están basados en la máxima supremacía legal constitucional, no cuentan con los mismos derechos como para poder realizar una universalización de los servicios. Debe quedar claro el aspecto de que dicha universalización es específica a los servicios de salud, no así a las prestaciones de seguridad social que los diversos sistemas que la otorgan vienen prestando a los derechohabientes. A pesar de todas las reformas realizadas a estos instrumentos legales, no se ha aclarado cómo queda la seguridad social en México, enfocándose solamente en la atención a la salud

dando cumplimiento a la protección de la salud para la población mexicana y por tanto acercándonos a cumplir con el mandato constitucional que la consagra como un derecho fundamental.

15.6 Referencias

1. Definición de Marco legal en
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP1/1_20.pdf.
2. Análisis de la legislación nacional en materia de salud y los derechos que protegen a las mujeres, pp. 3. En:
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP1/1_20.pdf
3. Alexy, R. (1993). *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: CEC. En:
<http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina37294.pdf>
4. Definición de salud. En:
<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
6. Ley General de Salud. En:
http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
7. Ley Federal del Trabajo. En:
http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Ley_FT.pdf
8. Ley de los Institutos Nacionales de Salud. En:
www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/51_160218.pdf

CAPÍTULO 16

Modelación matemática en investigación en servicios de salud

Betancourt Bethencourt, José Aureliano,¹ Pérez Contreras Irma,² Torres Rasgado Enrique,² Flores Luna Roberto,³ Mardero García Cynthia Berenice.³

¹Profesor investigador de la Universidad de Ciencias Médicas “Carlos Finlay”, Camagüey, Cuba.

²Profesores investigadores de la Facultad de Medicina de la BUAP (FMBUAP).

³Alumno de la Maestría en administración de servicios de salud de la FMBUAP.

16.1 Introducción

En términos simples, la modelación matemática es un enfoque científico para formular una explicación de un fenómeno observado y probar entonces esta formulación, para proyectar el resultado de varios experimentos bajo condiciones pertinentes.⁽¹⁾ (Trad. Pérez I., 2021).

Antes de utilizar un modelo matemático necesita ser evaluado, pues en ocasiones son creados en contextos diferentes a donde se ejecutan. Se necesitan, además, decisiones sobre el nivel apropiado de complejidad para ser representado⁽²⁾ y que pueda ser comprendido por los encargados de ponerlo en práctica, por lo que la optimización en este tema constituye un reto en salud.

Para la correcta utilización de un modelo, es conveniente saber cómo ha sido obtenido, a qué población se aplica, sus posibilidades y también sus deficiencias. En esta época de alta tecnología sigue siendo útil mantener una mentalidad analítica y crítica sobre

nuestros conocimientos y recordar que casi siempre los modelos, sobre todo si son estadísticos, solo son un paso más en el proceso de conocimiento.⁽³⁾

La credibilidad de un modelo es la preocupación fundamental de los decisores a la hora de utilizarlos en el proceso de toma de decisiones, por lo que el concepto de validación de un modelo no debería aislarse de los decisores y el proceso de toma de decisiones, ya que es la interacción entre el modelador y el cliente, al desarrollar la comprensión mutua de un modelo, la que establece su significación y garantía.⁽⁴⁾

La construcción de estos modelos a partir de la combinación de múltiples variables, es una demanda creciente de las especialidades médicas y no médicas. Nuestro mundo multivariante complejo, cada vez mejor abordado a través de medios diagnósticos y más conocimiento acumulado, demanda de técnicas capaces de sintetizar esa complejidad y hacerla aprehensible para la mente humana.⁽⁵⁾

En el estudio realizado por Aurora Inés Gáfaró Rojas, Fermín Mallor Giménez, Cristina Azcárate Camio. *Modelado de la atención en consulta externa en un hospital público: una herramienta de gestión*, que tuvo como objetivo describir y aplicar una herramienta para modelar el proceso de llegadas de pacientes en un hospital colombiano, encaminado al mejoramiento de la gestión organizacional.⁽⁶⁾

Los pasos de la modelación que realizaron fueron los siguientes: La llegada de un determinado paciente al hospital se consideró, de modo abstracto, como un evento que ocurre en un determinado instante de tiempo t . De este modo, la sucesiva llegada de pacientes al hospital constituye una sucesión de eventos a lo largo del tiempo, la cual se produce sin ningún patrón determinístico prefijado. La herramienta probabilística utilizada para describir este tipo de situaciones son los procesos estocásticos puntuales.

Según lo expuesto anteriormente, el número de pacientes que llegan al centro de salud un determinado día antes de un tiempo t no es conocido *a priori*, por lo que se puede representar mediante una variable aleatoria que se denota $N(t)$. El conjunto de todas las variables aleatorias que se obtienen al considerar todos los posibles valores de tiempo t es lo que constituye el proceso estocástico puntual (o proceso de recuento) $\{N(t), t0\}$.

Definición (30): un proceso estocástico de llegadas $\{N(t), t0\}$ es un proceso de Poisson si:

1. Las llegadas se producen de una en una, esto es, $P(N(t+h) - N(t) \geq 2) = o(h)$.
2. El número de llegadas en un intervalo de tiempo $(t, t+s)$, $N(t+s) - N(t)$, es independiente del número de llegadas y de los tiempos de las llegadas hasta el instante de tiempo t ; es decir, es independiente del conjunto de variables $\{N(u), 0 \leq u \leq t\}$.
3. La distribución de $N(t+s) - N(t)$ es independiente de t para todo $t, s \geq 0$.

Para cada uno de los cinco días laborables de la semana se estimó un proceso de Poisson no homogéneo.⁽⁶⁾

Como se ha desarrollado en otros estudios de tiempos de espera,^(7,8,9) esta propuesta permitió representar los tiempos de espera en la consulta externa general, así como evaluar el servicio mediante las salidas que ofrece la simulación al gestor del centro de atención primaria para la toma de decisiones. De esta manera, se contribuyó a que se garantizara la calidad y la oportuna atención, como lo reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Colombia.⁽¹⁰⁾

16.2 Conclusión:

La modelación sinérgica y planificada entre las comunidades de salud científicas, administrativas y públicas, es medular para proporcionar

evidencia basada en información y aplicar conocimientos prácticos para diseñar e implementar estrategias importantes de intervención por los profesionales de salud y los practicantes.⁽¹⁾ Estos esfuerzos sinérgicos deben establecerse con el fin de dirigir las necesidades urgentes de los decisores de las políticas de salud pública. Por lo que es, en definitiva, la comunicación entre los integrantes del grupo de trabajo quien tiene la “última palabra” y le da sentido práctico a un modelo en la solución de un problema sanitario.⁵

La complejidad de muchos de los problemas actuales en el campo de las ciencias de la salud hace necesario que este tipo de estudios tenga un fuerte carácter interdisciplinario, participando activamente en su desarrollo tanto profesionales del mundo sanitario como profesionales de los métodos cuantitativos. Los investigadores de la estadística pretenden continuar proponiendo y aplicando metodologías y herramientas para participar en la resolución de los nuevos retos a los que se enfrenta la medicina y los servicios sanitarios en el siglo XXI. Se puede señalar que la estadística proporciona un instrumento científico para la toma de decisiones.⁽⁶⁾

16.3 Referencias

1. González Ferrer V. *Aspectos críticos del empleo en salud de modelos estadísticos de clasificación*. Rev. Med. Electron. Vol. 36, supl. 1 Matanzas 2014. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S168418242014000700007.
2. Garnett GP, Cousens S, Hallett TB, Steketee R, Walker N. *Mathematical models in the evaluation of health programmes*. Lancet. 2011;378(9790):515–25. Citado en PubMed; PMID:21481448.
3. Molinero Luis M. *Métodos estadísticos de clasificación* [Internet]. España: Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; 2002 [citado el

- 10 marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/clasifica.htm>
4. Chilcott JB, Tappenden P, Rawdin A, Johnson M, Kaltenthaler E, Paisley S, *et al.* *Avoiding and identifying errors in health technology assessment models: qualitative study and methodological review.* *Health Technol Assess.* 2010 May;14(25): III-IV, IX-XII, 1-107. PubMed PMID: 20501062.
 5. Vielka González Ferrer. *Critical aspects of the usage of statistical classification models.* *Rev. Med. Electron.* Vol. 36, supl.1 Matanzas 2014.
 6. Aurora Inés Gáfaró Rojas, Fermín Mallor Giménez, Cristina Azcárate Camio. *Modelado de la atención en consulta externa en un hospital público: una herramienta de gestión.* *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia),* 13 (26): 106-118, enero-junio de 2014.
 7. 25. Blake JT, Carter MW, Richardson S. *An analysis of emergency room wait time issues via computer simulation.* *Information Systems and Operational Research.* 1996; 34 (4): 263-73.
 8. 26. Everett JE. *A decision support simulation model for the management of an elective surgery waiting system.* *Health Care Management Science.* 2002 Abr; 5 (2): 89-95.
 9. 29. Crofts P, Barlow J, Edwards R. *A CliniQueue solution.* *OR Insight.* 1997 Ene; 10 (4): 22-7.
 10. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPÍTULO 17

Universalidad de los servicios de salud, meta o utopía

Cortés Riveroll José Gaspar Rodolfo,¹ Ramírez Guevara Guadalupe,²

^{1,2}Docentes de la Facultad de Medicina de la BUAP.

No se ha desarrollado una estrategia acertada para satisfacer las necesidades de salud de niños mayores y adultos, dentro de los medios financieros de la mayoría de los países en desarrollo y la búsqueda de tecnología sanitaria adecuada a las circunstancias financieras y organizativas de estos países, debe considerarse una alta prioridad para la comunidad de investigación y desarrollo de todo el mundo (Evans, *et al.* 1981).

17.1 Introducción

La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Vemos maravillados como la esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares. La esperanza de vida de una niña que nace hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece y del tipo de sistemas que

se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Esas políticas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño pueda crecer y desarrollar todo su potencial y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre. Cada vez, hay una mayor convergencia entre los países pobres y los ricos con respecto al tipo de problemas de salud que hay que resolver. El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

En el espíritu de la justicia social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. Gracias a la labor de la Comisión, varios países y organizaciones son ahora socios que tratan de formular políticas y programas que abarquen al conjunto de la sociedad y permitan influir en los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad sanitaria. Esos países y asociados se hallan en la vanguardia de un movimiento mundial. La Comisión hace un llamamiento a la OMS y a todos los gobiernos para que tomen la iniciativa en la acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo. Alcanzar la equidad sanitaria en el lapso de una generación es posible, es lo que hay que hacer y éste es el momento adecuado

para hacerlo (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde haya nacido. En Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, las diferencias en relación con la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y mortalidad prematura, pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. Eso no tiene por qué ser así y no es justo que sea así. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando éstas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables. Eso es lo que denominamos inequidad sanitaria. Corregir esas desigualdades —las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países— es una cuestión de justicia social. Para la Comisión reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo moral. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

17.2 Indicadores de Salud

Por 24 años consecutivos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas: Indicadores Básicos, incluyendo la información más reciente sobre los principales indicadores de salud para la Región de las Américas (2005). La edición del 2018 incluye información

de los 82 indicadores básicos de los países, territorios y subregiones de las Américas, categorizados en: demográficos-socioeconómicos, estado de salud, factores de riesgo, cobertura de servicios y sistemas de salud. También se presenta información para 22 indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La serie completa de datos de indicadores básicos, se encuentra en la Plataforma de Información de Salud (PLISA) de la OPS. Como parte de un proceso de monitoreo y evaluación, los indicadores son un elemento esencial en la producción de evidencia en salud ya que facilitan el proceso de toma de decisiones. Con los avances tecnológicos, la recopilación de datos se ha vuelto más frecuente y oportuna, haciendo posible el monitoreo y seguimiento de manera rutinaria a nivel mundial, regional, subregional, nacional y subnacional. En la medida en que los datos generados por los indicadores provengan de fuentes de información de calidad que sean precisas y verificables, la toma de decisiones estará mejor informada y habrá mayores oportunidades para mejorar la implementación de intervenciones que puedan tener un mayor impacto en los resultados de salud. La publicación de 2018 presenta una discusión de los siguientes tópicos:

- La contaminación del aire como principal riesgo ambiental para la salud. Se resaltan los efectos adversos para la salud de la contaminación del aire exterior en áreas urbanas o industriales y respirar el humo de la quema de madera, carbón, residuos orgánicos o queroseno en el hogar. Este análisis enfatiza el desafío y el compromiso de los países de la región de las Américas para reducir el impacto de la contaminación atmosférica en la salud, en particular los problemas relacionados con las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.
- Manejo de números pequeños en el análisis epidemiológico. Se presentan recomendaciones sobre las limitaciones del análisis epi-

demiológico cuando se manejan números pequeños, ya sea en países con poca población o en países con poblaciones grandes que, al realizar un análisis desagregado por grupos de edad, causas de muerte o a nivel subnacional, hace que el número de eventos vaya disminuyendo. Estas limitaciones hacen que se obtengan indicadores difíciles de comparar y que no sean representativos.

- Tasas de homicidios en las Américas. Se presenta un mapa con la distribución de la tasa de homicidios en los países de la región, destacando las desigualdades que existen en las Américas. Los datos presentados en esta publicación se recopilaron por los países y fueron validados por las entidades técnicas de la Organización. La colaboración de los Ministerios de Salud y los Institutos Nacionales de Estadística de los países y territorios de la región de las Américas, así como de varios organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas, fue esencial para la preparación de esta publicación.

17.3 La Comisión y la OMS

En aras de la justicia social, el doctor Jong Wook Lee, ex Director General de la OMS, creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, pues consideró que la adopción de medidas e intervenciones para mejorar los determinantes sociales de la salud podría constituir un modo de lograr la equidad sanitaria. La Comisión, creada con el fin de recabar datos científicos sobre posibles acciones para promover la equidad sanitaria y fomentar la organización de un movimiento mundial que tenga como propósito alcanzar ese objetivo, se sustenta en la colaboración internacional entre encargados de formular políticas, investigadores y la sociedad civil encabezada por los miembros de la Comisión, los que aportaron una amplia experiencia en cuestiones políticas y académicas y

en promoción de la causa. Sin duda, la equidad sanitaria constituye un verdadero programa de acción mundial. La doctora Margaret Chan, ex Directora General de la OMS, ha hecho suyos los objetivos de la Comisión. En sus propias palabras: “Nadie debería tener vedado el acceso a intervenciones destinadas a conservar la vida o promover la salud por motivos injustos, sean de causa económica o social. Estos son algunos de los problemas que trata de resolver la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [...] Cuando está en juego la salud, la equidad es realmente una cuestión de vida o muerte” (Chan, 2007). Ella misma, ha expresado el compromiso de la OMS con la ejecución de medidas para mejorar los determinantes sociales de la salud, no sólo porque la OMS tiene el poder para intervenir, sino porque tiene la autoridad moral. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

17.3.1 Fomentar un movimiento mundial a favor del cambio

La Comisión tiene entre sus metas fomentar la creación de un movimiento mundial cuya meta sea promover el cambio. Las indicaciones son claras: la salud es apreciada por todos y las personas anhelan gozar de equidad en este sentido. En los países donde se han realizado investigaciones, los datos recabados hasta el momento son reveladores: es evidente la preocupación por la injusticia de las condiciones de vida (YouGov Poll, 2007), que trae aparejadas diferencias en materia sanitaria (RWJF Commission, 2008). Las principales conclusiones a las que llegó esta Comisión se fundamentan en un gran número de datos. Si bien la OMS tiene una función esencial en lo que respecta a la concreción del programa de acción para alcanzar la equidad sanitaria, el movimiento mundial en este

sentido es producto de la labor de un gran número de interesados directos.

Por otra parte, es evidente que, modificar los determinantes sociales de la salud y alcanzar la equidad sanitaria constituye un programa de acción a largo plazo que necesita apoyo continuo y financiamiento constante.

17.3.2 Trascender las prácticas habituales

Una de las cuestiones centrales para la Comisión, desde el momento de su creación, es la probabilidad de que se considere poco realista la adopción de medidas destinadas a conseguir cambios reales, de modo que los cambios superficiales sean más atractivos para quienes prefieren continuar con las prácticas habituales. Los datos científicos evidencian que cada vez es menos viable continuar con las prácticas habituales.

Si bien hemos observado entusiasmo por la labor de la Comisión, también nos hemos topado con dos tipos de críticas que apuntan a los determinantes sociales de la salud: “Ya los conocemos” y “No hay ningún dato científico que fundamente la ejecución de medidas”. Atendiendo a estas dos críticas, la Comisión se ha propuesto crear una nueva estrategia de acción.

Es verdad que sabemos mucho acerca de los determinantes sociales de la salud, pero pareciera que la formulación de políticas no tiene en cuenta todo lo que sabemos. Por otra parte, aún no sabemos lo suficiente.

Es acuciante la necesidad de invertir en más investigaciones que integren diferentes disciplinas y ámbitos de especialización, de dilucidar el modo en que los determinantes sociales de la salud crean inequidad sanitaria y la manera en que se puede lograr una situación sanitaria mejor y más justa actuando sobre esos determinantes.

La Comisión concretó metas inusuales al inspirar y apoyar la ejecución de intervenciones en el mundo real desde sus inicios. En el transcurso de tres años, fueron varios los países que adhirieron a la visión de la Comisión. Varios países, entre los que se cuentan Brasil, Canadá, Chile, Kenia, Mozambique, Reino Unido, la República Islámica de Irán, Sri Lanka y Suecia, ya son socios de la Comisión, y han hecho progresos en la formulación de políticas de todos los sectores de la administración pública destinadas a mejorar los determinantes sociales de la equidad sanitaria. Otros países seguirán su ejemplo (Argentina, México, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia y Tailandia ya expresaron interés por asociarse). Con todo, la lista de países asociados es bastante pequeña hasta ahora teniendo en cuenta el número de países que conforman el mundo (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

En muchos sitios, las condiciones de vida siguen sin cambiar y, sin duda, tardarán mucho en hacerlo, pero los países asociados representan una clara voluntad política y un sincero compromiso con la causa. ¿Es viable el cambio? Por supuesto. Estos países ya comenzaron a incorporar cambios, la asociación con otros países, la sociedad civil, la OMS y otros organismos internacionales, así como con formadores de opinión, es fundamental para promover un programa de acción destinado a modificar los determinantes sociales de la salud. No obstante, nos preguntamos:

1. ¿Por qué ahora?

La OMS hizo declaraciones inspiradoras hace 60 años, en ocasión de su nacimiento y nuevamente hace 30 años, en Alma-Ata, declaraciones que son coherentes con el llamamiento que hacemos en la actualidad. ¿Hay razones para suponer que esta vez sí habrá cambios?

2. *¿Hay suficiente conocimiento?*

Hoy en día, en todo el mundo se sabe mucho más tanto acerca del problema de la inequidad sanitaria como respecto de lo que puede hacerse para modificar los determinantes sociales de la salud.

3. *¿Habrá más desarrollo?*

El modelo dominante de desarrollo está en pleno cambio. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reflejan una preocupación mundial sin precedentes por incorporar cambios reales y sostenibles para mejorar la vida de los habitantes de los países pobres. Son cada vez mayores las exigencias de cambio en torno a los modelos de desarrollo social: el nuevo modelo debe abandonar el crecimiento económico como meta primordial y centrarse en promover el bienestar combinando los efectos del crecimiento y la participación efectiva (Stern, 2004).

4. *¿Habrá un liderazgo más enérgico?*

Al convocar a esta Comisión, la OMS plasmó su voluntad de hacer las cosas de manera diferente. Además, los Estados Miembros exigen cada vez más un nuevo modelo sanitario, que tenga en cuenta tanto el criterio de justicia social como la imposibilidad creciente de sostener el modelo tradicional de asistencia sanitaria.

5. *¿Hemos llegado a un statu quo insostenible?*

Lo que sucede en una parte del mundo tiene ahora efectos en todas partes, desde las crisis económicas y los conflictos hasta las migraciones, el comercio y el trabajo, la producción de alimentos y la seguridad alimentaria y las enfermedades. La magnitud de la inequidad es sencillamente insostenible. Como respaldo al llamamiento por la justicia humana mundial, los datos científicos ineludibles sobre el cambio climático y la degradación ambiental

definen con claridad la imposibilidad de pensar un futuro basado en el *statu quo* actual y fomentan la voluntad internacional cada vez mayor de cambiar las estrategias de acción.

6. *¿Es posible cambiar el Statu quo?*

Hay dos respuestas evidentes a la interrogante sobre la factibilidad de subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. Si continuamos por esta senda, no tenemos ninguna posibilidad de lograrlo. Si realmente tenemos intenciones de cambiar, si adoptamos una visión que proponga crear un mundo mejor y más justo, donde las oportunidades de vida y la salud de las personas ya no dependan de un mero accidente, ligado al lugar donde les toca nacer, al color de su piel o a la falta de oportunidades de sus padres, podríamos lograr grandes progresos en este sentido.

Hacer realidad esta visión implicará la incorporación de cambios importantes en las políticas sociales, los acuerdos económicos y las estrategias de acción política. La clave de esta acción debe ser otorgar más poder a las personas, comunidades y países que no gozan de una distribución equitativa. El conocimiento y los medios necesarios para concretar el cambio están al alcance de la mano y fueron reunidos en este informe. Lo que resta es contar con la voluntad política para llevar a la práctica estos cambios difíciles, pero factibles. Este es un programa de acción a largo plazo, que depende de que se aporten inversiones para mejorar las condiciones de vida de las personas de toda edad y de que empecemos a actuar sin demora. La falta de acción será, en los próximos decenios, prueba de nuestro fracaso a gran escala en lo que respecta a asumir la responsabilidad que nos incumbe.

Sin embargo, la distribución de la mortalidad de los niños menores de un año es muy desigual, tanto entre países como dentro

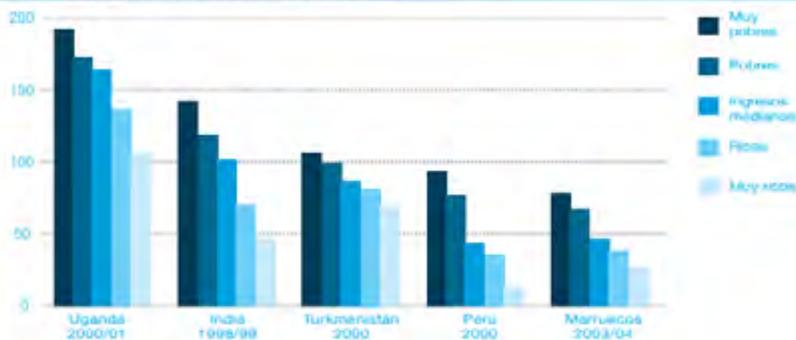
de cada país. Los índices de mortalidad infantil de menores de un año, que, por ejemplo, es de poco más de 20/1000 nacidos vivos en Colombia y algo más de 120/1000 nacidos vivos en Mozambique. Además, son enormes las desigualdades a este respecto dentro de cada país (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

Las oportunidades de sobrevivir que tienen los niños menores de un año están íntimamente ligadas al nivel de educación de la madre. En Bolivia, entre los hijos de mujeres que carecen de educación, la mortalidad de este grupo de edad es superior a 100/1000 nacidos vivos, mientras que entre los hijos de madres que al menos tienen educación secundaria es inferior a 40/1000.

Los datos de todos los países que aparecen en la figura 1, muestran las desventajas en términos de supervivencia que sufren los hijos de mujeres que no tienen educación. Si parece demasiado poco realista tener como objetivo un índice de mortalidad de 2 por cada 1 000 nacidos vivos en los países de bajos ingresos, al menos debemos reconocer la gran influencia positiva que parece tener la educación de las niñas y las mujeres sobre la supervivencia de estos niños. Esperanza de vida masculina y desigualdades entre algunos países y dentro de cada uno de ellos (UN, 2000a).

Los datos fueron extraídos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS, s.f.) *STAT compiler*. La línea negra continua representa la mortalidad promedio de cada país; el extremo superior de las barras representa la mortalidad en el grupo de madres sin formación y el inferior, en el grupo que tiene educación secundaria o superior.

Figura 2.2 Mortalidad entre menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos en función del nivel de ingreso de los hogares.



Extraído de Gwatkin et al. (2007), datos de EDS.

El gradiente social no es exclusivo de los países más pobres. La Figura 2.3 muestra datos oficiales recogidos de algunas regiones del Reino Unido (Inglaterra y Gales) respecto de personas clasificadas en función del grado de privación que se observa en su vecindario. Como puede observarse, la mortalidad es correlativa al grado de privación (Homeri, Baker & Griffiths, 2006). El margen es amplio: se observa una diferencia superior a 2,5 veces en la mortalidad entre las personas que viven en situación de privación extrema y las que no tienen tantas privaciones.

17.4 Inequidad Sanitaria

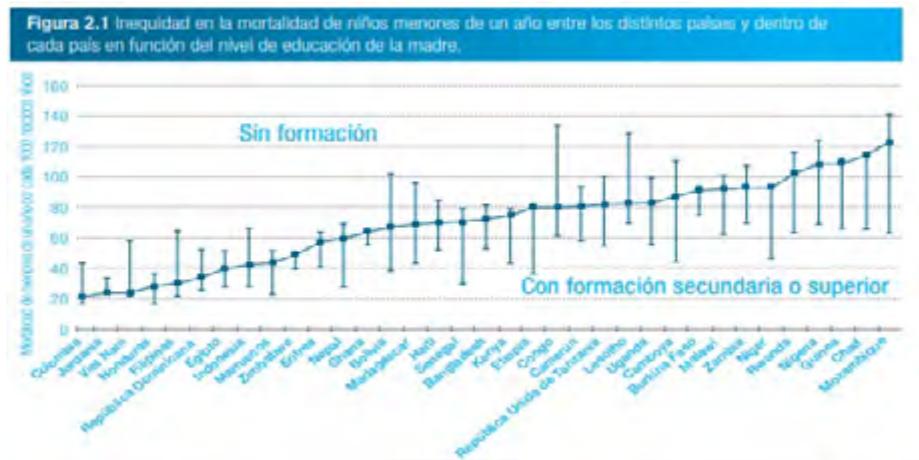
“No hay ninguna condición de vida a la que el hombre no pueda acostumbrarse, en particular si ve que todos los que lo rodean la aceptan” (Tolstoy, 1877. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

Estamos demasiado acostumbrados a la muerte prematura, las enfermedades y a las condiciones de vida que las generan. Sin embargo, gran parte de la morbilidad y las muertes prematuras de todo el mundo son evitables y, por tanto, inaceptables. Se trata de una situación desigual. La acción destinada a alcanzar la equidad sanitaria tiene dos metas fundamentales: mejorar la situación sanitaria promedio de todos los países y eliminar todas las desigualdades sanitarias evitables dentro de cada país. En los dos casos, el objetivo ha de ser mejorar el estado de salud de los que están en peor situación para que gocen del mismo grado de salud que los que mejor están.

Si la mortalidad de los menores de un año que se registra en Islandia (WHO, 2007). Representara la situación de todo el mundo,

solo morirían 2 bebés por cada 1000 nacidos vivos y morirían 6 o sea 600,000 lactantes menos por año en todo el mundo.

Sin embargo, la distribución de la mortalidad de los niños menores de un año es muy desigual, tanto entre países como dentro de cada país. La figura 2 ilustra la disparidad de los índices de mortalidad infantil de menores de un año, que, por ejemplo, es de poco más de 20/1000 nacidos vivos en Colombia y algo más de 120/1000 nacidos vivos en Mozambique. Los datos fueron extraídos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS, s.f.) y *STAT compiler*. La línea negra continua representa la mortalidad promedio de cada país; el extremo superior de las barras representa la mortalidad en el grupo de madres sin formación y el inferior, en el grupo que tiene educación secundaria o superior (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005)



Además, son enormes las desigualdades a este respecto dentro de cada país, las oportunidades de sobrevivir que tienen los niños menores de un año están íntimamente ligadas al nivel de educación de la madre. En Bolivia, entre los hijos de mujeres que carecen

de educación, la mortalidad de este grupo de edad es superior a 100/1000 nacidos vivos, mientras que entre los hijos de madres que al menos tienen educación secundaria es inferior a 40/1000. Los datos de todos los países que aparecen en la figura 3 demuestran las desventajas en términos de supervivencia que sufren los hijos de mujeres que no tienen educación. Si parece demasiado poco realista tener como objetivo un índice de mortalidad de 2 por cada 1000 nacidos vivos en los países de bajos ingresos, al menos debemos reconocer la gran influencia positiva que parece tener la educación de las niñas y las mujeres sobre la supervivencia de estos niños (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

Los datos fueron extraídos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS, s.f.) y *STAT compiler*. La línea negra continua representa la mortalidad promedio de cada país; el extremo superior de las barras representa la mortalidad en el grupo de madres sin formación y el inferior, en el grupo que tiene educación secundaria o superior.

17.4.1 Sociedades civiles

El término “sociedad civil” se refiere al ámbito de acción colectiva y voluntaria respecto de intereses, objetivos y valores compartidos. En teoría, adopta formas institucionales diferenciables de las del Estado, la familia y el mercado, aunque, en la práctica, son complejos los límites entre el estado, la sociedad civil, la familia y el mercado. La sociedad civil suele estar conformada por organizaciones como entidades de beneficencia autorizadas, organizaciones no gubernamentales de desarrollo, grupos comunitarios, organizaciones de mujeres, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales, sindicatos, grupos de autoayuda, movimientos sociales, asociaciones empresariales, coaliciones y grupos de promoción de causas

específicas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final, 2005).

17.4.2 Sistema de Salud en México

Nuestro sistema ha transitado por varias reformas significativas, la más reciente de ellas con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido en su parte operativa como Seguro Popular. De los años ochenta a la fecha, los cambios sustantivos al Sistema Nacional de Salud (SNS) han permitido avanzar hacia el ideal de protección de la salud para la población mexicana, y por tanto nos acercan a cumplir con el mandato constitucional que la consagra como un derecho fundamental.

Estas décadas, sin embargo, han sido también de fuertes cambios demográficos y epidemiológicos que han afectado la salud de los mexicanos y que implican ajustes al sistema que lo fortalezcan y le permitan reaccionar con dinamismo ante los nuevos escenarios, en los que, sin haber solucionado completamente las llamadas enfermedades del rezago, tenemos que enfrentar el signo de los tiempos actuales: las enfermedades crónico-degenerativas y los problemas emergentes como la violencia.

El Sector Salud requiere una transformación que le permita generar mejor y más salud con los recursos actualmente disponibles, al mismo tiempo que mejore su respuesta hacia los individuos y las colectividades para mejorar de manera sustancial la equidad y calidad con la que se prestan los servicios (FUNSALUD, 2013).

También en estos años, el SNS se ha visto acompañado de diversos actores que, desde la academia y la sociedad civil, han hecho aportaciones importantes a partir de la evidencia que se han reflejado en el diseño de los modelos de atención y operación con los que contamos. Uno de estos organismos es, sin duda, la Fundación Mexicana

para la Salud (FUNSALUD), que hoy, de cara a una nueva etapa en los ámbitos de decisión, lanza una propuesta que busca innovar para lograr la universalidad de los servicios de salud, mejorando al mismo tiempo la eficiencia, la calidad y la equidad dentro de los diferentes componentes del sistema (Mauricio Hernández Ávila, 2013).

La propuesta de FUNSALUD se sustenta en la separación de funciones del sistema de salud y plantea fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud, así como contar con un fondo único, basado en impuestos, para financiar su operación. Aborda, además, la función de articulación entre el financiamiento y la prestación de servicios, esta última otorgada a través de redes de atención escalonadas que incluyen a las instituciones públicas y privadas. Igualmente hace efectivo el derecho de elección del ciudadano para elegir al mejor prestador de servicios.

La publicación propuesta de FUNSALUD obedece a la necesidad de convocar a su análisis y al intercambio de ideas entre especialistas de diversas disciplinas, sobre el tema de la universalidad en los servicios. Salud Pública de México desea recoger en sus próximos números esta discusión, que tiene el potencial de contribuir al fortalecimiento del modelo que se adopte en los siguientes años para garantizar la salud de los mexicanos (Hernández Mauricio Ávila, INSP, 2013).

Desde su creación en 1985, la Fundación ha contribuido en los procesos de reforma del Sistema Nacional de Salud mexicano a través de la discusión, análisis, formulación, diseño y evaluación de políticas, estrategias y programas de salud. Las propuestas de Funsalud han encontrado eco y han sido consideradas por varios titulares del Ejecutivo Federal, incluyendo el análisis e investigaciones de apoyo para la conceptualización que llevó a la reforma de la Ley General de Salud y al establecimiento –en 2004–, del Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (FUNSALUD, 2013).

En consistencia con esta trayectoria, FUNSALUD presenta una nueva propuesta de reforma que constituye un próximo paso ineludible para el Estado Mexicano: la universalidad de los servicios de salud; una realidad posible que requiere visión, compromiso y voluntad política.

Al igual que otras naciones, México atraviesa por transformaciones y cambios profundos en su estructura, lo cual plantea desafíos financieros, sanitarios, políticos e institucionales mayúsculos. De consecuencias profundas e impactos actuales y mediatos, la transición demográfica y su correlato en el perfil epidemiológico de los mexicanos inciden en el notable incremento de las enfermedades crónicas degenerativas.

El camino hacia la universalidad de los servicios de salud está trazado. En los últimos 30 años, el país ha avanzado en la construcción de una política de Estado en materia de salud, que ha ido acompañando algunas transformaciones de gran escala, como las transiciones demográfica y epidemiológica. No obstante, los logros alcanzados, la situación actual y futura del país exigen la puesta en marcha de una nueva serie de reformas sociales. Entre éstas, el componente de mayor prioridad es la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

La propuesta de FUNSALUD se orienta al cabal cumplimiento del artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece la obligación del Estado de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad y responde a los principios establecidos en tratados internacionales sobre derechos humanos de los que el Estado Mexicano forma parte. De igual forma, permite hacer efectivo el derecho a la protección de la salud para todas las personas sin distinción alguna, establecido en el artículo cuarto constitucional, en el

que se señala también la atribución de la Ley General de Salud para definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

El esquema de universalidad de los servicios de salud que propone la Fundación, comparte la filosofía de construir un sistema de seguridad social universal, propuesta por el titular de la Administración Pública Federal y se inscribe en uno de los cuatro elementos fundamentales para alcanzar dicho objetivo. Esta propuesta de FUNSALUD es operativamente viable, tecnológicamente factible y socialmente responsable. Si la salud de los mexicanos es una prioridad, la universalidad de la atención a la salud es un requisito *sine qua non* para alcanzar el desarrollo humano. Las condiciones actuales del país reclaman decisiones mayores. A tales exigencias, precisamente, trata de responder esta nueva propuesta de FUNSALUD (José A. Santos Asséo, 2013).

17.4.3 Implicaciones de la transición epidemiológica

Incluso en países de ingresos medios, las estadísticas más favorables en conjunto ocultan amplias disparidades entre las condiciones, por un lado, de los pobres rurales y periurbanos que son típicos de los países de bajos ingresos y las condiciones, por otro lado, de los habitantes urbanos más ricos que están mejor educados y tienen un mejor acceso a los servicios de salud y cuyo estado de salud se parece mucho al perfil en los países industrializados (Evans, *et al.* 1981). (<https://pdfs.semanticscholar.org/6be7/19357f79d-0f55f60e79a210c571e31dbb330.pdf>).

Este documento trata sobre cuestiones de política de salud en los países de América Latina, con énfasis en los cambios que los sistemas de salud deben introducir para satisfacer las necesidades de salud resultantes de las transiciones demográficas y epidemiológicas. Para ilustrar estos problemas de política, aquí se analizan tres casos

de países: Brasil, Colombia y México. La población de estos países incluye alrededor de 60% de la población de América Latina. Estos tres países ahora enfrentan una disminución importante en las tasas de mortalidad y fertilidad, y nuevos conjuntos de problemas de salud relacionados con la rápida urbanización e industrialización, como lesiones, intoxicaciones accidentales y envenenamientos y enfermedades ocupacionales y no transmisibles que afectan al envejecimiento de la población. Al mismo tiempo, los viejos problemas de salud aún no se han resuelto. Estos países aún no están libres de la carga de muchas enfermedades infecciosas y parasitarias, aunque sus tasas generales de mortalidad por enfermedades infecciosas están disminuyendo; el análisis de la distribución de ambos grupos de enfermedades, muestra grandes disparidades en las condiciones de salud en diferentes regiones y clases sociales.

La coexistencia de viejos y nuevos problemas de salud y la persistencia de grandes disparidades sociales en estos países en desarrollo de América Latina, se han descrito anteriormente (Evans *et al.*, 1981; Frenk *et al.*, 1989) como “polarización epidemiológica” y (Posesas, 1989) “heterogeneidad estructural”. Estos autores han enfatizado la importancia de identificar las principales consecuencias de este complejo proceso de transición en los países en desarrollo. La creciente carga de enfermedades crónicas que afectan a una creciente población adulta en estas sociedades latinoamericanas será, en las próximas décadas, un desafío importante para sus gobiernos porque es probable que persistan muchos de sus viejos problemas de salud no resueltos. Esta diversidad epidemiológica y la tasa de cambio en los perfiles de la enfermedad hacen que el proceso de transición de la salud en muchos países en desarrollo sea mucho más complejo que la situación que enfrentan ahora o antes las sociedades desarrolladas (Evans *et al.*, 1981). Los países en desarrollo están reduciendo sus tasas de fertilidad y mortalidad debido a enfermedades

infecciosas en periodos más cortos que los países industrializados, dejando un tiempo mucho más corto para ajustar el sistema de salud para responder adecuadamente a las necesidades de adultos y ancianos y, al mismo tiempo, mantener los esfuerzos para reducir la carga de enfermedades infecciosas en los niños y los problemas de salud reproductiva. Otros dos factores difieren entre países en desarrollo e industrializados: en primer lugar, la mayoría de los países en desarrollo aún carecen de la infraestructura de salud necesaria para hacer frente a las necesidades de salud más apremiantes de sus poblaciones y para juzgar por sus productos nacionales brutos y las proporciones gastadas en salud, esta situación no es probable que mejore en el futuro cercano; segundo, la mayoría de los gobiernos de los países en desarrollo están siendo presionados para adoptar el modelo médico-terapéutico para enfrentar la carga de las enfermedades no transmisibles.

Los paradigmas actuales de atención de la salud para los países en desarrollo, caracterizados por el modelo de atención primaria de salud, han sido efectivos en el tratamiento de escenarios epidemiológicos en los que predominan los problemas de infección y de salud reproductiva. No está claro, cómo los gobiernos deberían reorientar sus sistemas de salud para responder a los nuevos desafíos planteados por el envejecimiento de la población y la aparición de enfermedades no transmisibles.

Análisis recientes de la transición epidemiológica (Caldwell *et al.*, 1989; Laurenti, 1990; Jamison y Mosley, 1991; Frenk *et al.*, 1991; Bell, 1993; Possas, 1991) sugieren que la comprensión de sus implicaciones políticas puede contribuir a destacar aspectos importantes del marco teórico existente relacionado con la salud de las poblaciones humanas. Comprender el proceso de formulación de políticas en sociedades en desarrollo heterogéneas que pasan por la transición epidemiológica puede ayudar a desarrollar nuevos conceptos y me-

todologías para la planificación de la atención médica.

17.4.4 Marco conceptual para el examen de las implicaciones políticas.

Las causas subyacentes de los cambios a largo plazo en los perfiles epidemiológicos no se entienden claramente. Nuestra comprensión limitada de los determinantes inmediatos del estado de salud sugiere que los cambios en los niveles de vida, estilos de vida, acceso y calidad de los servicios de salud y nutrición explican la mayoría de las mejoras en la supervivencia en las sociedades contemporáneas (Frenk *et al.*, 1991). Los avances tecnológicos en la prevención y el tratamiento de enfermedades comunes que ocurrieron en los últimos 50 años han cambiado la importancia relativa de estos factores. Un resultado es que ahora algunos países con bajos ingresos *per cápita* (USD 300.00) pueden reducir sustancialmente la carga de enfermedades infecciosas y parasitarias. Por tanto, las políticas de salud en los países en desarrollo abordan un conjunto cada vez más amplio de cuestiones relacionadas con el estado de salud de las poblaciones. (Frenk *et al.* 1991).

Muchas de las cuestiones de política que los gobiernos deben tener en cuenta al abordar las consecuencias de la transición epidemiológica son específicas de cada país. Es necesario considerar los factores que determinan el estado de salud de la población y la organización y el desempeño del sistema de salud. En esta sección, revisamos brevemente estos factores. En lugar de presentar una lista exhaustiva de estos determinantes, destacamos aquellos que probablemente desempeñen un papel relevante en la formulación de políticas de salud en los tres países seleccionados.

Los principales determinantes de la política de salud y sus interrelaciones se resumen en la Figura 4. Es esencial comprender la dinámica de la población; el tamaño y la distribución de la población

proporcionan una primera idea de la magnitud de las necesidades de salud. La tasa de crecimiento de la población y el proceso de envejecimiento de la población son las variables más importantes a considerar. Dentro de un país, la intensa migración rural-urbana a menudo plantea cargas adicionales en los sistemas locales de salud de las grandes ciudades.

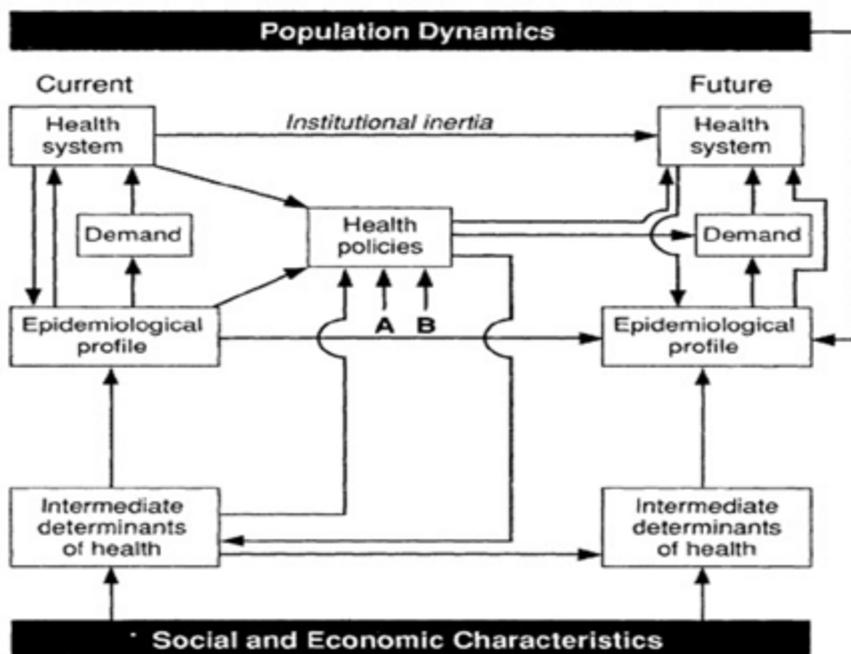


Figura 4. Determinantes principales de la política de salud: (A) marco legal, (B) papel del estado con respecto a las necesidades sociales.

La contribución de la disminución de la fertilidad al envejecimiento de las poblaciones y los cambios en los niveles y perfiles de mortalidad se ha descrito anteriormente (Bobadilla *et al.*, 1993; Jamison y Mosley, 1991). Vale la pena mencionar que estos factores demográficos pueden desempeñar un papel mucho más relevante

en la transición epidemiológica que los cambios en los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Sin embargo, la escasez de información sobre la prevalencia y las tendencias de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo, incluidos los tres analizados aquí, impide cualquier declaración definitiva sobre su relevancia en las próximas décadas.

El estado actual del sistema de salud puede describirse mediante múltiples variables como el número de instituciones, la cobertura de diferentes servicios, la combinación de fuentes públicas y privadas y la cantidad de recursos financieros, eficiencia, equidad en la distribución de recursos y calidad de la atención. Las deficiencias organizativas y de rendimiento del sistema de salud son comunes en muchos países del mundo y obviamente deben corregirse antes de que puedan implementarse otras políticas diseñadas para responder a la transición epidemiológica. La mayoría de los gobiernos asignan recursos en el sector de la salud de acuerdo con el patrón de gastos de años anteriores, creando una inercia institucional para mantener el *statu quo* en sus sistemas de salud. Esta inercia reduce la flexibilidad del sistema de salud para adaptarse a los nuevos desafíos, como los que plantea la transición epidemiológica.

Como ilustra la figura 4, el sistema de salud actual está relacionado —en parte—, con el perfil epidemiológico, porque se supone que controla, previene y trata las principales enfermedades y lesiones. Sin embargo, el sistema de salud también está determinado por otros factores sociales y económicos, como las fuerzas del mercado de medicamentos y equipos médicos, innovación tecnológica en el diagnóstico y tratamiento, el mercado laboral médico y los intereses políticos. Idealmente, las futuras políticas de salud deberían estar orientadas a mejorar la capacidad del sistema de salud para responder a la demanda cambiante debido a la transición epidemiológica.

La relación entre el perfil epidemiológico y el sistema de salud que se presenta en la figura 4, muestra cómo está ocurriendo directamente y es mediada por la demanda. Algunas necesidades de salud de la población provocan respuestas directas del sistema de salud, como es el caso de la inmunización. Otros, como el manejo de casos de enfermedades no transmisibles, se identifican a través de las demandas de la población. Las necesidades y demandas claramente no son sinónimos, porque la demanda depende del estado de salud y la percepción de enfermedad por parte de los individuos y las familias. Las percepciones son un elemento crítico a considerar en la planificación de la salud porque una gran proporción del aumento de la demanda de atención médica se debe a un aumento en la percepción de la enfermedad y no necesariamente a una mayor prevalencia de la enfermedad.

Las opciones de política de salud también se ven afectadas por otros dos factores que a menudo se ignoran porque son resistentes al cambio. Estos son el marco legal para la salud, el medio ambiente y la atención médica; el punto de vista ideológico que tienen los gobiernos y los principales grupos de población con respecto a la salud y el papel del estado en la provisión de servicios de salud. Estos dos factores a menudo limitan las opciones disponibles en la formulación de políticas. Pueden, por supuesto, cambiarse y a menudo son objeto de políticas. Pero, debido a que son específicos de cada país, es difícil generalizar sobre las restricciones que imponen a las alternativas de políticas de salud.

La contribución de la disminución de la fertilidad al envejecimiento de las poblaciones y los cambios en los niveles y perfiles de mortalidad ya han sido descritos (Bobadilla *et al.*, 1993; Jamison y Mosley, 1991). Vale la pena mencionar que estos factores demográficos pueden desempeñar un papel mucho más relevante en la transición epidemiológica que los cambios en los factores de riesgo de

enfermedades no transmisibles. Sin embargo, la escasez de información sobre la prevalencia y las tendencias de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en los países en desarrollo, incluidos los tres analizados aquí, impide cualquier declaración definitiva sobre su relevancia en las próximas décadas.

17.4.5 Características sociales y económicas

Se pueden observar grandes disparidades en factores económicos como el Producto Nacional Bruto (PNB) *per cápita*, que oscila entre USD 1 200 en Colombia y USD 2 540 en Brasil y la inflación anual promedio, que oscila entre menos de 24% en Colombia y más de 200% en Brasil. Sin embargo, los tres países comparten patrones similares de concentración de ingresos, con alrededor de 40% de los ingresos en el grupo de ingresos más alto de 10% y de 1 a 4% de ingresos en el grupo de ingresos más bajo del 20 por ciento.

Las condiciones sociales también muestran similitudes y disparidades. Los tres países comparten proporciones similares de población en pobreza que van desde 37% en México hasta 45% en Brasil, pero otras condiciones sociales, como el acceso al agua potable, las instalaciones de saneamiento y la educación, son bastante diferentes. En Brasil, hay una tasa de analfabetismo muy alta (22% de la población adulta), mientras que en Colombia y México estas tasas son de 12% y 10%, respectivamente. En México, el acceso al agua potable está limitado al 69% y el acceso a las instalaciones de saneamiento es de 45%, mientras que en Brasil y Colombia al menos 75% de las poblaciones tienen acceso a agua entubada y más de 65% tienen acceso a instalaciones de saneamiento adecuadas (Bobadilla, 1988).

Finalmente, es interesante notar que, aunque Colombia tiene el PNB *per cápita* más bajo, sus indicadores sociales y de salud no están muy por debajo de los de México y Brasil. Para algunos indicado-

res, como la mortalidad de menores de 5 años y la esperanza de vida, Colombia se encuentra en una posición mejor o similar. Las inversiones en prevención y atención primaria de salud en Brasil y México han sido relativamente pequeñas en las últimas tres décadas, y solo a mediados de los años ochenta esta situación comenzó a cambiar. Colombia, por el contrario, ha concentrado los esfuerzos nacionales en actividades basadas en la población para controlar las enfermedades transmisibles.

17.5 Dinámica poblacional

En los últimos 30 años, los tres países han experimentado reducciones sustanciales en su tasa de fertilidad total, dando lugar a un cambio profundo en la estructura de edad de sus poblaciones. La tabla 3, muestra la tasa de fertilidad total estimada para los años 1965 y 1989, y proyectada para el año 2000. Desde niveles entre 5.6 y 6.7 hijos por mujer, la fertilidad total se redujo a aproximadamente 3.0 y se estima en alrededor de 2.2 para el año 2000. Esta disminución se ha logrado en gran medida como consecuencia del mayor uso de anticonceptivos por parte de las mujeres en edad reproductiva, que en 1987 alcanzaron niveles de 53% en México, 63% en Colombia y 65% en Brasil. El principal cambio en la estructura de la población es un crecimiento importante en la proporción de la población de 15 años y más. Para el año 2025, casi 70% de la población de estos países tendrá entre 15 y 64 años.

TABLA 1 Dinámica de la población en Brasil, Colombia y México, años seleccionados

País	1989 Población (millones)	Estructura por edades (%)								
		Tasa de fertilidad total			1989				2025	
		1965	1989	2000	0-14	15-64	0-14	15-64	65+	
Brasil	147	5.6	3.3	2.4	36	60	60	23	67	
Colombia	32	6.5	2.9	2.2	36	60	60	22	68	
México	85	6.7	3.4	2.4	38	58	58	23	68	

FUENTE: Banco Mundial (1991: Tabla 32).

17.6 Estado de salud

El estado de salud de las poblaciones de Brasil, Colombia y México, según la información sobre los niveles de mortalidad, ha mejorado considerablemente en los últimos 60 años. Actualmente, la esperanza de vida al nacer es de 69 años para México y Colombia y 66 años en Brasil. Las tasas de mortalidad infantil son más bajas para Colombia y México (50 y 51 por cada 1,000 niños menores de 5 años, respectivamente) que para Brasil (85 por cada 1,000). Aunque estos indicadores muestran un estado de salud considerablemente mejor que muchos países en desarrollo, son bastante insatisfactorios en comparación con países que tienen un ingreso anual *per cápita* similar o menor, como Costa Rica y Chile.

El perfil epidemiológico de los tres países muestra que, según las estadísticas de mortalidad, las enfermedades infecciosas y parasitarias ya no son responsables de la mayoría de las muertes. Más bien, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las lesiones explican entre el 44% y 59% de las muertes totales, como se muestra en la tabla 4. México tiene una mayor proporción de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias y desnutrición, y Colombia tiene más muertes por lesiones (Laurenti R. 1990).

La cobertura de las estadísticas de mortalidad en Brasil es menor que en los otros dos países; así, la información en la Tabla 4 probablemente subestima el número de muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias en Brasil. Para comprender mejor la heterogeneidad en los perfiles epidemiológicos, los indicadores del estado de salud a nivel nacional deben estratificarse por variables socioeconómicas.

17.7 Estructura organizativa

Los sistemas de salud en los tres países tienen diferentes estructuras organizativas. En Brasil, las agencias gubernamentales y de seguridad

social se han integrado en el Sistema Único de Salud, pero en México y Colombia, existe una clara división de responsabilidades entre los ministerios de salud y las agencias de seguridad social. Las responsabilidades difieren en los dos países, en Colombia, el Ministerio de Salud proporciona la mayoría de los servicios de salud a la población y el Instituto de Seguridad Social cubre solo una pequeña proporción de la población activa en la fuerza laboral. En contraste, en México, el Ministerio de Salud concentra sus servicios en los pobres, y las agencias de seguridad social cubren alrededor de 60% de la población total.

El tamaño y el papel del sector privado también son bastante diferentes en los tres países. En Brasil, el sector privado es muy grande y brinda servicios al sistema público unificado. Los planes de seguro privado también están creciendo muy rápido. En Colombia y México, el sector privado también juega un papel importante, pero no existe una provisión significativa de servicios privados financiados por el sistema público. Los planes de seguro en estos países también están creciendo, pero sus tamaños son muy pequeños.

17.8 Fuente de financiación

Las fuentes de financiación siguen las estructuras organizativas en los tres países. En México y Colombia, donde existe una clara división entre los institutos de seguridad social y los ministerios de salud, los servicios de los primeros se financian mediante contribuciones de empleadores y empleados, y de los segundos a través de impuestos y tarifas generales. Colombia también obtiene fondos a través de impuestos específicos de productos específicos (como cerveza o tabaco) para financiar componentes específicos de los servicios de salud. Brasil, por otro lado, integra estas diferentes fuentes en un solo fondo de salud para financiar su Sistema Único de Salud.

17.9 Cobertura

A pesar del ingreso relativamente alto *per cápita* de estos tres países (en el contexto de los países en desarrollo), hay evidencia que sugiere que del 20% al 30% de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud. La cobertura de partos atendidos por profesionales de la salud varía del 70% en México al 81% en Brasil y la inmunización de los niños que reciben la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, tos ferina y tétanos varía del 66% en México al 87% en Colombia (Naciones Unidas Fondo de la Infancia, 1992).

CUADRO 2 Distribución de muertes por causas de muerte en Brasil, Colombia y México alrededor de 1986

Causas de la muerte	País (%)		
	Brasil (1985) ^{a, b}	Colombia (1986) ^c	México (1986) ^b
Enfermedades infecciosas y parasitarias, y desnutrición	12	12	20
Causas perinatales y maternas	7.7	6.6	7.7
Lesiones y violencia	11	19	dieciséis
Enfermedad cardiovascular	28	27	19
Cáncer	9.9	13	9.9
Otro	12	19	26
Ni definid y semidad	21	4 ^d	3
Total	100	100	100
Total de muertes registradas	(787,341)	(146,400)	(396,565)

17.10 Distribución de recursos

Las condiciones de salud en Brasil, Colombia y México han mejorado considerablemente para la mayoría de sus poblaciones durante las últimas décadas. Lamentablemente, la distribución desigual de los beneficios sociales derivados del desarrollo ha acentuado las desigualdades en salud. La organización actual de los servicios de salud amplía las desigualdades de salud existentes en los tres países analizados aquí, principalmente porque la distribución de recursos está sesgada hacia las clases medias y altas, y la calidad de la atención, para aquellos que tienen acceso, generalmente está inversamente relacionada con la situación socioeconómica (Bobadilla, 1988).

17.11 Descentralización de los servicios de salud

Los tres países analizados aquí experimentaron un proceso de descentralización muy intenso en sus sistemas de salud durante la década de 1980. Este proceso fue consecuencia de dos determinantes principales: la creciente presión política para el empoderamiento de los niveles locales y la necesidad de aumentar la flexibilidad de los sistemas de salud, haciéndolos más adecuados a la creciente diversidad en los perfiles epidemiológicos y las realidades locales (Rondinelli y Cheema, 1983). El análisis de las experiencias de descentralización en estos países indica que este proceso parece, en general, constituir una respuesta positiva a los cambios sociales y la creciente diversidad epidemiológica. Sin embargo, un problema importante para los gobiernos locales y las comunidades en este proceso, especialmente en las áreas y regiones más pobres, ha sido la falta de capacidad de gestión e instrumentos a nivel local para hacer frente a los nuevos deberes y atribuciones transferidos en la descentralización (Vianna *et al.*, 1990).

La información presentada en esta sección indica que los tres países analizados son relativamente similares en sus perfiles demográficos y de salud, pero exhiben grandes disparidades en la organización y prestación de servicios de salud. Las reformas, aún en proceso en los tres países, están todas orientadas en las mismas direcciones generales: una mayor unificación de las instituciones de salud, una mayor descentralización de las operaciones, una mayor responsabilidad del gobierno para financiar la atención médica y un compromiso sostenido para ampliar la cobertura de los servicios y fortalecer el nivel primario de atención. También es difícil evaluar la efectividad de las políticas de salud implementadas por otros sectores de la economía: agua y saneamiento, control de la contaminación, distribución y seguridad de los alimentos, impuestos al tabaco, seguridad vial, etc.

Los ministerios de salud de estos países expresan preocupación por estas políticas intersectoriales, pero generalmente asignan una prioridad más baja a estos problemas en comparación con la provisión de servicios de salud. Incluso, los programas de salud que caen en su dominio, pero que no están relacionados con la atención de la salud, como la regulación sanitaria o la educación sanitaria, tienden a recibir menos prioridad. Este resultado se debe en parte al bajo nivel de gasto en los sectores sociales y la relativa debilidad de los ministerios de salud para hacer cumplir las leyes y reglamentos, y para llevar a otros ministerios a emprender políticas intersectoriales.

17.11.1 Problemas y opciones de políticas de salud

El análisis del complejo proceso de transición epidemiológica en estos tres países latinoamericanos sugiere que no es posible formular una agenda homogénea de políticas de salud para los países en desarrollo. Los problemas de salud que enfrentan los países de ingresos medios deben abordarse de manera diferente a los de los países de bajos ingresos, donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición siguen predominando claramente. A pesar de esta necesidad de especificidad en el análisis de cada caso de país, hemos identificado un conjunto de problemas que deberían orientar la estrategia de planificación de la salud. La discusión de cada tema ilustra las complejidades involucradas en la remodelación del sistema de salud para que responda mejor a los cambios demográficos y epidemiológicos, y también sirve como guía para analizar las opciones de políticas en otros países en desarrollo.

17.11.2 Prestación de servicios de salud como medio para redistribuir el bienestar

Las desigualdades en el estado de salud son consecuencia, en gran parte, de la concentración de ingresos y otros bienes y servicios. De acuerdo con los objetivos de justicia social declarados por los gobiernos de los tres países estudiados aquí, los servicios sociales, incluidos los servicios de salud, deberían contribuir a la redistribución de los beneficios del desarrollo. En estos tres países, el sistema de salud no lo hace y, en algunas situaciones, exacerba las desigualdades (Médici, 1989; Bobadilla *et al.*, 1988). Se proponen cinco políticas sistémicas para lograr una mayor equidad en la distribución de los servicios de salud.

17.11.3 Cambio en los criterios de elegibilidad para acceder a los servicios de salud

La cobertura parcial de la seguridad social en Colombia y México muestra efectos regresivos en la distribución del bienestar porque el financiamiento del sistema es respaldado por toda la sociedad, pero los beneficios están restringidos a las clases media y media-baja. Al eliminar la barrera de la seguridad social para los desempleados, los campesinos y los trabajadores en el sector informal (en su mayoría autónomos), se podría lograr una mayor equidad en la distribución de recursos por grupos socioeconómicos. La incorporación a la Constitución brasileña de la noción de que la seguridad social debe ser universalmente accesible y distinguida de la noción más restringida de seguro social, que limita el acceso en función del empleo, es un ejemplo de los pasos legales que se pueden tomar hacia esta política.

17.12 Reforma fiscal

Una reforma fiscal que elimine los subsidios diferenciales de salud para las clases media y alta podría contribuir a una mayor equidad en los servicios de salud. Los gastos médicos y las drogas son deducibles de impuestos en los tres países. El resultado neto es que las clases medias y altas se benefician porque tienen más probabilidades de ganar lo suficiente para pagar impuestos y consumen la gran mayoría de los servicios de salud privados (Cruz *et al.*, 1991). La clase media baja y algunos grupos de pobres viven con bajos ingresos en efectivo y también utilizan servicios de salud privados, pero no tienen medios para recuperar sus gastos. Además, la mayoría de los grupos de población que no tienen acceso a la atención médica están en extrema pobreza. Este tipo de política tributaria, destinada a proporcionar incentivos para la utilización de los servicios de salud, produce un efecto regresivo en la distribución del bienestar.

17.12.1 Racionar o eliminar las intervenciones de salud de baja rentabilidad

La implementación de una política en el sector público para limitar las intervenciones de salud que no son rentables se justifica en todas las circunstancias porque las necesidades de salud son infinitas y los recursos no lo son. Su importancia debe destacarse ahora porque la tendencia actual en Brasil, Colombia y México es reproducir el componente terapéutico del modelo de atención de salud para enfermedades no transmisibles, como se hace en los países industrializados. La mayoría de las tecnologías e intervenciones disponibles para tratar las enfermedades crónicas y degenerativas más comunes son extremadamente costosas y relativamente ineficaces (Jamison y Mosley, 1991). La política propuesta liberaría los escasos recursos

que pueden utilizarse para financiar las próximas dos políticas propuestas, que requieren una inversión adicional.

17.12.2 Ampliar la cobertura de los servicios de salud pública para los pobres

La expansión de los servicios de salud pública para los pobres ya es una política en los tres países analizados aquí. El problema es que no se ha llegado a los segmentos más pobres de la población. Brasil y México enfrentan serias dificultades para llegar a las zonas rurales debido a las largas distancias, la falta de transporte y de otros bienes y servicios en estas comunidades. Muchas comunidades rurales son muy pequeñas (México tiene más de 100,000 comunidades con menos de 500 habitantes), lo que hace que la inversión en estas comunidades no sea muy rentable. Por otro lado, en comunidades donde el transporte está fácilmente disponible, todavía existe el potencial para aumentar la cobertura. Los modelos exitosos que usan trabajadores de salud comunitarios para llegar a las comunidades rurales en los tres países deben ser replicados y el alcance de sus actividades revisadas para evaluar sus habilidades para prevenir enfermedades no transmisibles.

La factibilidad financiera de extender la cobertura a todos los pobres que carecen de acceso a la atención médica debe revisarse cuidadosamente. Si se mantiene la asignación actual de recursos (por programas de salud) y la extensión depende exclusivamente de nuevos fondos, esta propuesta no será factible en la próxima década más o menos. Como se mencionó anteriormente, los desechos se derivan de ineficiencias y la aplicación de intervenciones no rentables. Hay evidencia que sugiere que los recursos humanos y financieros actuales en Brasil y México serían claramente suficientes para extender la cobertura a todas las comunidades pobres sin servicios simplemente mejorando la eficiencia y racionalizando la

asignación de recursos para los programas de salud. La viabilidad política y técnica de diseñar e implementar estas reformas es difícil de evaluar, pero dadas las grandes macro reformas ya implementadas en México y Brasil, esta política parece ser factible.

17.12.3 Reducir las diferencias en la calidad de la atención entre las agencias de salud

Es necesario igualar la calidad de la atención, independientemente de las implicaciones de la transición epidemiológica, debido a los bajos estándares de atención que prevalecen en muchas instituciones de salud en estos países (Gish, 1988). El objetivo de equidad refuerza la necesidad de calidad y supera la distribución desigual que existe entre las instituciones que sirven a diferentes grupos socioeconómicos. Un gran estudio sobre la calidad de los servicios de salud perinatal en la Ciudad de México mostró que las tasas de mortalidad neonatal (estandarizadas para el riesgo obstétrico) fueron más altas en los hospitales del Ministerio de Salud, que atienden principalmente a los pobres, en comparación con los hospitales de seguridad social (Bobadilla y Walker, 1991).

17.12.4 Reformar el modelo de salud

El modelo de atención médica actual de los tres países es inadecuado para hacer frente a la creciente complejidad del perfil epidemiológico. Como en muchos otros países, en estos tres países, la atención primaria es débil y está subutilizada y la mayoría de los hospitales públicos están superpoblados y se usan para afecciones que podrían tratarse en niveles más bajos de atención. Se proponen tres cambios interrelacionados en el modelo de atención médica actual para corregir estos problemas.

1. Incrementar la complejidad tecnológica del nivel primario de atención

La creciente demanda de servicios de salud que resulta de un aumento en el número absoluto de casos de enfermedades no transmisibles no se satisfará adecuadamente con el personal de salud limitado y la tecnología restringida disponible en el nivel primario de atención. Las afecciones comunes, como la hipertensión, cardiopatía isquémica, displasia cervical, cataratas y venas varicosas, actualmente se pueden tratar con tratamientos económicos. La detección temprana de muchas afecciones crónicas puede ahorrar recursos al reducir la cantidad de casos que avanzan a etapas más graves y requieren hospitalización. Los procedimientos de diagnóstico y detección y las terapias ambulatorias rentables deben seleccionarse y ponerse a disposición en el nivel primario de atención. Sin embargo, esta política no debe implementarse si se van a tomar recursos de los servicios de salud materno infantil, lo que aún debería ser la prioridad en las áreas pobres.

2. Restringir la atención hospitalaria

Un segundo cambio propuesto es restringir la atención hospitalaria a las condiciones más severas y dar prioridad a las condiciones susceptibles de tratamiento con intervenciones rentables. Los partos de bajo riesgo, las esterilizaciones y las cirugías menores son ejemplos de servicios que se pueden proporcionar en un centro de salud de nivel inferior. La próxima propuesta de política define dicha instalación.

3. Crear o fortalecer centros avanzados de atención primaria de salud

Con diferentes nombres y ligeros cambios en el contenido, los tres países analizados aquí ya han reconocido la necesidad de un nuevo nivel de atención que aborde los problemas de salud mencionados anteriormente: parto de bajo riesgo, cirugía am-

bulatoria, enfermedades comunes y afecciones que requieren un especialista. Esta propuesta para un nivel de atención intermedio más complejo es factible solo para áreas urbanas que tienen una base de población lo suficientemente grande como para apoyar a dicha institución. Por esta razón, es importante señalar que esta política, sin la anterior, podría agravar las desigualdades actuales entre las poblaciones urbanas y rurales. Es una estrategia extremadamente importante para enfrentar los problemas de salud de rápido crecimiento de las áreas urbanas, y definir mecanismos de cooperación entre los sectores público y privado puede ser muy efectivo porque ambos ya están atendiendo estas condiciones. Quizás la experiencia más exitosa que ha aplicado estas reformas al modelo de atención médica proviene de Cali, Colombia. Varios informes han demostrado que, con una inversión limitada, estas políticas condujeron a una mayor eficiencia y eficacia a nivel hospitalario, una mayor cobertura de la atención del parto y otras afecciones, mejoras en la satisfacción de los pacientes y menores costos —directos e indirectos— (Vélez y de Vélez, 1984; Guerrero, 1990).

17.12.5 Eficiencia y calidad de atención mejoradas

La evidencia de ineficiencia en el uso de recursos abunda en los sectores de salud de los países en desarrollo (Akin *et al.*, 1987). El ejemplo más común es el bajo rendimiento de las instalaciones y el personal de salud en los niveles de atención primaria y secundaria. Las tasas de ocupación de menos del 40% son comunes en los hospitales de distrito y otros hospitales de segundo nivel, principalmente en el sector público. Las razones de esta subutilización de recursos están relacionadas con la mala organización de los centros de salud, la falta de recursos (medicamentos, equipos y otros) y la mala cali-

dad de la atención. Los usuarios potenciales perciben estos servicios como inadecuados para satisfacer sus necesidades de salud y recurren a opciones alternativas, como médicos y hospitales privados u hospitales públicos de atención terciaria. Como consecuencia, los hospitales de nivel terciario generalmente están sobrecargados con pacientes que tienen condiciones triviales o no graves. Las tasas de ocupación de estos hospitales oscilan entre 80% y más de 100%, dependiendo de la sala. Además, muchas admisiones y estadías no están médicamente justificadas, lo que se suma al mal uso de los escasos recursos en estos hospitales.

Los servicios prestados por los ministerios de salud de Brasil, Colombia y México comparten todas estas características. Sin embargo, en Colombia y México, la seguridad social y los sistemas privados son más eficientes, con un mayor rendimiento por personal de salud y establecimiento de salud. Por un lado, la ineficiencia en Brasil es alta porque el Instituto Nacional de Atención Médica (INAMPS), que se originó en el sistema de seguridad social y ahora está vinculado con el Ministerio de Salud, es el plan de salud más grande del país y compra la mayor parte los servicios hospitalarios del sector privado. Con INAMPS, el exceso de intervención y los problemas de calidad se exacerban aún más porque el control sobre la práctica privada es muy limitado (Mello, 1981; McGreevey, 1989; Possas, 1989b).

La calidad subóptima de la atención médica en los países en desarrollo se debe, en gran medida, a la escasez de recursos y a la incapacidad administrativa para entregar los insumos necesarios a tiempo, pero más dinero y recursos por sí solos no mejorarán los estándares de atención. Las intervenciones innecesarias, que son un reflejo de la mala calidad, ocurren con mayor frecuencia en instituciones e instalaciones donde el suministro de recursos es adecuado. Las histerectomías, cesáreas, amigdalectomías y apendicectomías son solo algunas de las intervenciones que se brindan en exceso en

algunas instituciones de salud de los países en desarrollo e industrializados. Brasil y México experimentan algunos de los niveles más altos de partos por cesárea en el mundo (Bobadilla, 1988), pero paradójicamente, en las zonas rurales de estos países, entre el 20 y 30% de los nacimientos no son atendidos por un profesional de la salud. La intervención médica excesiva desperdicia dinero, produce morbilidad y mortalidad (a veces compensa sus beneficios para la salud a nivel de la población) y conlleva un alto costo de oportunidad para la atención médica de los pobres.

Los problemas de la calidad de los servicios hospitalarios son más difíciles de resolver y tienen consecuencias más graves que las de los centros de salud o los consultorios médicos. Se ha documentado que los recortes en los presupuestos de salud de muchos países latinoamericanos afectaron la compra de medicamentos y suministros, así como los niveles salariales, pero dejaron intacto el alcance, la cantidad y el contenido de los programas de salud existentes (Cruz *et al.*, 1991). Menos dinero para suministros médicos y para equipos, mantenimiento, supervisión, administración y salarios ha producido dos efectos: una mejora en la eficiencia cuando había margen para hacerlo, y un deterioro en la calidad de la atención (Ayala y Schaffer, 1991). Los hospitales públicos se han visto más gravemente afectados debido a la mayor demanda del grupo de población que previamente había solicitado atención a través de hospitales privados.

17.13 Conclusión

A manera de conclusiones, revisamos varias políticas que merecen una seria consideración para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia de la prestación de servicios:

1. Certificación de hospitales

La diversidad de instituciones dedicadas a la prestación de servicios en estos tres países sugiere que una sola comisión u oficina reconocida a nivel nacional debe realizar evaluaciones periódicas de los hospitales. Dicha comisión debería ser independiente de las partes interesadas y probablemente separado del gobierno. No pasar la certificación un número predeterminado de veces debería conducir al cierre de una instalación. Obviamente, se requerirían nuevas leyes para hacer que los hospitales cumplan y resolver disputas. Esta política ya ha sido sugerida para México (Ruelas, 1990).

2. Certificación del personal de Salud

Un sistema similar al propuesto anteriormente garantizaría que los profesionales de la salud actualicen sus conocimientos y mejoren su práctica con el tiempo.

3. Sistemas de aseguramiento de la Calidad

La buena administración de los establecimientos de salud no es suficiente para lograr una calidad de atención óptima. Es necesario desarrollar sistemas de información sobre procesos y resultados que faciliten el monitoreo del desempeño de los establecimientos de salud, particularmente los hospitales. Los sistemas de revisión por pares deben formarse con autoridad para introducir los cambios necesarios en la organización de una institución y modificar los incentivos que guían el comportamiento del personal de salud. El desarrollo de técnicas y métodos para garantizar la calidad ha sido sustancial durante la última década en los países industrializados. Existe una necesidad urgente de adaptar estas técnicas y métodos, y de capacitar a profesionales de la salud en esta área relativamente nueva de gestión de la salud (Ruelas, 1990).

El aumento relativo de las enfermedades no transmisibles plan-

teará problemas adicionales a las instituciones de salud que actualmente no están preparadas para lidiar adecuadamente con servicios complejos. Estas políticas para mejorar la calidad están más justificadas hoy en día por la transición epidemiológica a medida que aumenta la demanda de atención hospitalaria mientras los recursos permanecen iguales o disminuyen.

4. Creación de capacidad nacional para la planificación estratégica de la salud

El debate sobre las políticas para el desarrollo de recursos humanos en estos países a menudo se ha polarizado en torno a dos enfoques alternativos: (1) atención integral de salud y (2) programas verticales que se centran en servicios preventivos y/o curativos. Las preocupaciones a corto plazo, junto con otros factores sociales y culturales, han llevado a los gobiernos a descuidar la inversión en el desarrollo de capacidades analíticas en campos como la política de salud, la epidemiología y la economía de la salud. Hasta que se llene este vacío, la aplicación de metodologías modernas y marcos conceptuales para el análisis de las necesidades de salud puede verse seriamente comprometida.

El desarrollo de estructuras institucionales y de gestión más adecuadas para hacer frente a las consecuencias de la transición epidemiológica requerirá actividades multisectoriales e insumos multidisciplinares que excedan el enfoque limitado y de orientación médica comúnmente utilizado en los ministerios de salud y los institutos de seguridad social de estos países (Márquez, 1989). Para enfrentar este desafío, los países deberán invertir en cuatro áreas críticas:

1. Desarrollo de Recursos Humanos en Planificación y Gestión

El fortalecimiento de las actividades de planificación y gestión en todos los niveles requerirá nuevas prioridades para la capacitación del personal de salud. Será necesario reforzar las relaciones entre

universidades, escuelas técnicas e instituciones de salud (Soberón *et al.*, 1988) en algunas áreas clave donde la colaboración es crítica: evaluación de servicios, análisis de costo-efectividad de intervenciones alternativas y actualización del currículo y el conocimiento del personal de salud.

2. Mejor calidad de los sistemas de información de salud

Grandes cantidades de información sobre salud están disponibles en países de ingresos medios, pero solo una fracción de esta se usa en la toma de decisiones (Cordeiro *et al.*, 1990). Incluso, si toda la información disponible se procesara y se presentara adecuadamente para la toma de decisiones, generalmente faltaría información crítica. Finalmente, la información sobre nacimientos y mortalidad, recopilada a través de estadísticas vitales, es esencial para la planificación de la salud, pero la cobertura y la calidad de los datos siguen siendo deficientes en la mayoría de los países latinoamericanos (Chackiel, 1987).

3. Desarrollo y fortalecimiento de la investigación sanitaria nacional esencial

Se ha propuesto la Investigación Nacional Esencial de Salud (Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, 1990) como uno de los medios más efectivos para superar la pesada carga de la enfermedad en los países en desarrollo y reducir las desigualdades en el estado de salud dentro y entre ellos. Esta idea se refiere a la capacidad de realizar investigaciones sobre problemas de salud principalmente relevantes para los países en desarrollo y avanzar en el conocimiento sobre temas de salud global. Es un sistema en el que los actores principales sirven como universidades orientadas a la investigación, escuelas de salud pública y centros de investigación y como proveedores de servicios de salud, y encarna un compromiso político sustancial, un apoyo financiero adecuado y la demanda de investi-

gación. Actualmente, la fortaleza de Brasil, Colombia y México está en la investigación biomédica, y menos en investigación clínica y de salud pública (Bobadilla *et al.*, 1988; Cordeiro *et al.*, 1990). La transición epidemiológica y los desafíos planteados al sistema de salud requerirán un crecimiento sustancial en la cantidad, relevancia y calidad de la investigación epidemiológica y de sistemas de salud.

4. Desarrollo de capacidades en evaluación de tecnologías sanitarias
Las nuevas tecnologías en medicina clínica son típicamente aditivas, inducen más procedimientos diagnósticos y terapéuticos, no reemplazan los existentes (Possas, 1991). Esta aditividad, junto con la rápida innovación tecnológica, ha tenido profundos efectos en los costos de la atención médica y hasta un 50% de los incrementos marginales en los costos de la atención médica se deben a las nuevas tecnologías (Panerai y Mohr, 1989). La introducción de nuevas tecnologías y medicamentos debe ir precedida de una evaluación exhaustiva de su efecto probable en diferentes partes del sistema de salud (costo y efectividad, entre otros aspectos) y en la salud de la población (cuestiones éticas y culturales). Dicha evaluación requiere una masa crítica de profesionales capacitados en epidemiología, ingeniería, economía de la salud, ciencias del comportamiento y gestión de la salud. Ya existe una amplia gama de tecnologías modernas en estos países de ingresos medios, pero se ha utilizado información e investigaciones limitadas sobre las consecuencias de su incorporación al sistema de salud para aprobar su compra y difusión (Marques, 1989).

Como consecuencia de este renovado interés en la transición, se pueden identificar cuatro cambios positivos importantes en el modelo conceptual de salud:

1. Las políticas de salud se examinan mediante un enfoque multidisciplinario.
2. Las políticas de salud se ocupan más del aumento del estado

general de salud de las poblaciones, y las evaluaciones del sistema de salud a menudo vinculan los recursos con las mejoras de salud.

3. Inclusión de problemas de salud de todos los grupos de edad y no solo de niños en el análisis de la carga de la enfermedad, e inclusión de enfermedades no transmisibles y lesiones en el espectro de causas prevenibles de mala salud.

4. Ampliación de las intervenciones de salud para abarcar las políticas sociales destinadas a reducir los factores de riesgo ambiental y modificar los estilos de vida negativos.

El examen de las políticas de salud en Brasil, Colombia y México nos ha llevado a concluir que existen cinco implicaciones principales de la transición epidemiológica para las políticas de salud en los países en desarrollo.

Primero, la transición ofrece un marco empírico para la planificación estratégica del sistema de salud, ya que permite anticipar las tendencias futuras de mortalidad y sus causas, y sugiere algunos de los escenarios futuros en la carga de la enfermedad.

Segundo, debido a que la transición anticipa una mayor carga de enfermedad en las poblaciones de adultos y ancianos, la misión del sistema de salud necesita ser revisada, dando más énfasis a la prevención y el control de enfermedades y menos a exigir satisfacción.

Tercero, las deficiencias actuales del sistema de salud, tanto organizativas como operativas, deben corregirse urgentemente porque serían obstáculos importantes en la implementación de otras políticas destinadas a mejorar el estado de salud de la población.

Cuarto, deben definirse criterios explícitos para establecer prioridades en el sector de la salud, de modo que los recursos puedan distribuirse entre los grupos socioeconómicos competidores y las necesidades de salud.

Quinto, debe fortalecerse la capacidad para analizar el estado de

salud de las poblaciones, evaluar el desempeño del sistema de salud y diseñar intervenciones rentables para tratar las enfermedades no transmisibles. Es necesario fortalecer la capacidad de analizar el estado de salud de las poblaciones, evaluar el desempeño del sistema de salud y diseñar intervenciones rentables para tratar las enfermedades no transmisibles. Es necesario fortalecer la capacidad de analizar el estado de salud de las poblaciones, evaluar el desempeño del sistema de salud y diseñar intervenciones rentables para tratar las enfermedades no transmisibles.

La mayoría de las cuestiones de política identificadas en este documento abordan las deficiencias actuales del sistema de salud y proponen formas en que pueden corregirse dentro de las limitaciones legales y financieras existentes en estos países. Un segundo grupo de problemas sugiere formas de lidiar con la creciente carga debido a enfermedades y lesiones no transmisibles. La mayoría de las sugerencias pueden implementarse sin recursos financieros adicionales, pero requieren una reasignación sustancial de los recursos disponibles.

Solo se ha analizado el nivel nacional y esto conduce claramente a algunas generalizaciones que no pueden sostenerse cuando se examinan provincias o distritos. Las variaciones intrapaíses en los perfiles de salud y el desempeño y la organización de los sistemas de salud son sustanciales en los tres países y justifican un análisis más detallado de los problemas y recomendaciones formulados en este documento. Finalmente, vale la pena recordar que los intereses políticos inmediatos no se han considerado porque están más allá del alcance de este análisis.

17.7 Referencias

Akin, J., N. Birdsall y D. de Ferranti. 1987. *Financiación de servicios de salud en países en desarrollo: una agenda para la reforma*. Estudio de

- políticas del Banco Mundial. Washington, DC: Banco Mundial.
- Ayala, R. y C. Schaffer. 1991. *Salud y Seguridad Social. Crisis, Ajuste y Grupos Vulnerables*. Perspectivas en Salud Pública No. 12. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bell, D. 1993. *Algunas implicaciones de la transición de la salud para las políticas y la investigación*. En L. Chen, editor; A. Kleinman, editor; y N. Ware, editor. , eds., *Salud y cambio social: una perspectiva internacional*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health.
- Bobadilla, JL. 1988. *Calidad de la atención médica perinatal en la Ciudad de México*. Perspectivas en Salud Pública No. 3. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bobadilla, JL y G. Walker. 1991. *Mortalidad neonatal temprana y parto por cesárea en la Ciudad de México*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 164: 22-28 [PubMed].
- Bobadilla, JL, J. Frenk y J. Sepúlveda. 1988. *Investigación en salud en México: fortalezas, debilidades y brechas*. Documento de antecedentes preparado para la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, Ciudad de México.
- Bobadilla, JL, J. Frenk, T. Frejka. R. Lozano y C. Stern. 1993. *La transición epidemiológica y las prioridades de salud*. En D. Jamison, editor; y H. Mosley, editor., Eds., *El Control de Enfermedades Prioridades en el desarrollo de los países*. Nueva York: Oxford University Press para el Banco Mundial.
- Caldwell, J., editor; S. Findley, editor; P. Caldwell, editor; , G. Santow, editor; , W. Cosford, editor; , J. Braid, editor; y D. Broers-Freeman, editor. eds.1989. *Lo que sabemos sobre la transición de la salud: el determinante cultural, social y conductual de la salud*. Actas de un taller internacional, Universidad Nacional de Australia. Canberra, mayo.
- Chackiel, J. 1987. *La investigación sobre causas de muerte en América Latina*. Notas de Población 44: 9-30. Santiago de Chile: Celade. [PubMed].
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1990. *Mag-*

- nidad de la Pobreza en América Latina en Los Años Ochenta*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo. 1990. *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Nueva York: Oxford University Press. (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud | Resumen analítico del informe final. 2005) http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1
- Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad. 1990. *El Combate a la Pobreza: Lineamientos Programáticos*. México: El Nacional, S.A. de C.V.
- Cordeiro, HA (Coord.), MB Marques, CA Possas y PM Buss. 1990. *Tarifas Nacionais, Pesquisa Essencial e Desenvolvimento em Saude. Serie Politica de Saude No. 10, Fundação Oswaldo Cruz, Río de Janeiro. 1990*. Documento preparado para el taller realizado en la Fundación Oswaldo Cruz con la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo, Río de Janeiro, octubre.
- Cruz, C., R. Lozano y J. Querol. 1991. *El impacto de la crisis económica y el ajuste en la atención médica en México*. Innocenti Publicaciones ocasionales número 13. Florencia: Centro Internacional de Desarrollo Infantil (UNICEF).
- Evans, J., K. Lashman Hall, y J. Warford. 1981. *Conferencia Shattuck – Atención médica en el mundo en desarrollo: problemas de escasez y elección*. New England Journal of Medicine 305: 1117-1127. Trad. <https://pdfs.semanticscholar.org/6be7/19357f79d0f55f60e79a210c571e31dbb330.pdf>
- Frenk, J., JL Bobadilla, J. Sepúlveda y M. López-Cervantes. 1989. *Transición de la salud en países de ingresos medios: nuevos desafíos para la atención de la salud*. Política y planificación de salud 4: 29-39.
- Frenk, J., JL Bobadilla, C. Stern, T. Frejka y R. Lozano. 1991. *Ele-*

- mentos para una teoría de la transición de la salud. *Health Transition Review* 1: 21-38. [PubMed].
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). *Universalidad de los servicios de salud en México*. Salud Pública Méx, vol. 55 spe Cuernavaca. 2013
- Gish O. 1988. *Intervenciones mínimas de atención primaria a la salud para la supervivencia en la infancia*. *Salud Pública de México* 30: 432-446. [PubMed].
- Guerrero, R. 1990. *Regionalización de la atención quirúrgica: Un ejemplo de investigación aplicada*. En J. Frenk, editor., ed., *Salud: de la Investigación a la Acción*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jamison, D. y H. Mosley. 1991. *Prioridades de control de enfermedades en los países en desarrollo: respuestas de políticas de salud al cambio epidemiológico*. *American Journal of Public Health* 81: 15-22. Artículo gratuito de PMC] [PubMed].
- Laurenti R. 1990. *Transição Demográfica e Transição Epidemiológica*. Anais lo. Congreso Brasileiro de Epidemiología. Epidemiologia e Desigualdades Social: Os Desafios do Final do Século. Campinas: UNICAMP.
- Marques, MB. 1989. *A Reforma Sanitária Brasileira ea Política Científica e Tecnológica Necessaria*, Serie Política de Saúde No. 8. Río de Janeiro: FIOCRUZ / NEP.
- McGreevey, WP. 1989. *Los altos costos de la atención de salud en el Brasil*. En *Economía de la Salud: Perspectivas para America Latina*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 517. Washington, DC.
- Médici, AC. 1989. *Financiamento das políticas de saúde no Brasil*. En *Economía de la Salud: Perspectivas para America Latina*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 517. Washington, DC.
- Mello, CG 1981. *O sistema de saude em crise*. CEBES-HUCITEC.

- São Paulo: Coleção Saude em Debate.
- Ministerio de Salud 1990. *La Salud en Colombia*, Tomo 1. Bogotá
- Panerai, RB y JP Mohr. 1989. *Metodologías de evaluación de tecnologías sanitarias para países en desarrollo*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Possas, C. 1989. *A Epidemiologia e Sociedade: Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brazil*. Sao Paulo: HUCITEC.
1989. *B Saude e Trabalho: a Crise da Previdencia Social*. Prefácio a 2a edicao. Sao Paulo: HUCITEC.
1991. *Crisis fiscal, cambios sociales y estrategias de políticas de salud en Brasil*. Documento de antecedentes para la discusión de la Propuesta de Investigación Takemi, Programa Takemi en Salud Internacional, Harvard School of Public Health, Boston, octubre.
- Rondinelli, DA y GS Cheema. 1983. *Implementación de políticas de descentralización: una introducción*. En GS Cheema, editor; y DD Rondinelli, editor., eds., *Descentralización e implementación de políticas de desarrollo en países en desarrollo*. Beverly Hills, California: Publicaciones sabias.
- Ruelas, E. 1990. *Transiciones indispensables: De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía*. Salud Pública de México 2: 108-110. [PubMed].
- Rutstein, SO 1992. *Niveles, tendencias y diferenciales en mortalidad infantil y infantil en los países menos desarrollados*. Páginas.17-42 en K. Hill, editor. , ed., *Prioridades de supervivencia infantil para la década de 1990*. Baltimore, Maryland: Instituto de la Universidad Johns Hopkins para Programas Internacionales.
- Soberón, G., J. Kumate y J. Laguna. 1988. *La Salud en México: Testimonios*. 1988. I. Fundamentos del Cambio Estructural. México: Fondo de Cultura Económica.
- Soberón, G., J. Frenk y A. Langer. 1988. *B Requerimientos del paradig-*

- ma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI*. Salud Pública de México 30: 791-803. [PubMed].
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1992. *El estado mundial de la infancia 1992*. Nueva York: Oxford University Press.
- Vélez, A. y G. de Vélez. 1984. *Investigación de modelos de atención en cirugía: Programa sistema de cirugía simplificada*. Educación Médica y Salud 8. [PubMed].
- Vianna, SM, SF Piola, AJE Guerra y SF Camargo 1990. *O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para transferências de Recursos Federais para Estados y Municipios*. Série Economía e Financiamento No. 1. Brasília: OPAS, Representação.
- Banco Mundial. 1991. *Informe sobre el desarrollo mundial 1991: El desafío del desarrollo*. Washington, DC.
1992. *Estadísticas sanitarias mundiales*. Tablas no publicadas. Organización Mundial de la Salud, Washington, DC.
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana M A, Knaul F. *Health System Reform in Mexico 1, Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico*. Lancet 2006; 368:1524-1534.
- Organización Mundial de la Salud 1990. *1989 World Health Statistics Annual*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.