

11662
3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



***LA INFORMACIÓN EN LA GESTIÓN
HOSPITALARIA***

Tesis

*que para obtener el grado de Maestro en Administración
de Hospitales y de la Atención Médica presenta:*

Adrián G. Peña Sánchez

Asesor: Dr. Carlos Martínez Gutiérrez

CIUDAD UNIVERSITARIA

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

<i>Agradecimientos</i>	2
<i>Dedicatoria</i>	3
<i>Introducción</i>	4
<i>Capítulo I. Antecedentes</i>	7
<i>Capítulo II. Diseño de la Investigación</i>	12
<i>2.1 Importancia</i>	
<i>2.2 Características</i>	
<i>2.3 Objetivos</i>	
<i>2.4 Hipótesis</i>	
<i>2.5 Desarrollo de la Investigación</i>	
<i>Capítulo III. Marco Teórico</i>	18
<i>3.1 Gestión en Sistemas de Salud</i>	18
3.1.1 <i>La Gestión</i>	
3.1.2 <i>Gestión y dirección</i>	
3.1.3 <i>Niveles de gestión</i>	
3.1.4 <i>Problemas de gestión en sistemas de salud</i>	
3.1.5 <i>El Sistema de Salud Mexicano en el contexto internacional</i>	
3.1.6 <i>El Sistema Nacional de Salud actual</i>	
3.1.7 <i>Sistemas de gestión en salud</i>	
<i>3.2 Planeación Estratégica Hospitalaria</i>	33
3.2.1 <i>Proceso de planeación estratégica en hospitales</i>	
3.2.2 <i>La misión</i>	
3.2.3 <i>Políticas de salud</i>	
3.2.4 <i>Formulación de objetivos</i>	
3.2.5 <i>Objetivos operacionales</i>	
3.2.6 <i>Estrategia</i>	
<i>3.3 Dirección Participativa por Objetivos</i>	46
3.3.1 <i>Proceso de DP</i>	
3.3.2 <i>Principios de la DP</i>	
3.3.3 <i>Estrategias de ejecución</i>	
3.3.4 <i>Proyectos efectivos</i>	

3.4 Control Gerencial _____ 54

- 3.4.1 *Antecedentes*
- 3.4.2 *Evolución del control*
- 3.4.3 *Control gerencial en el hospital*
- 3.4.4 *El Control gerencial: análisis de gestión, control de gestión, benchmarking, evaluación*
- 3.4.5 *Indicadores*
- 3.4.6 *Certificación de hospitales*

3.5 Sistemas de Apoyo a las Decisiones _____ 65

- 3.5.1 *Planeación del sistema de información gerencial*
- 3.5.2 *Sistemas de información administrativa en hospitales*
- 3.5.3 *Sistema de información de apoyo a las decisiones*
- 3.5.4 *Proceso de toma de decisiones*
- 3.5.5 *Características de los SIAD*

3.6 Técnicas para Toma de Decisiones en Grupo _____ 74

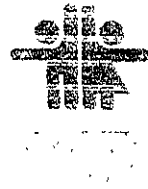
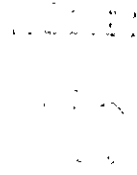
- 3.6.1 *Grupo de interacción*
- 3.6.2 *Tormenta de ideas*
- 3.6.3 *Técnica de grupo nominal*
- 3.6.4 *Técnica Delphi*
- 3.6.5 *TKJ*

Capítulo IV. Resultados _____ 80

- 4.1 *Participantes*
- 4.2 *Determinación de información gerencial*
- 4.3 *Cuadros de mando*
 - 4.3.1 *Gestión de la calidad de la atención*
 - 4.3.2 *Gestión de personal*
 - 4.3.3 *Gestión presupuestal*
 - 4.3.4 *Gestión de la productividad*
 - 4.3.5 *Gestión financiera*
 - 4.3.6 *Gestión de costos*

Capítulo V. Análisis y Conclusiones _____ 91

- 5.1 *Análisis*
- 5.2 *Prueba de la hipótesis*
- 5.3 *Conclusiones*
- 5.4 *Propuestas y líneas de investigación*



Agradecimientos :

Este trabajo se ha logrado por la conjugación de varios factores, dentro de los que se encuentran; la fortuna de contar con el apoyo del Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez, "Fuente de Conocimiento y Desarrollo" en mi formación en Administración de Hospitales como en la realización de la Investigación; a mis profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la residencia realizada en la Gerencia de Servicios como en la Dirección del Centro Hospitalario Santiago Ramón y Cajal, donde su nivel científico es "Fiel reflejo de su nombre", en el posgrado en la Escuela de Gerencia Hospitalaria en España, del subdirector Dr. Vicente Pastor y Aldeguer, que en la actualidad es Jefe del Servicio de Medicina Preventiva, del Hospital "La Princesa" en Madrid, la enseñanza de los doctores: Dr. José A. Moreno Ruiz, Gerente del Hospital Provincial de Madrid, Dr. Francisco Blanco Illescas, Jefe de Control de Gestión de Iberia, del Dr. Guillermo Fajardo Ortiz del CIESS, del empuje del Dr. Joaquín Grande Baos director del Hospital de Tenerife; y en especial, del Dr. Carlos Martínez Gutiérrez, reconocido maestro y administrador de hospitales públicos y privados, por su constante impulso y sus valiosos comentarios; así como a los directivos que participaron de los Institutos Nacionales de Salud, del Hospital Manuel Gea González y de la Contraloría de la Federación., a cada uno de ellos y a los que faltó por enunciar: Gracias.

Dedicatoria:

A mi familia, por el amor que me da.

A la memoria de Enf. y T.S. María de la Luz Sánchez Martínez

"Porque morir no importa, cuando aún se está presente"

"Bajo el ciprés dormido"

Madre y amiga

Adrián G Peña S.

INTRODUCCION

Los directivos, en su lucha por la excelencia y en la búsqueda de nuevas estrategias para mejorar la productividad, la competitividad y el desempeño de los *hospitales*, requieren información para tomar decisiones; esta necesidad aumenta ante el contexto de globalización económica, el avance tecnológico y los cambios políticos y sociales; provocando que la gestión de las Instituciones de Atención Médica presente un proceso en transición, de una disciplina intuitiva, tradicional, de buen juicio, a una especialidad con bases científicas y tecnológicas, comprometida con el futuro institucional y el bienestar social, donde la incorporación de Sistemas de Información resultan prioritarios.

La computación tiene gran impacto en la dirección de la atención médica en los umbrales del siglo XXI. Ante la necesidad de contar con un proceso seguro y rápido de la información las organizaciones gastaron una fortuna por el cambio del año 2000. La historia resalta que los grandes adelantos han sido en el último siglo: el ábaco se usó del año 3000 a.C. al siglo XVII, en 1642 el físico-matemático Pascal, construyó la primer calculadora; en 1887 Hollerith diseñó una máquina para leer tarjetas perforadas y realizar el primer censo de los Estados Unidos de Norteamérica; en 1951 aparecen las computadoras comerciales y para nuestros días existe acceso a información mundial con microcomputadoras interconectadas con redes inalámbricas y satélites. (Burch, Strater,1984. NCR,1992)

Los hospitales se orientan a mejorar sus servicios para satisfacer a sus clientes, por lo que requieren de sistemas de información para, entre otras necesidades, monitorear la calidad, vigilar el destino real de los recursos; valorar la productividad y la situación financiera, por lo que se requiere de sintetizar la información que apoye la toma de decisiones estratégicas, para cumplir con los objetivos, retroalimentar la planeación y contribuir con las metas de los Programas Nacionales de Salud.

Es conocido que en la Clínica, Hospital o Sistema de Salud, se produce un gran volumen de datos de las actividades que realizan; sin embargo lo habitual es que se encuentren dispersos, no lleguen a los centros de responsabilidad, no se reciban con oportunidad o se maquillen, perdiendo su valor cuantitativo y cualitativo, repercutiendo en la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios y por lo tanto en la Calidad de la Atención. (Peña,1983)

1. Burch J.G; Strater F.R. Sistemas de Información, Cap. I, p.p. 21-42, Ed. Limusa 1984
2. NCR lanza su red inalámbrica de área local, Personal Computing, No.46 pp 64-65, Ed. Sayrols, 1992
3. Peña Sánchez A. G, El control y la gestión en servicios de salud, Memorias del Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica, 1983

Alvin Toffler en su libro "El cambio del poder" menciona que hay tres fuentes de poder: fuerza, dinero y conocimiento, (Toffler,1990) las tres requieren de información, por lo que en las empresas se dice que "El que tiene la información tiene el poder", siendo ésta útil cuando se toman decisiones, de lo contrario los informes sólo se convierten en una montaña de datos que abruma al directivo.

La Sociedad siempre busca mejorar la calidad de lo que produce, mediante técnicas como el control de la calidad, desarrollo organizacional, círculos de calidad, excelencia, justo a tiempo, reingeniería, benchmarking, desarrolladas por : Avedis Donabedian, Bárbara Starfield, Simon Feld, William E. Deming, Kaoru Ishikawa, Joseph Juran, Tomas Peters, David T. Kearns entre otros, por lo que he buscado contribuir con el movimiento hacia la calidad, con el diseño del Sistema de Información Gerencial para el Soporte de Decisiones, para que el director del hospital, cuente con los elementos para monitorear el desempeño Institucional y los cambios que se van alcanzando con una moderna dirección. (Peters,1984; Bendell 1994; Juran,1990)

En la investigación encontramos en los hospitales, que de cada 10 informes que se elaboran: 5 se van al archivo, 3 no cumplen con los requisitos de calidad de los datos y sólo 2 informes apoyan las decisiones, además los informes son producidos a un alto costo, por lo que es necesario planear y evaluar los Sistemas de Información para lograr el mayor costo - beneficio, previniendo al directivo del riesgo de empapelarse y desconocer la información que le facilite ejercer sus funciones con éxito.

La falta de un diagnóstico institucional lleva al error de incorporar computadoras sin resolver el problema, sin analizar la utilidad de los datos que se generan y sólo agregar más, dificultando el análisis sistemático que permita tener una imagen clara, oportuna y global del funcionamiento hospitalario.

En el Hospital identificamos procesos, cuya información es susceptible de computarizarse como: Admisión, Consulta Programada, Cirugía Ambulatoria, Nómina, Contabilidad, Costos, Compras, Inventarios, etc.

En esta investigación se pretende identificar la información que requiere la Alta Dirección para conocer con oportunidad el resultado de la gestión, para la toma de decisiones.

- 3 Toffler A. El cambio del poder, Ed. Plaza & Janes, Nov. 1990
- 4 Peters T.; Waterman R. En busca de la excelencia, Ed. Folio, 1984.
- 5 Bendell T. Boulter L.Kelly J; Ventajas Competitivas a través del benchmarking, Ed.Folio 1994.
- 6 Juran J. La planificación de la calidad, Ed. Díaz de Santos, 1990.

El Sistema que se propone tiene como fin, detectar las desviaciones, soportar el diagnóstico y por lo tanto fomentar la canalización de recursos de forma prioritaria, sustentando el avance de los planes y convirtiendo los riesgos en oportunidades.

Como *"el tiempo es oro"*, los directivos que tienen éxito, aprovechan al máximo sus aptitudes e identifican y se concentran en aquellas actividades que los llevan a la cima de la organización, para ello necesitan de la información formal e informal, aquí estudiamos la primera, para monitorear el desempeño del Hospital, como lo hace un astronauta en la cabina de su transbordador, mediante un tablero de control que le indica cómo están trabajando las áreas importantes y verifica que los avances van de acuerdo al plan.

Con este símil, la intención es ayudar al Consejo de Gobierno del Hospital, a conducir la compleja organización mediante un "tablero de control" que resume la información relevante para la toma de decisiones, con indicadores que monitorean el nivel de desempeño de los servicios clave, su tendencia y diferencias.

El Sistema trata de optimizar la labor del director, fortaleciendo las funciones que le competen, manteniéndolo informado en las reuniones, que en general le absorben un 50% de su tiempo, brindando una imagen de la capacidad directiva que ejerce.

Del análisis de la información, es necesario analizar y escoger los indicadores útiles para su hospital y al disfrutar los resultados que va obteniendo, desarrollar los que juzgue pertinente, dándole un toque personal, de acuerdo a las políticas de cada Institución. Recordemos que los indicadores no dicen porqué está fallando o mejorando un servicio, pero sí nos alertan de las anomalías e inducen a realizar estudios para determinar las causas y decidir para corregir.

Los Sistemas de Información Gerencial hacen sinergia con otros procesos de dirección, motivo por el cual, diseño un modelo de Gerencia Hospitalaria, conformado por: la Planeación Estratégica, la Dirección Participativa y un innovador Control Gerencial, pasando al desarrollo del Sistema de Información Gerencial.

Se presenta por primera vez ésta metodología innovadora para descubrir la Información que requiere el Consejo de Gobierno del Hospital, para ejercer un control gerencial, sintetizando la información valiosa en seis áreas críticas: la productividad, las finanzas, los presupuestos, el personal, la calidad y los costos.

ADRIÁN PEÑA S.

*"Dudar de todo, criticar todo, querer reformar todo;
está bien si su ímpetu no apunta hacia el esnobismo intelectual,
sino a la búsqueda de caminos mejores,
y si su afán es sólo el de acercarse más a la verdad".*
Dr. Ignacio Chávez Sánchez

CAPITULO I ANTECEDENTES

El mensaje de la directora de la Organización Mundial de la Salud, en el informe sobre Salud Mundial 2000, señala que "la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo dependen de manera crítica del desempeño de los sistemas de salud que las atienden" por lo que la mejora del proceso de gestión y su monitoreo es una prioridad internacional. (Harlem 2000) El proceso de gestión, lo define Kleczkowski, asesor de la O.M.S. como "El proceso sistemático y permanente de la Planeación de los Servicios de Salud". (Kleczkowski 1984)

El Proceso Gerencial de Servicios de Salud, para este trabajo, se define como: el proceso sistemático y permanente que realiza el equipo directivo de la Institución de Atención Médica, para conseguir los objetivos planeados estratégicamente (de largo plazo), comprende la elaboración de la misión, la visión y las políticas, la definición de prioridades y preparación de programas, el financiamiento y su integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS): así como la puesta en marcha del diseño organizacional que incluye: la estructura orgánica, los perfiles del puesto y los niveles de desempeño, buscando lograr tanto los objetivos estratégicos como el desarrollo del personal, con una dirección participativa en la ejecución de estrategias; el control de la calidad de los servicios, mediante la supervisión, el monitoreo y la evaluación, basados en un sistema de información que soporte las decisiones, en un ciclo Gerencial que se propone en la figura 1:

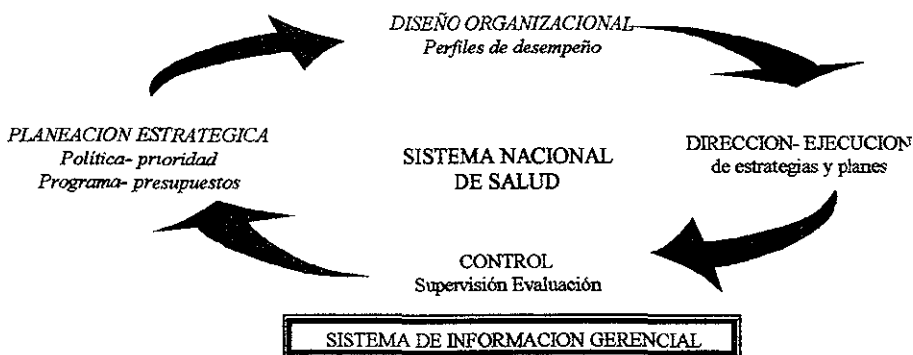


FIG.1 PROCESO GERENCIAL

1. Informe sobre Salud Mundial 2000, Dra. Gro Harlem Brundtlan, OMS. junio-2000
2. Kleczkowski B.M.y col. National health systems and their reorientation towards health for all. WHO,77, 1984.

Si bien en la literatura internacional, se han desarrollado documentos sobre cada una de las etapas de este proceso, nuestro interés es desarrollar un modelo sencillo y práctico para la dirección de clínicas y hospitales.

A fines de los años sesenta, se inician esfuerzos por tratar de relacionar la información Médico - Administrativa, que requiere la dirección para el análisis de su gestión, en la última década el interés aumenta y se avanza con la incorporación de las microcomputadoras.

Nuestro enfoque tiene sus bases en Francia con el control directivo, avanza con los sistemas de información Gerencial de los Estados Unidos de América, coincide con los principios de garantía de la calidad de los países bajos, como el centro holandés "CBO" National Organization for Quality Assurance in Hospitals, con los lenguajes de nueva generación y la conexión de computadoras en red, es más eficiente y factible su realización. (Reenink E.1990)

El Sistema de Apoyo a las Decisiones que se presenta, con sus aciertos y errores es original, como línea de investigación que inicié en el Instituto Nacional de Cardiología en 1981, se requiere presentar avances; en 1983, con el apoyo del comisario de salud de la Secretaria de la Contraloría de la Federación se presentó el Sistema en los Institutos Nacionales de Salud y parte fundamental se implementó; en el XXIV Congreso de la Federación Internacional de Hospitales, se logró el segundo lugar a nivel internacional dentro de las investigaciones de administradores jóvenes, teniendo el privilegio de exponer con grandes personalidades como: I.W. Kues, del Hospital de Johns Hopkins, Dr. Hans Peterson, del Condado de Estocolmo, Dr. K. Nichol del Reyno Unido, Dr. M. Hatano de la Asociación Japonesa de hospitales, I. Papadacci, del Hospital Antoine-Béclér, Robert De Vries de la Fundación Kellogg, H. Crewson y Bety Lowry, Directora del proyecto de información para la gestión de Canadá, entre otros. Menciona Jhon M. Lowe, de EE.UU. *"fueron el Sr. Nichol del Reyno Unido y el Dr. Peña, quienes señalaron el importante vínculo que existe entre la mayor sofisticación de la información y la capacidad de medir y supervisar los resultados obtenidos en materia de salud y el desempeño de la labor hospitalaria"*; el cuadro de información para la dirección, se encuentra en las memorias del Taller de Evaluación Servicios de Salud, celebrado en Washington por la Organización Panamericana de la Salud, 1988. (F.I.H. 1986)

Debido a la importancia del problema, compañías de computación, hospitales y Sociedades de Informática de varios países; están realizando estudios y programas.

- 3 Reenink Evert, Garantía de la calidad de la atención a la salud en los países bajos, Rev. Sal. Púb. M. mar-abr. Vol.32. 1990
- 4 Peña Sánchez A.G. Información para una buena gestión en los servicios de salud. Congreso Mundial de la Federación Internacional de Hospitales, San José de Puerto Rico, mayo 1985
- 5 Worl Hospitals, pp. 7-15, suplemento en español, Vol XXI, Núm.4, Nov.1986.

Con el uso de microprocesadores con velocidades mayores a 1000 Mhs, con multimedia e Internet y la baja de precio de las computadoras, se abren nuevos nichos de mercado para una aplicación mayor en los Servicios de Salud. (Arce Y.1995, Health Com. 1995)

Esto, nos ha motivado a tratar de analizar e identificar los datos del proceso Gerencial del Hospital, que faciliten:

A.-Hacer correcciones oportunas durante la ejecución de los planes y programas, permitiendo la optimización de los recursos y su fin primordial: el logro de objetivos y metas estratégicas.

B.-Al nuevo directivo que se incorpore, evitarle aprender por prueba y error, ya que la información, para que lleve a cabo sus funciones estará en una base de datos (BD) que le ilustre sobre las experiencias y tendencias mediante el análisis de los resultados de programas y actividades.

Con el objeto de plantear el Problema, los que intervenimos en la gestión hospitalaria, nos hemos preguntado: ¿Cuál es la información que facilite a la dirección obtener una imagen global, oportuna y veraz del desempeño del hospital que facilite el control gerencial y apoye las decisiones?, en respuesta, he tratado de dirigir esta investigación a satisfacer las necesidades técnicas y profesionales del director y el consejo de gobierno de los Institutos Nacionales de Salud, avanzando en una "nueva corriente en desarrollo en la Dirección de Hospitales"; estando consiente de las limitaciones del estudio, los recursos de las Instituciones y el tiempo del Directivo para tomar decisiones estratégicas, con la finalidad de servir mejor a la población que se asiste.

En la Ley General de Salud se establece que el Gobierno de cada Institución de Salud deberá contar con un Sistema de Información que le permita la toma de decisiones. (D.O. 1983) Si bien se cuenta con datos, hay diferencias en cada institución y con propósitos de Coordinación, Planeación y Evaluación, es necesaria su homologación.

El reto es mundial, en España se avanza con la informatización del Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria en tres fases: la primera a fines de 1994, con la gestión económica de compras y suministros; la segunda fase en 1995, la gestión asistencial: archivo clínico, admisión y consulta externa; la tercera fase en 1996, con los Servicios Centrales: quirófano, radiología, farmacia y laboratorio, buscando una mayor satisfacción en el trabajo diario y calidad de la información asistencial.

- 6 Arce Y. Procesadores, cisc o risc, su futuro. pp. 22-27, Rev. PC monitor, año 3, No.32, 1995
- 7 Reunión de Atención Medica sin fronteras, Programa de ponencias, Health Com, México. 1995.
- 8 Ley General de Salud, Diario Of. SSA, 3-feb- 1983

A mayor escala, la red de hospitales del servicio Gallego de salud SERGAS, en 1995 puso en marcha el módulo de facturación (figura 2) y en 1996 el sistema de información de cuidados intensivos, para mejorar la atención al paciente y reducir gastos, con una inversión de 350 millones de pesetas que incluye las computadoras y programas (figura 3). (Hewlett Packard 1995).

Figura 2

Sistema de Información Hospitalario SERGAS

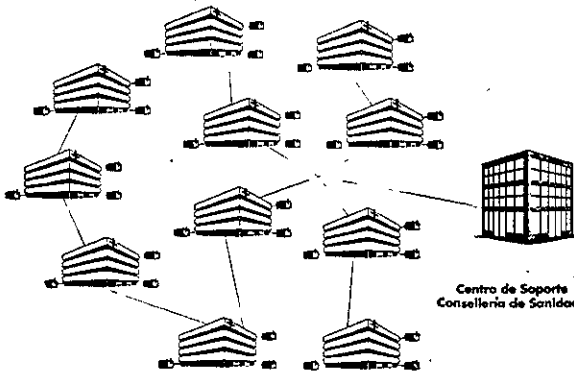
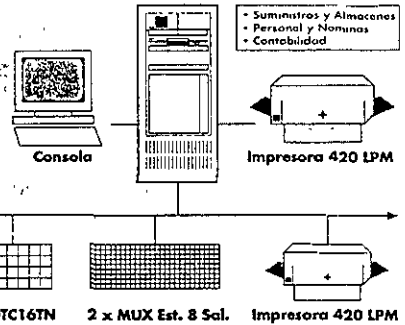


Figura 3

FASE INICIAL
Trasvase del Sistema de Información de Gestión Económica al Sistema HP HIS

HP9000/G60
(128 Mb, 6Gb, DAT 8 Gb)
1 Procesador
2 Mb Caché
Disco Espejo
HP OpenView/ DTC Manager



La importancia a nivel internacional a este tipo de investigaciones, llevó en el Japón donde se registran 9403 hospitales, con 1.4 millones de camas, a la Asociación Japonesa de Hospitales, a estudiar 439 hospitales, los cuales con el fin de racionalizar su gestión, el 95 % utilizan computadoras, el 84.6 % mejoró su rapidez, el 80.7 % las usa en Contabilidad y Personal; dentro de los problemas a que se enfrentan los hospitales es que al inicio los costos se elevan, se requiere de 1 a 2 años de revisión y cambios en los programas de computo y del apoyo de los médicos, enfermeras y especialistas de computo. (Khono M. 1993)

Para valorar la importancia que tiene nuestro tema, el gobierno de Canadá ha invertido un millón de dólares y la Asociación de Hospitales 2 mas, para financiar el proyecto para desarrollar durante tres años el Sistema de Información Gerencial que les permita mejorar la información financiera, la productividad y la creación de indicadores y estándares de desempeño. (Crewson A, 1993)

- 9 Visión HP, pp 3-5, 9-10, información sanitaria para España y Portugal, No. 4, Feb. 1995.
- 10 Khono M. Improving hospital management in Japan by computers. World Hospitals, pp.13-15, Vol.XXI No.4,1993
- 11 Crewson H.A. Canada's new management information system guidelines. World Hospitals, pp 18-21. Vol XXI. No.4 1993

Dentro de los objetivos de las Instituciones de Atención Médica, está el de conformar un mecanismo que permita relacionar los Programas, Sistemas, Recursos, Estructuras y Funciones, razón más para desarrollar el presente sistema de información para el apoyo Gerencial.

Para su aplicación tomamos al Hospital como representativo de las Instituciones de Atención Médica por su complejidad, cobertura y regionalización, formando parte importante de un Sistema Local de Salud (**SLS**) donde se recomienda el **Sistema de Información Gerencial (SIG)** para fortalecer una gestión descentralizada en la operación, de las funciones de: **Asistencia** (incluida la prevención y rehabilitación), **Docencia e Investigación**, su soporte **Administrativo (ADIA)** y la participación de la comunidad.

El Sistema de Información se ha elaborado para usarlo en forma manual o computarizada en tiempo real, que es la óptima, con la que se obtiene mayores beneficios; se presenta por áreas para facilitar perfeccionarlo y adecuarlo a las necesidades particulares.

Si bien la investigación de las necesidades de información y análisis de su relevancia sigue una rigurosa metodología, el uso es sencillo, al presentarle al Directivo en el Cuadro de Mando (CM) en forma objetiva y gráfica los resultados de la dirección ejercida.

A continuación presentamos el diseño de la investigación.

CAPITULO II.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION

2.1 IMPORTANCIA

Estudios de la OMS, señalan que cerca del 25% del presupuesto dedicado a la salud se maneja de forma ineficiente y en medicamentos esta cifra se puede duplicar, (OMS) asimismo, la directora de la Organización Mundial de la Salud, en el informe sobre la Salud Mundial 2000 resalta, que la salud en el mundo depende de manera crítica del desempeño de los sistemas de salud.

Aquí radica la importancia del tema que se investiga, ya que en varios países de América Latina, los directivos carecen de preparación profesional en administración de hospitales, como de la información gerencial para tomar el control y detectar las desviaciones con oportunidad, para sustentar la toma de sus decisiones, que les facilite mejorar la eficiencia, la eficacia, la calidad y la efectividad en el desempeño de los hospitales.

La tesis esta orientada a apoyar la difícil tarea de los directivos que integran el Consejo de Gobierno de los hospitales, en su toma de decisiones, proporcionándoles la información que les facilite el control gerencial de los servicios médicos, que en el caso de los hospitales, se llevan más de la mitad del Gasto Total que las Naciones destinan al cuidado de la salud; el gasto en salud en México es del 5.6 %, del PIB; Canadá destina el 8.9 %; Estados Unidos el 14.5 %, y aún no es suficiente. (BID 1996)

Es por ello que es necesario desarrollar mecanismos que apoyen a los directivos a controlar y hacer más eficaz y eficiente el manejo de los recursos, para beneficio de la humanidad.

1. El suministro de medicamentos, Management Sciences for Health, OMS.
2. BID, Progreso Económico y Social en América Latina 1996.

A nivel internacional tanto las instituciones de salud públicas como privadas destinan parte de su presupuesto, para incorporar sistemas de información que agilicen los trámites administrativos, mientras que estamos en esta etapa, otro sector de empresas ya avanza en sistemas de apoyo a las decisiones, (Dean M.N.; Boone M. 1990) es por ello que presentamos esta tesis original, avanzando en las técnicas más novedosas, para contribuir con nuestro esfuerzo a apoyar a los directivos de una de las organizaciones descritas como de las más complejas en el ámbito de la administración moderna: el hospital.

En el inicio del siglo XXI, el cambio en las organizaciones es una constante, es por ello que presentamos un método de gerencia hospitalaria, donde la información relevante se resume en un tablero de control integrado por cuadros de mando, que requieren los directivos para llevarnos a nuevos modelos de atención más eficientes y con mejores niveles de salud.

2.2. CARACTERÍSTICAS

A continuación se describe el proceso científico que se ha seguido para la investigación, con las siguientes características: (Hernández S. R.1991, Thierauf R. 1981)

Es específica porque, trata de una técnica moderna de la administración de servicios de salud, con énfasis en los hospitales y utiliza la computadora.

En su ejecución tiene un soporte documental y bibliográfico; es una investigación exploratoria, porque aborda el problema desde un ángulo novedoso al adecuar una técnica moderna de toma de decisiones en grupo, y es de campo al involucrar a los directivos de los Institutos Nacionales de Salud, para descubrir la información que requieren en sus Centros de Responsabilidad.

3 Dean M.N, Boone M. La Informática en la Gerencia, Ed. Legis. 1990.

4 Hernández S.R. y Col. Metodología de la Investigación. Mc. Graw Hill, 1991

5 Thierauf R. Grosse. Toma de Decisiones por medio de Investigación de Operaciones. Ed. Limusa,1981.

En su forma: es colectiva y participativa, por el objeto que investiga, delimitando las áreas críticas y los indicadores clave de los hospitales, por medio de la consulta a los responsables. (Arias G. 1976)

Por el contenido: Pasa de ser exploratoria a concluyente al buscar y manejar los datos del hospital para convertirlos en indicadores, basados en un análisis de cada institución, y explicativa al tratar de establecer relaciones causales en el estudio de los eventos.

(Carrasco J. L. 1983.)

LOS RECURSOS QUE INVOLUCRAN SON:

- a. Personal.- Integrantes del Consejo de Gobierno de los Institutos Nacionales de Salud de un Hospital Descentralizado, personal del área de Planeación , Analistas.
- b. Financieros.- Sueldos y Honorarios.
- c. Equipo.- Computadoras, fax, módem, red, internet.
- d. Técnicas.- Planeación Estratégica, Diseño Organizacional, Dirección Participativa, Control, Informática, Calidad, Técnicas de Toma de Decisiones en Grupo.

2.3 OBJETIVOS

Los Hospitales cada vez más, se tienen que enfrentar a restricciones financieras, una demanda creciente y la necesidad de garantizar la calidad de su atención, por lo que deben mejorar su oferta de servicios y la eficiencia de los procesos, para ello es necesario: mantener una información actualizada del personal, los recursos materiales, financieros y tecnológicos; el establecimiento de políticas, normas, objetivos y metas orientadas a la satisfacción del paciente visto como cliente; que se sustenten en un **Sistema de Información de Apoyo a las Decisiones**, que verifique que las metas se están cumpliendo, en el tiempo planeado, en la cantidad prevista, de la calidad aprobada y al menor costo, asegurando que los recursos son debidamente aprovechados.

6 Arias Galicia, Lecturas para el curso de Metodología de la investigación. Ed. Trillas, 1976

7 Carrasco J. L. El método estadístico en la investigación médica, Ed. Ciencia, Madrid. 1983

El estudio pretende apoyar al Consejo de Gobierno de los Hospitales en los siguientes aspectos:

Planeación: Facilitar la implementación de una metodología de Gerencia Hospitalaria, donde el sistema de información retro-alimente la planeación y la toma de decisiones.

Gestión: Conocer mediante cuadros sinópticos, el resultado de las decisiones, para lograr los objetivos, de acuerdo a la estrategia.

Control: Sistematizar la información relevante de la dinámica hospitalaria, destacando las desviaciones, para corregir el curso.

Oportunidad: Referido a periodos de corto plazo, de un día (% de ocupación), de una semana (% de abastecimiento de medicamentos y material de curación) a un mes (avance de metas, satisfacción del cliente) para la toma de decisiones.

Monitoreo: Definir previamente las metas a lograr cuantitativa y cualitativamente, a fin de comprobar su ejecución y congruencia con los indicadores y estándares aprobados.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la información relevante Médico - Administrativa que le facilite al Consejo de Gobierno del hospital, el control gerencial y apoye las decisiones.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Descubrir y definir la información gerencial que facilite a los directivos sustentar la toma de decisiones.
- Apoyar el logro de los objetivos del hospital mediante cuadros de control.
- Aprobar los indicadores más importantes, que faciliten monitorear el desempeño del hospital, aprobando los estándares y los rangos óptimos.

Objetivos Secundarios

- Facilitar a las Áreas Normativas del Gobierno, la identificación de la información para el control de los Hospitales, para prevenir duplicidad de esfuerzos y apoyar las metas del Sistema Nacional de Salud.

- Proponer una metodología moderna de Gerencia Hospitalaria.
- Fundamentar la creación de un nuevo concepto acuñado como Control Gerencial constituido por el Control de gestión, Análisis de Gestión, Benchmarking y Evaluación.
- Proponer la implementación del proceso de Gerencia Hospitalaria, para establecimientos Públicos o Privados, constituido por la Planeación Estratégica, el Diseño y Mejora Organizacional, la Dirección Participativa, el Control Gerencial y el Sistema de Información que apoye las decisiones.

2.4 HIPOTESIS

- ❖ Es factible determinar la información relevante, que facilite el control y apoye las decisiones en el hospital.

Hipótesis de trabajo:

- ❖ Mediante la investigación y la aplicación de técnicas para lograr el consenso: es factible determinar la información crítica que le interesa a la Dirección, para apoyar su toma de decisiones.

Hipótesis alterna:

- ❖ Dentro de la información que le interesa a la Dirección y que califica como relevante, se encuentra la que se requiere para la acreditación de hospitales

2.5 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Seleccionamos dentro de las técnicas para la toma de decisiones en grupo, a la TKJ porque permite abordar problemas complejos e intangibles en las empresas, como el caso que nos ocupa, que está relacionado con varias áreas de la organización, modificamos la técnica para darle un valor estadístico, al incluir el análisis matricial y el índice de correlación, que abordamos en los siguientes pasos.

- Descripción del Grupo de trabajo. Se invitó a un grupo de expertos de 6 Hospitales de tercer nivel de atención y de la Contraloría de la Federación, que participan en el Consejo de Gobierno de hospitales de alta especialidad, ha participar en una discusión programada, los representantes son los más afectados, por el problema, con un total de 14 personas más el coordinador, en un lugar tranquilo.

- Formulación del Problema:, El coordinador realizó la siguiente pregunta : ¿ cual es la información que le interesa a la dirección para el control y toma de decisiones, independientemente de si se cuenta en este momento con los datos para su elaboración ?, esta pregunta funciono como estandarte, para dar dirección al trabajo en equipo.
- Cada representante propuso en tarjetas los parámetros que en su experiencia consideró más relevantes, con un máximo de diez, el coordinador repartió las tarjetas entre los demás, donde se familiarizó cada participante con los contenidos, cuando se presentaba dudas cada participante la aclaró dirigiéndose al coordinador.
- Cada participante leyó una tarjeta y se fueron agrupando en el pizarrón por semejanza, traduciendo cada respuesta en un indicador, pidiendo aprobación al grupo.
- Cada grupo de tarjetas se distribuyo entre dos participantes, para que realizarán un análisis del conjunto y propusieran una síntesis del contenido y se propusiera al grupo, el cual inicia un debate para la aprobación de la síntesis.
- En la siguiente reunión, adecuamos y modificamos la TKJ para cuantificar la información relevante y los indicadores clave de los Institutos y Hospitales descentralizados. Procediendo a la Ponderación y calificación :
- Para determinar la calificación que se les dio a las respuestas, nos basamos en la escala del 1 al 9, siguiente:
 - 1 Cuando dos eventos son de igual importancia
 - 3 Ligera importancia del uno sobre el otro
 - 5 Cuando existe una esencia o fuerte importancia
 - 7 Cuando existe importancia demostrada
 - 9 Cuando existe importancia absoluta
- Se calificó y se procedió a la aplicación de un programa de cómputo para el análisis estadístico. Se presentaron los resultados al equipo, y se les pidió que los analizarán y presentaran para la siguiente reunión un estándar y el rango de los indicadores.
- En la siguiente reunión, los participantes propusieron los estándares y rangos de los indicadores, se procedió al análisis, síntesis y aprobación. Posteriormente se presentó un resumen de los cuadros de mando y las conclusiones, expresando el equipo un alto grado de satisfacción por los resultados obtenidos.

III MARCO TEORICO

3.1 GESTIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud resalta como una de las estrategias fundamentales para lograr la salud para todos, mejorar el proceso de gestión y los sistemas de información de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS). Señala: "Hasta la fecha, nuestra comprensión de los sistemas de salud se ha visto dificultada por la fragilidad de los sistemas de información sistemática" (SSA,OPS, 1988, OMS 2000)

El sistema de salud se representa en la figura 3.1, partiendo del medio ambiente del sistema conformado por la población, la sociedad, la economía, la naturaleza y ecología, en un micro-ambiente se encuentran las comunidades, la sociedad se organiza para la asignación de recursos al sistema de salud: su financiamiento, la tecnología, el personal, las instalaciones físicas y los suministros, que son los insumos del sistema.

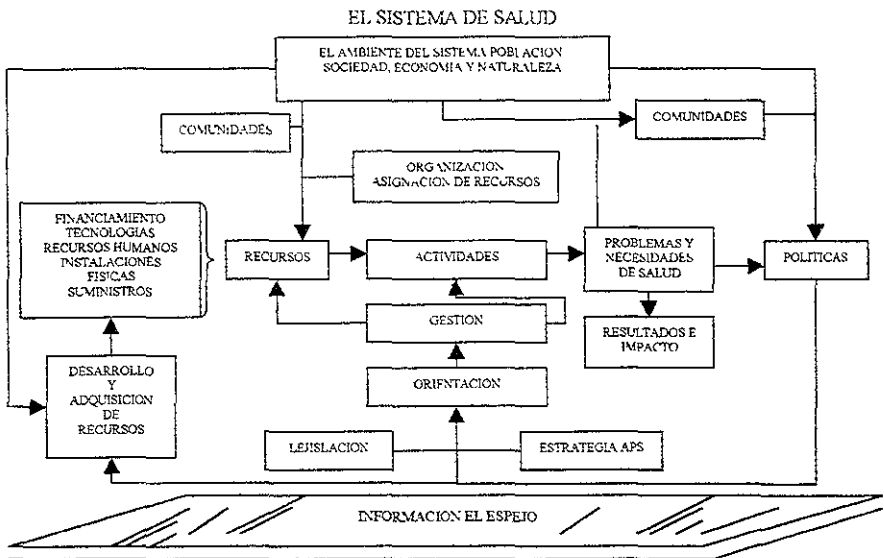


Figura 3.1 Sistema de Salud.

1. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud: jurisdiccionales y municipales, Secretaria de Salud, OPS. 1988
2. Informe sobre la Salud Mundial 2000 "Sistemas de salud: hacia un mejor desempeño", elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Dra. Gro Harlem Brundtlan, Directora General de la OMS. junio-2000

El gobierno diseña políticas para responder a los problemas y necesidades de salud, mediante el desarrollo y adquisición de recursos, la aplicación y actualización de las leyes, la puesta es marcha de la estrategia de organización mundial de la salud de atención primaria a la salud, que oriente las técnicas de gestión para realizar las actividades de los servicios de salud, evaluando los resultados y el impacto, mediante un sistema de información que refleje todos los procesos.

Dentro de los problemas que se presentan en la gestión están: la excesiva centralización, la duplicación de líneas de mando, las fallas en el programa - presupuesto, la deficiencia en la planeación sectorial - intersectorial que no responde a la política monetaria, la falta de Sistemas de Información Gerencial (**SIG**), que apoyen el control gerencial y la escasez de personal comprometido y motivado con el desarrollo de los **SNS**.

Dentro de las recomendaciones para fortalecer la operación de las unidades medicas en los Sistemas de Salud esta mejorar la gestión, en particular: la presupuestaria, la capacitación de los directivos y el examen de las fuentes de financiamiento, por lo que proponemos como estrategia para mejorar la eficiencia : el Sistema de Información Gerencial **SIG**, donde nos preguntamos:

- ¿En qué rango se podrá mejorar la gestión de los servicios?
- ¿Cómo proveer un flujo organizado de información que permita reforzar la planeación estratégica?
- ¿Cómo establecer un monitoreo continuo del sistema hospitalario que retro-alimente los niveles de gestión?

Para abordar estas interrogantes es necesario definir la gestión.

3.1.1 LA GESTIÓN

Gestión se deriva del latín **gestio**, acción y efecto de administrar y **Onis**, contrato que se origina por el cuidado de intereses ajenos sin mandato de su dueño; consiste en utilizar por los Centros de Responsabilidad lo mejor posible, el conjunto de medios puestos a disposición de la Dirección a fin de conseguir los objetivos determinados. (Meyer J. 1973)

Evans menciona, que la **gestión es** "*el proceso consistente en elegir oportunidades, resolver problemas, suscitar cambios y adquirir compromisos, respecto a los*

objetivos de la organización' sus tareas son, definir su misión y hacer que el trabajo sea productivo. (Veron 1981)

Dentro de los métodos está la gestión programada, que se caracteriza por:

- La determinación de objetivos para un periodo y el establecimiento del programa para su consecución, con en base a los recursos actuales.
- Establecer los Centros de Responsabilidad (**CR**) de los programas.
- Revisión del avance de los programas y
- Control de las desviaciones entre lo previsto y lo real.

3.1. 2 GESTIÓN Y DIRECCIÓN

Para analizar la función de Dirección modificamos el diagrama empresarial del Dr. H.B. Maynard para aplicarlo a los hospitales, esta se mueve gracias a la dinamicidad y la formación, que se presenta en la siguiente figura:

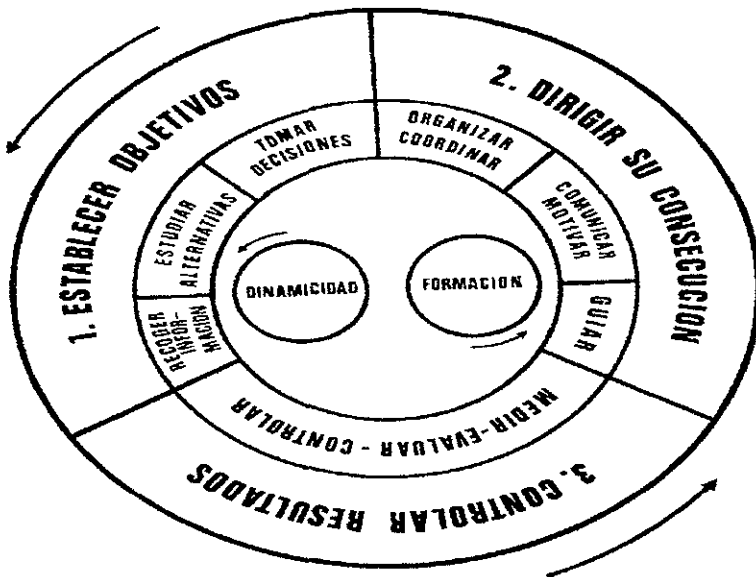


Figura 3.2 Proceso de Dirección del Hospital

La dinamicidad se refiere a la capacidad de adaptación del hospital a los cambios exteriores, y los efectos que en este se producen, con una actitud innovadora. La Formación se enfoca al desarrollo del personal, como una de las mayores responsabilidades del hospital para su continuidad. Estos elementos se mueven, engranando con los elementos que componen el proceso directivo, mediante el cual:

- a) se establecen objetivos,
- b) se dirige su logro y
- c) controlan resultados.

Dirigir es conducir y motivar a las personas para que obtengan resultados, siendo responsables de lo que han hecho. (Robbins 1998)

Se debe aclarar que existen diferencias en los ámbitos de acción de :
a) la Dirección, b) la Gestión y c) la Ejecución. Figura 1.3.

Mientras la dirección tiene objetivos y medios abiertos y se mide a través de la rentabilidad, (finanzas sanas, en el Hospital como Empresa), la gestión tiene objetivos fijos, medios abiertos y se mide por la optimización, como en la Subdirección Administrativa y las Divisiones de Recursos Financieros y Recursos Materiales; el nivel operativo tiene objetivos y medios fijos y se mide a través del logro de metas como en la Consulta Externa y Hospitalización.

AMBITOS DE ACCIÓN			
FACTORES	a) DIRECCIÓN	b) GESTIÓN	c) EJECUCIÓN
OBJETIVOS	ABIERTOS	FIJOS	FIJOS
MEDIOS	ABIERTOS	ABIERTOS	FIJOS
EVALUACIÓN	RENTABILIDAD	OPTIMIZACION	METAS

Figura 3.3 Ambitos de Acción.

La gestión se relaciona y apoya al funcionamiento de la dirección para mantener su continuidad y lograr sus fines, vencer la resistencia al cambio y renovar la organización a través de la Planeación Estratégica, la Reingeniería de Procesos y el Control Gerencial, fijando políticas, responsabilidades y funciones.

LA GESTIÓN IMPLICA:

- Identificar y prever las necesidades de la población.
- Satisfacer las que conduzcan a la determinación de objetivos y búsqueda de alternativas.
- Elegir las alternativas que correspondan a los recursos actuales y los previstos.
- La estratificación de cada nivel organizacional, buscando su eficacia.
- La operación. En la que intervienen los estilos de dirección, como los descritos por Blake y Mouton, la escala de madurez de los seguidores de Hersey y Blanchard, entre otros. Y en particular, es importante para esta tesis el:
- **Control**, que asegure la eficacia, eficiencia y efectividad en las acciones y el monitoreo de los programas.

3.1.3 NIVELES DE GESTIÓN

Tradicionalmente se han descrito 3 niveles: Dirección, Gestión y Operación, para este trabajo proponemos la Pirámide Organizacional Hospitalaria con 4 niveles, (uno más que los descritos en la bibliografía) que dividimos en Alta Dirección, Táctico, Logístico y Operativo, en la siguiente estructura representamos, como se distribuye por responsabilidades y funciones. Figura 3.4:

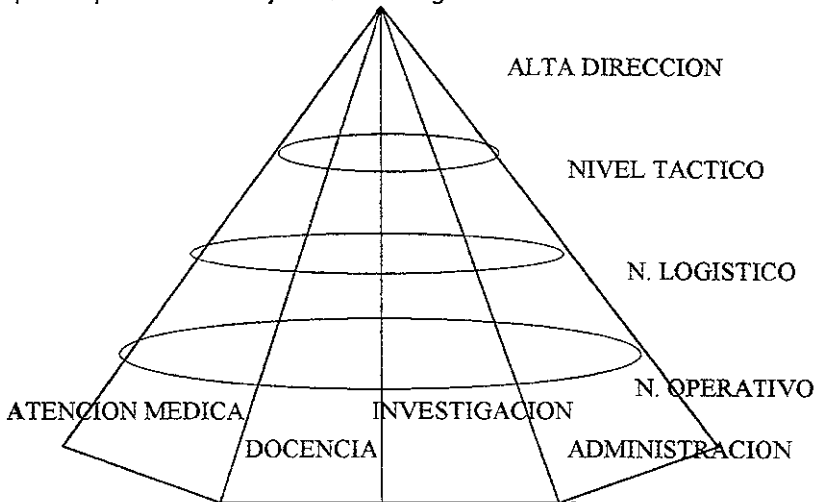


Figura 3.4 Gestión en la Pirámide Organizacional Hospitalaria

En cada cara de la pirámide representamos una función: Atención Médica, Docencia, Investigación, y Administración del hospital, que se realizan para alcanzar los objetivos.

NIVEL DE ALTA DIRECCION:

En la cúspide, corresponde a la alta dirección (Consejo de Gobierno en los Institutos, y de Administración en los hospitales privados), que para algunos autores se conoce como nivel estratégico en el que se definen las políticas y objetivos generales, en particular:

- 1.- Rentabilidad Social y/o Económica
- 2.- Expansión y Desarrollo
- 3.- Seguridad (Supervivencia)
- 4.- Aprobación de planes

Para sus funciones requiere **información relevante**, tanto de los otros niveles, como del medio externo, para adecuar y **evaluar la eficiencia y efectividad** de la Institución periódicamente, **apoyar el análisis de alternativas y toma de decisiones estratégicas para el logro de los objetivos**.

Es responsable del desempeño de la Institución; tiene las funciones del "TOP MANAGEMENT", **al fijar los objetivos a largo plazo**, actualizar la estructura y **ejercer un control global**.

NIVEL TÁCTICO

Corresponde a los directivos superiores con las funciones de:

- 1.- Estudiar y proponer alternativas de acción.
- 2.- Señalar objetivos particulares de las áreas señaladas.
- 3.- Coordinar la Programación General.
- 4.- Convertir las políticas en estrategias.
- 5.- Asignar recursos, poniendo en práctica las estrategias
- 6.- Coordinar el Plan Estratégico de Acción (Programa Nacional de Salud)
- 7.- Dirigir la actualización de la estructura y satisfacer las necesidades (insumos).

Es responsable de la planeación de mediano y corto plazo, con base en el presupuesto, asignación de recursos e inversiones; ejerce un **control y toma decisiones** funcionales de enlace de la Institución con su medio externo.

Evalúa la eficiencia y la efectividad de los programas; en forma semi-continua, en ámbitos de área, o regiones; por lo que **necesita una información concentrada** por programas del presupuesto ejercido, de gestión de stocks, de productividad de los servicios y sus costos; que pueden presentarse en tablas gráficas e indicadores.

NIVEL LOGÍSTICO

Donde se ubica a los mandos intermedios de los Centros de Responsabilidad de enlace, reduciendo los **tramos de control por área**: Médico - Quirúrgica, Diagnóstico y Tratamiento, Apoyo Médico, Investigación Básica y Aplicada, Enseñanza, Factor Humano, Finanzas, Materiales y Servicios Generales.

Dentro de sus funciones están:

- 1.- Supervisar y coordinar el desarrollo de programas.
- 2.- Señalar los objetivos específicos por centros de responsabilidad (CR).
- 3.- **Coordinar la eficacia de la gestión, con un control operacional, en base a las normas y estándares autorizados.**
- 4.- Coordinar y elaborar los **presupuestos** de su división y el propio en base a los objetivos de su CR y que sumados con los otros, se formula el presupuesto general.
- 5.- Mantener la dinámica del nivel operativo a través de la motivación y supervisión.
- 6.- **Lograr las metas programadas, elaborando información de resultados, para realizar las comparaciones con los estándares y departamentos similares, estudiar las causas de desviación y emitir las medidas correctivas pertinentes, así como un informe de las conclusiones al nivel inmediato superior.**

NIVEL OPERATIVO

Aquí el conjunto de actividades operan bajo normas y procedimientos definidos, emitiendo los datos de las labores realizadas; sus funciones son:

- 1.- Asegurar que las **tareas sean eficaces y eficientes.**
- 2.- **Asegurar la calidad** de la atención proporcionada.
- 3.- Informar las causas de la **desviación programa-presupuesto.**
- 4.- Verificar la captura de datos (codificados, en línea) emitir la hoja, cuando el sistema de Procesamiento Electrónico de Datos esté centralizado.

Para su aplicación práctica, ubicaremos el caso de la Secretaría de Salud y un Hospital en los cuatro niveles de gestión que proponemos. En la alta dirección se encuentra el Consejo de Salubridad y el Secretario de Salud, en el hospital el Consejo de Gobierno (de Administración en el caso de iniciativa privada) y el Director General.

En el táctico los subsecretarios o su equivalente los directores de área, en hospital privado las gerencias. Cuadro 3.5

En el logístico los coordinadores o directores generales, su equivalente los jefes de división médica, de enseñanza, de investigación y administrativos.

En el Nivel Operativo, los jefes jurisdiccionales o directores de hospitales, y su equivalente en el hospital las jefaturas y personal operativo de los servicios médicos y administrativos.

NIVEL DE GESTIÓN	S.S.A.	HOSPITAL
-Alta Dirección	CONSEJO DE SALUBRIDAD Y SECRETARIO	-CONSEJO DE GOBIERNO Y DIRECCIÓN GENERAL
-Táctico	SUBSECRETARIAS	-DIRECCIONES DE ÁREA
-Logístico	COORDINACIONES Y DIRECCIONES GENERALES	-DIVISIONES: MEDICA, ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y ADMINISTRATIVA
-Operativo	JURISDICCIONES Y HOSPITALES	-SERVICIOS MÉDICOS Y ADMINISTRATIVOS

Cuadro 3.5 Niveles de Gestión en la Secretaría de Salud y el Hospital.

SERVICIOS DE SALUD

El derecho a la protección de la salud conlleva a que el Estado, la sociedad y los individuos compartan responsabilidades para el cuidado de la salud, esto implica derechos y obligaciones de gobierno y gobernados, para su cumplimiento el Estado

ha creado Instituciones, con facultades de autoridad en campos específicos, recursos y programas, conformando los Servicios de Salud, que se clasifican en : Atención Médica, Salud Pública y Asistencia Social. Los cuáles son apoyados por acciones de Investigación para la Salud, Formación y Desarrollo del Factor Humano, Insumos para la Salud e Información, en esta última estrategia se enmarca nuestro estudio. Figura 3.6 Servicios de Salud.

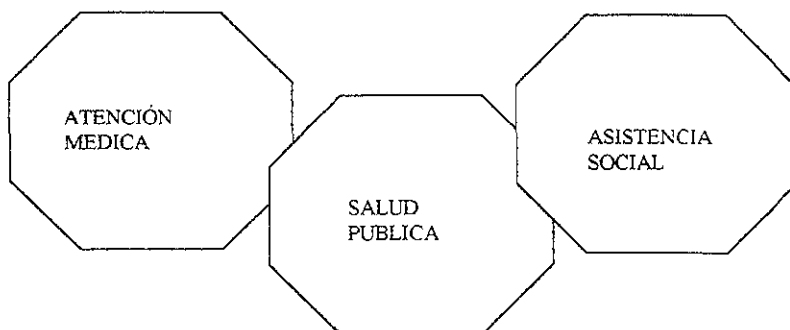


Figura 3.6 Servicios de Salud.

3.1.4.- PROBLEMAS DE GESTIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

Una buena gestión de los Sistemas de Salud, es fundamental para el desarrollo de los países, ya que estimulan la producción industrial de equipos, materiales de curación y nuevos medicamentos, contribuyen a la creación de empleos y al desarrollo de hospitales y centros atención primaria, que al lograr una calidad internacional son fuente de ingreso de divisas.

Por ello es importante revisar los principales problemas de gestión en los países de Europa del Este, que durante la época socialista disponían de sistemas de salud de cobertura universal, han descubierto que su financiamiento con cargo a fondos gubernamentales era una carga excesiva para su economía, lo cual se confirma con el costo y uso inadecuado de los servicios, también a afectado a Noruega, Suecia y Finlandia, países no socialistas que tienen sistemas de cobertura universal con fondos fiscales. (BM 1993)

Entonces no es una cuestión de doctrina sino de fallas de gestión ya que los países enfrentan el alza en los costos de atención.

Los Estados Unidos de América, enfrentan crecientes costos en la atención medica, así como gastos de administración de los seguros y honorarios médicos, a pesar de gastar cerca de 14.5 % de su P.I.B. 40 millones de personas no tienen acceso a los servicios de salud.

Los países pobres con base en el informe del Banco Mundial con apoyo de la Organización Mundial de la Salud, señala :

- Tienen que controlar las enfermedades transmisibles y parasitarias, así como las crónicas y los accidentes.
- La pobreza vinculada a las malas condiciones de salud y a la alta morbilidad y mortalidad, con bajos niveles de educación y deficiencias nutricionales agravan los problemas de salud y dificultan la operación de los servicios institucionales.
- Frecuentemente se destinan grandes porcentajes de los escasos recursos a la atención de un numero reducido de casos, descuidando acciones altamente efectivas de bajo costo,(para las mayorías).
- **Gestión ineficiente, planeación elemental, sistemas de abasto y conservación obsoletos, perdida de insumos por falta de control, falta de estímulos al personal y poco interés en el fortalecimiento de sistemas gerenciales.** Que señala la preocupación por el tema que abordamos.
- **25 % de los presupuestos para la salud de los países de América Latina y el Caribe se desperdician por ineficiencias,** estima la Organización Panamericana de la Salud.
- Inequidad, por falta de acceso de los pobres (y población diseminada) a los servicios de salud, subsidios (preferenciales) a grupos de presión y apoyo a monopolios institucionales.
- Lo anterior tiene consecuencias en la calidad y la cobertura de la atención.

Los Drs. Soberón y Martínez (Soberón 1994) resumen en 4 los principales problemas del sistema de salud en México:

- **Inequidad,** el IMSS y el ISSSTE disponen de 3 a 4 veces mas recursos por derechohabiente de los que se gasta por usuario en los servicios públicos financiados con fondos fiscales.
- **Cobertura insuficiente,** aún cuando se cuenta con servicios de salud de primer nivel para cubrir el 94 % de la población son insuficientes los servicios con capacidad resolutive integral, **no existe información** (reciente) del sector privado y la cobertura a población abierta no se conocerá mientras no se apliquen modelos de atención integral, el porcentaje del P.I.B. que el país destina a la salud, se estima de 4.5, de los más bajos en América Latina.

7 Soberón G. Martínez G. Miradas periódicas a los sistemas de salud. Rev. Fac. Med. Vol. 37 No. 1, 1994.

- **Ineficiencias** y distorsiones administrativas, los hospitales de la SSA tienen un promedio de ocupación del 50.3 % y los médicos proporcionan menos de una consulta por hora, lo cual expresa que a pesar de las grandes necesidades existe una amplia capacidad instalada que no se utiliza. Mas de 10 millones de personas de derechohabientes del IMSS y 23 % del ISSSTE nunca hacen uso de los servicios, otros derechohabientes acuden a servicios de población abierta.
- **Calidad deficiente**, la Encuesta Nacional de Salud mostró que cerca del 40 % de la población aún en presencia de servicios para población abierta y de seguridad social, prefirió acudir a la atención medica privada.
- **Fallas en la administración, del abasto y mantenimiento y del personal**, que se traduce en insatisfacción del usuario, por burocratización, las prestaciones masivas no constituyen verdaderos estímulos a la productividad y a la calidad y gravitan en el presupuesto. Salarios bajos, que son una causa para conservar los costos del egreso hospitalario semi-urbano en 300 dólares y 1000 en un hospital urbano.

Llama la atención que dentro de la estrategia de estímulo a la competencia que proponen los doctores (Idem) como eje de la reforma en salud refieren:

" En México podrían estimularse asociaciones de profesionales, formadas inclusive con los actuales trabajadores de la seguridad social, para competir, en forma empresarial, en la prestación de servicios de salud, la cual no tiene por que continuar siendo, necesariamente, una responsabilidad directa del gobierno." por sus implicaciones económico - sociales.

Para llevar a la practica la estrategia, mencionan entre otras, la mezcla publica y privada, incluir el punto de vista del usuario, tecnología adecuada, estimular la investigación y dentro de nuestro tema: **los sistemas de información en salud, que normalmente han contenido estadísticas para uso central deben transformarse para servir a la toma de decisiones y mejorar la planeación de los servicios.**

3.1.5 EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL:

El sistema de salud mexicano ocupa el lugar número 55 entre 191 países, de acuerdo con el Informe sobre la Salud Mundial 2000 "Sistemas de salud: hacia un mejor desempeño", elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2000).

A pesar de que, según el informe, **el 59.1 por ciento del gasto en salud es de origen privado**, la OMS señala que los mexicanos tienen uno de los índices más bajos en gasto personal en salud, al ocupar el lugar número 144 en este rubro, mientras que a nivel nacional, el país destina 5.6 por ciento de su producto interno bruto (PIB) a este sector, por debajo de países latinoamericanos como Chile (6.1 por ciento), Colombia (9.3 por ciento) y Uruguay (10 por ciento).

Este reporte, señaló al sistema de salud francés como el mejor del mundo, seguido por Italia, Omán, Austria y Japón, se basó en la evaluación de varios indicadores, entre ellos el nivel global de salud de la población, desigualdades o disparidades dentro de la población, y el nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud ("*una combinación entre satisfacción del paciente y qué tan bien funciona el sistema*").

Otros indicadores fueron la distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población ("*percepción de la gente con diferentes niveles económicos sobre qué tan bien son atendidos por el sistema de salud*"), y la distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población ("*quién paga los costos*").

El estudio indica que en México la desnutrición afecta al 23 por ciento de los menores de cinco años, la mortalidad infantil es de 3.1 por ciento del total de nacimientos anuales, mientras que 110 por cada 100 mil mujeres mueren en el parto, casi el doble de los casos que se presentan en Chile y Costa Rica.

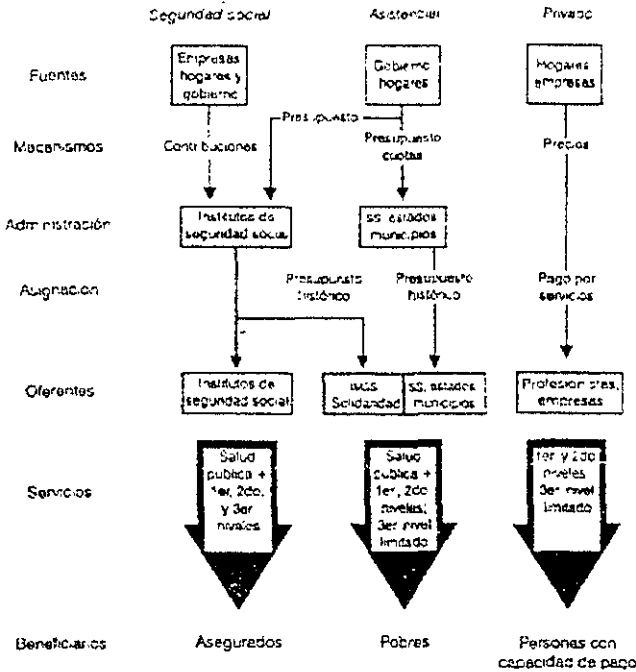
Los países latinoamericanos con mejor calificación son Colombia, Chile, Costa Rica y Cuba, al ocupar los lugares 22,33, 36 y 39 en el mundo, respectivamente.

Señala la OMS: "No basta proteger o mejorar la salud promedio de una población si, al mismo tiempo, la desigualdad se exagera o se mantiene elevada porque los logros obtenidos benefician de manera desproporcionada a aquellos que ya gozan de una mejor salud".

3.1.6 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ACTUAL

Se puede dividir en tres subsistemas relativamente autónomos, la seguridad social, las instituciones asistenciales y los servicios privados (Frenk), la estructura del sistema actual Frenk y colaboradores, la esquematizan en la figura 1.7 siguiente:

GRÁFICA El sistema nacional de salud en la actualidad



“La segregación de los grupos sociales en subsistemas separados, es el problema fundamental del sistema de salud mexicano, caracterizado por integración vertical con segregación horizontal. Cada subsistema institucional ejerce cada una de las funciones de regulación, financiamiento y prestación, pero hay traslapes en los grupos usuarios.... De hecho, el único traslape entre los tres subsistemas se da en el grupo de usuarios, generándose así importantes ineficiencias por la doble cobertura y obstáculos al buen desempeño del sector”.

3.1.5.- SISTEMAS DE GESTIÓN EN SALUD

Para analizar el grado de desarrollo del Sistema de Gestión que se practica en las Instituciones de Atención Médica, proponemos tres tipos:

- **Gestión Administrativa:** Se caracteriza por un Sistema no participativo, con ausencia de objetivos definidos, donde la gestión se limita a la aplicación de la reglamentación establecida, por ejemplo, la elaboración del presupuesto en Instituciones Públicas, que se aplica como un procedimiento rutinario, burocrático, con desviaciones entre lo presupuestado y lo ejercido, sin acatamiento de las disposiciones de eficiencia de la política monetaria.

- **Gestión Centralizada:** Se cuenta con objetivos globales, factibles, definidos centralizadamente, con una Planeación Parcial y un Sistema de Información rígido, con desviaciones en lo programado - presupuestado, así como en la efectividad de los programas.
- **Gestión Descentralizada:** Existe una desconcentración de responsabilidades y funciones; es eminentemente participativa en la toma de decisiones, se definen objetivos, evalúan las metas, manejan su presupuesto y se comparten los avances, por lo que es urgente su aplicación en los hospitales, para buscar mayor calidad y eficiencia..

En Latinoamérica, la descentralización del poder desde los niveles central e intermedio a las unidades, es una característica reciente de las reformas, se ha sugerido la existencia de un "vacío administrativo" en el nivel local. (Mills 1990).

Al descentralizar y delegar responsabilidades, es necesario un sistema regulador, que mantenga informado a los niveles superiores, este es el **Control Gerencial y el Sistema de Información Gerencial Hospitalario.** (Peña S. 1992)

La transición de un sistema de gestión a otro requiere de , mayor democratización, desarrollo educativo y voluntad política, enérgica y moderna, que evite la hipertrofia de servicios y la desviación en su misión. Como no es fácil; usted puede recordar algún hospital que ha modificado sus servicios anárquicamente, estos motivos hacen evidente la necesidad de llevar a cabo una gestión integral, que apoye la operación y mejore los resultados, asegurando el futuro de las Instituciones de Atención Medica, por lo que proponemos implementar en particular para nuestra tesis, la metodología de **Gerencia Hospitalaria** integrada por:

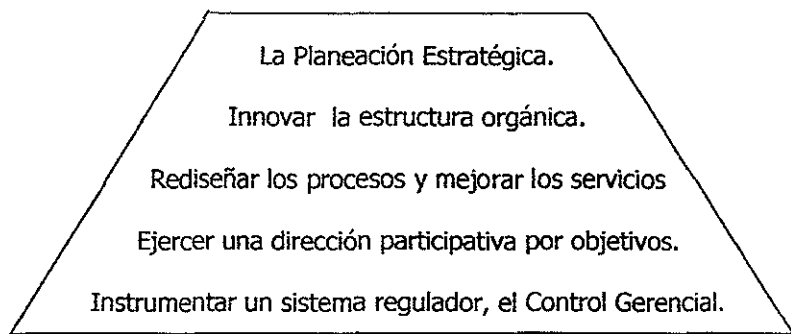


Figura 1.8- Metodología de Gerencia Hospitalaria Integral

9 Mills Anne y col. Descentralización de los sistemas de salud, OMS, 1990

10 Peña S. A. Información Gerencial Hospitalaria, Rev. Hosp., Juárez de Méx. Vol.59, No.2., 1992

Estos son elementos del proceso de gerencia hospitalaria, que representamos en la figura 3.8 y que desglosamos iniciando con la Planeación Estratégica, en el siguiente apartado.

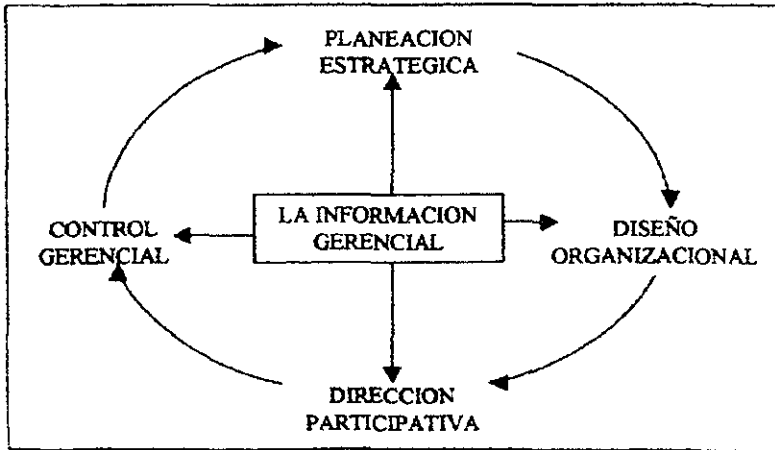


FIGURA 3.8 Proceso de Gerencia Hospitalaria

"La planeación es el diseño del futuro deseado y la manera efectiva de alcanzarlo"

Russell L. Ackoff

"La estrategia busca explotar ...las oportunidades nuevas y diferentes del mañana"

Peter Drucker

3.2 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA HOSPITALARIA

El hospital tiene la obligación de definir sus objetivos, como método de organización dentro de sus acciones, para su inserción óptima dentro de la sociedad, en los aspectos económico, sanitario, social, político y cultural, con el fin de asegurar su sobrevivencia, desarrollo y adaptación a los cambios de su medio ambiente. (Peña 1999)

Las tareas fundamentales de la dirección y del consejo de gobierno del hospital, tienen que ver con el futuro que tratara de alcanzar el hospital, para atender las necesidades de los usuarios, sanos o enfermos, esta son:

- **Desarrollar una misión y visión del hospital.** Para lograr en el hospital un sentido de futuro, proporcionando una dirección de largo plazo.
- **Transformar la misión en objetivos.** Es traducir la razón de ser del hospital, en resultados cuantificables (objetivos deseados) que requieren de un esfuerzo disciplinado. El reto de acortar la brecha entre el resultado posible y el deseado con un esfuerzo adicional, impulsa al hospital a ser más creativo, a mostrar urgencia por mejorar y buscar su posicionamiento en el mercado de servicios de salud. La dirección debe abarcar un horizonte de largo, mediano y corto plazo.
- **Elaborar estrategias** para lograr los resultados planeados.
- **Poner en práctica la estrategia** seleccionada de manera eficiente (al menor costo) y eficaz (lograr las metas).
- **Controlar**, es evaluar la situación e iniciar acciones correctivas, que retroalimenten la planeación. Figura 3.2.1

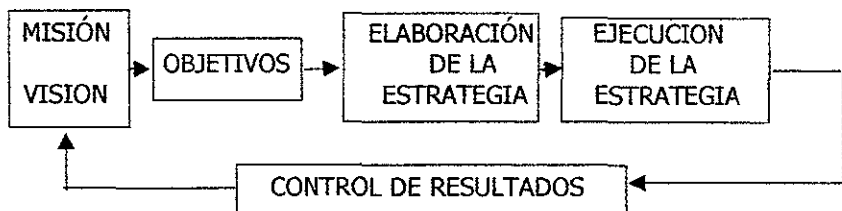


Figura 3.2.1 Proceso de Planeación Estratégica en el Hospital

1. Peña S. A. Antología de Planeación Estratégica en Servicios de Salud, BUAP-CIESS, 1999

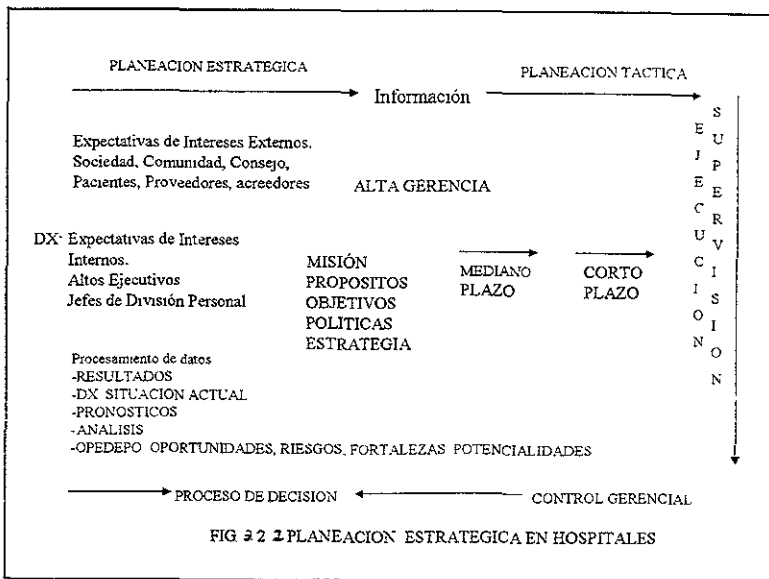
La planeación estratégica trata de prever un rumbo y orientar el destino, traduciendo los objetivos en acciones, sin embargo muchos planes fracasan por que en su elaboración no participan quienes tienen que hacerlos realidad. (Acle 1990)

3.2.1 PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA EN HOSPITALES

Como menciona Ackoff **"La planeación es el diseño del futuro deseado y la manera efectiva de alcanzarlo"**. El desarrollo de la Planeación Estratégica es particular para cada hospital y requiere el compromiso de la dirección, por la combinación de las siguientes etapas :

- 1.- Planeación
- 2.- Asignación de responsabilidades
- 3.- Integración de estrategias y funciones

La Planeación Estratégica, para este trabajo, la definimos como: **"El esfuerzo sistemático y formal de la dirección del hospital, para establecer sus propósitos y objetivos, derivados del análisis del medio ambiente, su potencial, fuerzas y debilidades, el establecimiento de políticas y estrategias, que sirven de base para desarrollar los planes, de corto, mediano, largo plazo y los mecanismos de control gerencial, con el fin de lograr su misión"** El proceso se propone en la figura 3.2.2



Se inicia con el diagnóstico de las expectativas de los intereses externos, (de la sociedad, la comunidad, el consejo de gobierno, los pacientes, proveedores y acreedores) y de las expectativas internas (de los ejecutivos, jefes y personal), se procesan los datos, para obtener resultados y elaborar un diagnóstico situacional, con pronósticos y el análisis FODA.

Con estos informes la alta dirección, diseña la misión, los propósitos, los objetivos, las políticas y la estrategia, pasando a la planeación de mediano y corto plazo. Una vez terminado el proceso de planeación se pasa a la ejecución y supervisión, estableciendo un sistema de control gerencial que apoye las decisiones.

Como se observa, aparecen tres elementos importantes para lograr los objetivos, la **ejecución** (pasar de platicar a practicar, dirigir), el **control** y la **información**, para los que propongo: la Dirección Participativa por Objetivos, el Control Gerencial y el Sistema de Información Gerencial, que se abordaran en los siguientes apartados.

En síntesis un Sistema de Planeación Estratégica está integrado por:

- La definición de la misión
- La determinación de la visión
- El planteamiento de los objetivos estratégicos
- La identificación de oportunidades y amenazas
- La identificación de fuerzas y debilidades
- El planteamiento de la estrategia
- El desarrollo de estrategias operativas
- La identificación de proyectos específicos
- La evaluación

La Planeación Estratégica, es una herramienta administrativa que permite al hospital, "un análisis de su misión, sus propósitos, sus estrategias para la consecución de sus objetivos, así como efectuar una revisión de los resultados obtenidos, la evaluación de los servicios que se proporcionan y conocer el cumplimiento de las necesidades de los usuarios-clientes. Este proceso esta orientado hacia la satisfacción de los clientes, más que a la realización de actividades, para ello es conveniente fundamentar los sistemas de información para la toma de decisiones, la determinación de indicadores y el establecimiento de metas". (CIESS,1998)

3.2.2. LA MISIÓN

Los objetivos generales e importantes del Hospital se conocen como misión, ésta es perdurable en el tiempo, ya que es la razón de ser del hospital.

Es la definición de la línea de acción o actividades a seguir, se necesita incluir dentro de las premisas de planeación y en los objetivos estratégicos.

La misión, es la respuesta adaptada de la dirección a la pregunta ¿ Cual es nuestro negocio y cual llegara a ser? Una misión bien pensada prepara a la organización para el futuro; establece su dirección a largo plazo e indica sus intenciones de delimitar una posición particular.(Thompson y Strickland, 1998)

Se encuentra en las actas constitutivas, las que en ocasiones presentan dificultades para plasmarla como premisa, por la diversidad de actividades que contempla, en este caso, el directivo debe seleccionar los conceptos claves para establecer la misión.

Para el **Sector Salud la misión es : Mejorar la salud a través del establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud.** Los **Objetivos Generales** son 6: **Atención Médica, Prevención y Control de Enfermedades, Promoción de la Salud, Control Sanitario y Ambiental, Desarrollo Demográfico y Contribuir al Bienestar Social.**

Las actividades predominantes, la responsabilidad social, los propósitos socioeconómicos, las metas, los valores de los directivos y la misión, forman la filosofía del hospital. "**La filosofía es la base que conforma nuestra actitud**" menciona el **Dr. Carlos Martínez.**

En el cuadro 3.2.3, observamos la Filosofía del Sistema de Salud que el equipo de la Secretaría de Salud presentó.(SSA 1988)

FILOSOFIA POLITICA: SOCIEDAD IGUALITARIA Y JUSTICIA SOCIAL.

La sociedad igualitaria es demanda original de la Revolución Mexicana y constituye, por tanto, una de las finalidades del desarrollo. El impulso hacia una sociedad igualitaria es tesis de Gobierno que ha ganado consenso popular y se ha convertido en mandato democrático.

El fin último del proyecto nacional y de la estrategia de desarrollo integral planteada en el Plan Nacional de Desarrollo, es el hombre. Corresponde al Estado asegurar el disfrute de las garantías que consagra la Constitución y el pleno ejercicio de las libertades.

Una de las acciones fundamentales de la actual administración, orientada al impulso de una sociedad igualitaria, ha consistido en la elevación del "derecho a la protección de la salud" a rango constitucional, para dar base a un sólido Sistema Nacional de Salud

- 4 Thompson A. Strickland A, Dirección y administración estratégicas. Ed. Mc Graw Hill, 1998
- 5 Programa Nacional de Salud, , SSA.1988

Proponemos que es en esta fase de la planeación estratégica, donde tenemos que plasmar y hacer operativos como parte de la filosofía, los principios de la calidad:

La calidad:
 Es la completa satisfacción del cliente:
 (Paciente, Proveedor, Personal, Directivo)
 Se hace no solo se inspecciona,
 La hacemos todos
 Implica cero defectos,
 Cuesta menos que los errores en la atención.

La aplicación del proceso de Planeación Estratégica inicia con la elaboración de la misión, de la visión de largo plazo y de los valores.

La visión está influenciada por las amenazas y oportunidades del entorno exterior, Figura 3.2.4, mitad superior, resumido en escenarios, la visión también esta guiada por los factores internos del hospital, fortalezas y debilidades, y por su posición competitiva, mitad inferior.

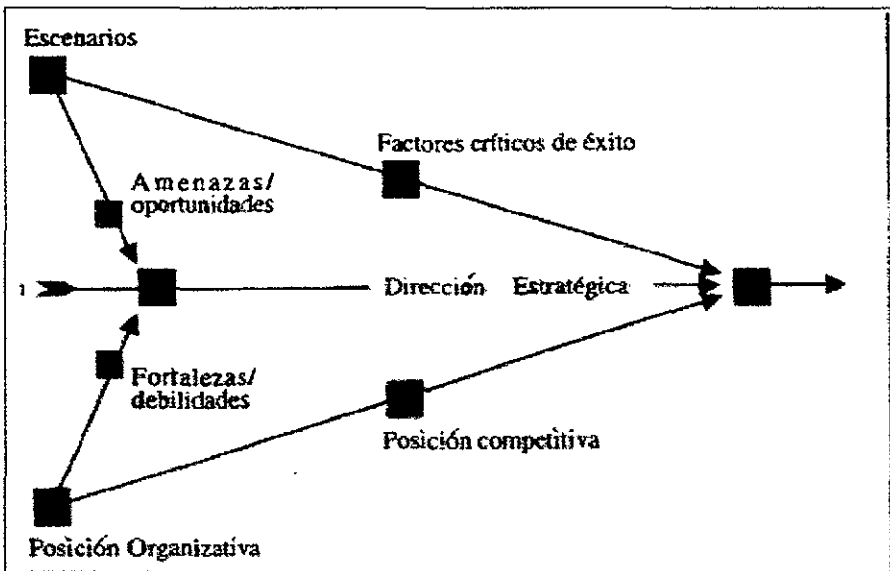


Figura 3.2.4 Visión y FODA

A continuación presentamos algunos **ejemplos** de aplicación de la Planeación Estratégica en hospitales, la cual ha tenido mayor desarrollo en el ámbito privado para dar respuesta a la competencia. (ABC,1997)

- **La filosofía del Hospital ABC**, se conceptualiza como : *"es de sentido humano e incluye el servicio a la comunidad y un amplia obra asistencial"*
- **La Misión** .- *Como institución de asistencia privada es proporcionar a la comunidad servicios de excelencia en salud. (ABC,1997)*
- **La Visión**.- *Ser un sistema de salud líder en Latino-América capaz de captar y mantener la preferencia de los usuarios por nuestro humanismo, alta calidad y profesionalismo al ofrecer servicios oportunos y eficientes.*

Del análisis se desprenden que los valores que manejan son:

Valores:
Actitud de servicio
Profesionalismo
Humanismo

La misión de una organización dedicada a la rehabilitación define su misión como:

- *"Novacare está comprometida con las personas para crear una diferencia, mejorar el futuro de los pacientes, abrir nuevos senderos en nuestra profesiones, lograr excelencia, mejorar la capacidad humana, cambiar el futuro donde vivimos."*


La misión, la visión, el objetivo y la filosofía, se ejemplifica con el Hospital Angeles del Pedregal en el cuadro 3.2.5 :

HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL
MISIÓN
<i>Atención médica de excelencia</i>
VISIÓN
<i>Ser la mejor empresa de atención médica privada en Latinoamérica</i>
OBJETIVO
<i>Mantener el liderazgo en la atención hospitalaria en México</i>
FILOSOFÍA
<i>El trato Ángeles honestidad y cortesía</i>

Dentro del sector salud, las aseguradoras incrementaran su mercado en México, por las reformas del sector, conocidas como Organizaciones Mantenedoras de la Salud (HMO), por lo que presentamos un ejemplo de la misión (figura 3.2.6) y los valores (figura 3.2.7) de Grupo Nacional Provincial, que es una empresa de seguros de gastos médicos:

MISIÓN

Grupo Nacional Provincial tiene como Misión Fundamental, satisfacer las necesidades de protección y previsión financiera de sus clientes, frente a los riesgos a que están expuestos.


Grupo Nacional Provincial S.A. 



VALORES

Grupo Nacional Provincial Cree:

- 1.-En la Calidad ante sus clientes.
 - 2.-En el Desarrollo personal de sus colaboradores.
 - 3.-En su Compromiso con los accionistas
 - 4.-En el Liderazgo ante la industria aseguradora
- Todo dentro de un ambiente de ética y honestidad.

Grupo Nacional Provincial S.A. 



La planeación debe permitir al hospital como empresa de servicios de salud, desarrollarse, cumplir con sus objetivos, obtener competitividad y seguridad en el futuro.

Las fallas en la definición de la misión, pueden llevar a hipertrofiar sólo algunas áreas, cuando el jefe del servicio llega a director repercutiendo en la eficiencia del hospital como sistema.

3.2.3 POLÍTICAS DE SALUD

En este proceso, una vez que es valorada y establecida la misión, la filosofía y los objetivos estratégicos, es necesario tomar en cuenta los siguientes elementos :

Las políticas: que son guías generales de acción. La OMS las define como la Formulación de metas para el mejoramiento de la situación sanitaria, de las prioridades entre esas metas y las orientaciones generales para alcanzarlas.

En la figura 3.2.8 presentamos las políticas de salud. (SSA,1994)

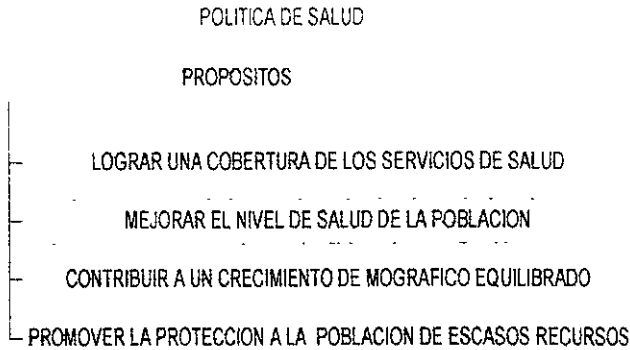


figura 3.2.8 presentamos las políticas de salud.

Dentro de las líneas generales de acción, es importante establecer los mecanismos que integren el sector salud, y para nuestra tesis, definir los criterios y normas que regirán la operación de los servicios.(Idem)

Política la entendemos como el proceso social que conduce a la toma y ejecución de decisiones, a través de las cuales se adopta y asignan valores para la sociedad.

Las interacciones y relaciones sociales que conducen a las decisiones y aquellas que controlan su ejecución y resultados, constituyen el proceso político.

Para su Formulación se toman en cuenta los siguientes factores:

- ✓ Delimitación de la cobertura
- ✓ Bioestadísticas
- ✓ Programa, métodos y situación de prevención de enfermedades
- ✓ Nivel de nutrición
- ✓ Saneamiento en general
- ✓ Situación de la natalidad, morbi-mortalidad y programas
- ✓ Recursos actuales y futuros
- ✓ Sistema de referencias de pacientes
- ✓ Fuente de financiamiento
- ✓ Políticas de desarrollo de otros sectores
- ✓ Estudio de inmigración, emigración
- ✓ Situación y cambios de la legislación
- ✓ Políticas del Sector Salud
- ✓ Grado de descentralización
- ✓ Grado de autonomía en la gestión

3.2.4 FORMULACION DE OBJETIVOS

La dificultad de la Planeación Estratégica radica en la combinación de:

- 1.- LOS OBJETIVOS DEL HOSPITAL
- 2.- EL ANÁLISIS DEL MEDIO AMBIENTE, Y
- 3.- SU POTENCIAL, FUERZAS Y DEBILIDADES.

Steiner, define un objetivo como el resultado que se desea o necesita lograr, dentro de un tiempo específico, es un valor al que aspira un individuo o grupo, dentro de una organización. (Steiner 1983)

El **Dr. Fajardo**, menciona que es una explicación de resultados que se desean obtener y cuando son medidos se convierten en metas. (Fajardo 1984)

Establecer un objetivo, presupone que es necesario vencer una dificultad o sobrepasar un límite previamente definido (problema o imagen objetivo). En otras palabras, definir en donde estamos y el objetivo es señalar adonde queremos llegar. A continuación presentamos el Objetivo General del Programa Nacional de Salud, como ejemplo, Figura 3.2.9 Objetivo General de PNS:

"MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN, PROCURANDO TENDER A LA COBERTURA TOTAL, CON SERVICIOS DE CALIDAD BASICA HOMOGÉNEA Y FORTALECIENDO LAS ACCIONES DIRIGIDAS A LOS GRUPOS MAS DESFAVORECIDOS, ASI COMO PROMOVER LA PROTECCIÓN SOCIAL A LOS DESEMPLEADOS"

Cuanto más claros, precisos y cuantificables son los objetivos, más fácil se torna la ejecución y control de la acción.

En la figura 3.2.10 se presenta el propósito básico, los objetivos generales y los programas de acción del Programa Nacional de Salud:

8 Steiner George, Planeación Estratégica, Edit. CECSA, 1983

9 Fajardo O.G. Curso de Administración de Hospitales, UNAM, 1984

SECTOR SALUD



H. Bruyninckx, menciona que un objetivo debe tener las siguientes características.

Ser :

- Pragmático.- Es concreto, de fácil comprensión y realizable.
- Temporal.- Dirigido a crear una situación prevista, aprobada.
- Productivo.- Tener un fin que será evaluado, en relación a los medios que se emplean, para los atributos y resultados requeridos.

Los objetivos del hospital resultan de:

- A) La definición de sus actividades dominantes (asistencia, investigación, docencia, administración).
- B) Su rol de responsabilidad social.- Debe satisfacer las expectativas de la colectividad, creando un sistema de desarrollo competitivo y lógico de su organización, congruente a la realidad de su cobertura.
- C) Responder con eficiencia a la demanda de la sociedad.- Optimizar los recursos de los que se dispone para satisfacer los intereses o necesidades de la misma.

D) Sus propósitos socioeconómicos.- Relacionado con el anterior, están las aspiraciones socioeconómicas que el hospital desea satisfacer a través de su existencia.

Los propósitos son las finalidades que por su índole definen la razón de su existencia, su naturaleza y caracteres esenciales. Son los lineamientos que la sociedad espera del hospital y que le permiten sobrevivir.

E) Los valores y aspiraciones personales.- De gran valor, ya que deben buscar armonizar las diferentes aspiraciones de sus directivos con la precisión de los objetivos generales o misión de la Institución.

F) Análisis FODA.- Es un acrónimo de oportunidades, peligros, debilidades y potencialidades. Su análisis facilita descubrir las oportunidades actuales y futuras, y hacer planes para explotarlas. Figura 3.2.11

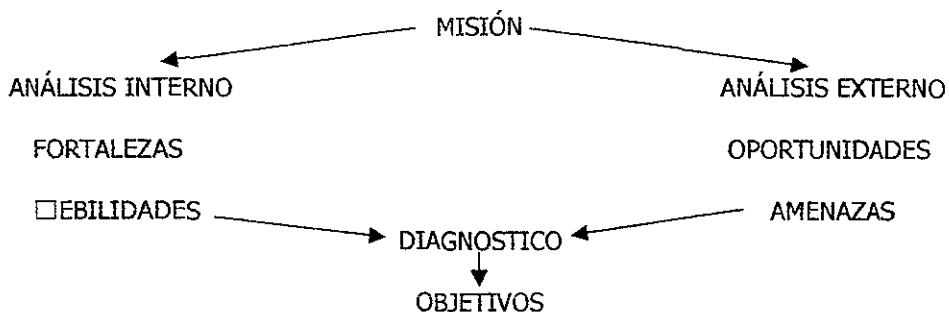
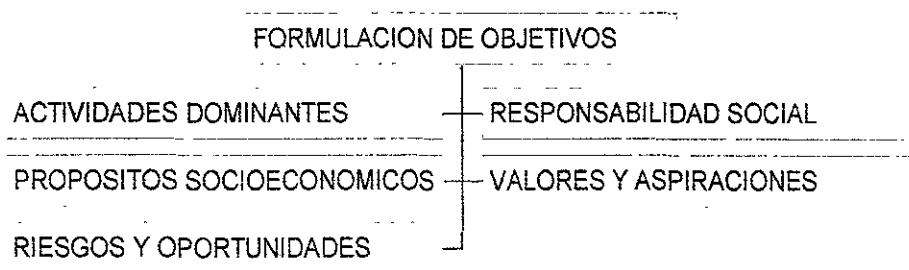


Figura 3.2.11 Análisis FODA

Los planes efectivos son, los que aprovechan las oportunidades eliminan los obstáculos y evitan los riesgos, para lograr los objetivos generales.

En la figura 3.2.12 se presentan los pasos para la Formulación de Objetivos:



3.2.5 OBJETIVOS OPERACIONALES

La misión es cumplida durante la existencia del hospital y para cuantificar su ejecución se utilizan los objetivos operacionales, que necesitan reunir los siguientes requisitos:

OBJETIVOS OPERACIONALES	
- Ser mejorables	- Ser motivadores
- Ser factibles	- Ser flexibles
- Ser aceptados	- Ser obligatorios
- Ser congruentes	- Ser medibles

Figura 3.2.13 Objetivos Operacionales

En particular en esta época de cambios, es necesario ser congruentes, con la situación presente, con los resultados obtenidos, con el medio interno, externo y entre sí, y ser capaces, de generar indicadores que permitan su control.

Es importante que para el cumplimiento de los objetivos, se establezcan metas de corto y mediano plazo, que sean monitoreadas periódicamente, y hacer compatibles las metas del Programa Nacional de Salud, con las metas de cada unidad médica, pública o privada, para sumar esfuerzos, en el caso que nos ocupa corresponde monitorear los esfuerzos de los hospitales especializados, dirigidos a población abierta, mediante un sistema de información gerencial.

3.2.6 ESTRATEGIA:

Según Thompson y Strickland de la universidad de Alabama "es el patrón de los movimientos de la organización y de los enfoques de la dirección que se usan para lograrlos objetivos organizacionales y para luchar por la misión"(Idem)

Kenneth Andrews, en su libro "The Concept of Corporate Strategy" la define como: "el conjunto de misiones y objetivos principales o metas, así como políticas y planes esenciales para realizar estas metas, presentados en la forma de definición de actividades a las que la empresa se consagra" Figura 3.2.14

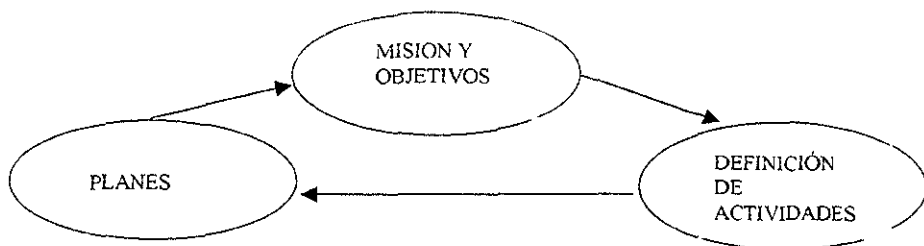


Figura 3.2.14 ESTRATEGIA

Son los medios de desplegar o asignar recursos, se basa en la política y comprende las líneas de acción necesarias que han de contribuir a alcanzar los objetivos.

Los objetivos son los fines y la estrategia es el medio. La implantación de la estrategia es una actividad directiva, donde el diseño organizacional, el presupuesto, la motivación, el desarrollo de la cultura, la supervisión y el liderazgo forman parte de hacer que las cosas sucedan y lograr los resultados esperados.

La estrategia es una actividad global e integradora del hospital, al reunir las funciones de asistencia, investigación y desarrollo, organización, productividad, selección, entrenamiento gerencial, mercadotecnia, finanzas, y actividad política.

Una vez que se ha determinado el rumbo del hospital en el futuro, determinando objetivos estratégicos, es necesario orientar los esfuerzos en la operación diaria, es decir convertir la planeación en resultados, por lo que a continuación abordaremos la Dirección Participativa por Objetivos.

"No hay nadie que no pueda mejorar considerablemente sus capacidades de liderazgo mediante un poco de reflexión y práctica"
Lord Slim, Mariscal de campo

3.3 DIRECCIÓN PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS

Los antecedentes están en la obra de **Peter Drucker**, en su libro "*Practice of Management*", que describe la administración por objetivos, como un principio de la administración que da plenitud de autoridad y responsabilidad a los individuos, proporcionando al mismo tiempo una dirección común. (Drucker 1954)

Insistía en que los administradores y los miembros del equipo de trabajo fijaran sus propios objetivos y ayudaran a fijar los de los niveles superiores ya que les proporcionaría una mejor comprensión de la estrategia general.

Es una técnica de dirección de esfuerzos a través de la planeación y el control, basada en el principio de que, para alcanzar los resultados, el hospital antes definió a dónde pretende llegar.

La amalgama de la dirección por objetivos con la administración participativa, es lo que se llama dirección participativa por objetivos, esta técnica ayuda a enfocar el esfuerzo individual, estableciendo el trabajo en equipo y permite armonizar las metas individuales con las del interés organizacional.

Organizaciones como General Electric, Purex y la Universidad de Kentucky, indican que puede mejorar la planeación y el desempeño. (Stoner 1994))

Implica, una filosofía de dirección a desempeñar por los directivos y jefes de servicio, para identificar participativamente los objetivos comunes y delimitar las responsabilidades, para motivar al personal en el logro de las metas y apoyarse en el sistema de información gerencial para comparar los avances con los indicadores aceptados.

Lopes Dos Reis ha observado, que existen características laborales que no logran satisfacer las exigencias del mundo cambiante de las organizaciones y que pueden provocar:

1. Pérdida de conciencia profesional, (en parte debida a)
2. Disminución de la eficacia de los estímulos (que producen)
3. Ausentismo creciente (dolor de cabeza en los hospitales)

1 P.F. Drucker, The Practice of Management, Ed. Harper & Row, 1954

2 Stoner Jim, Freeman R.E. Administración. Ed. Prentice Hall. 1994

3.3.1 PROCESO DE DP

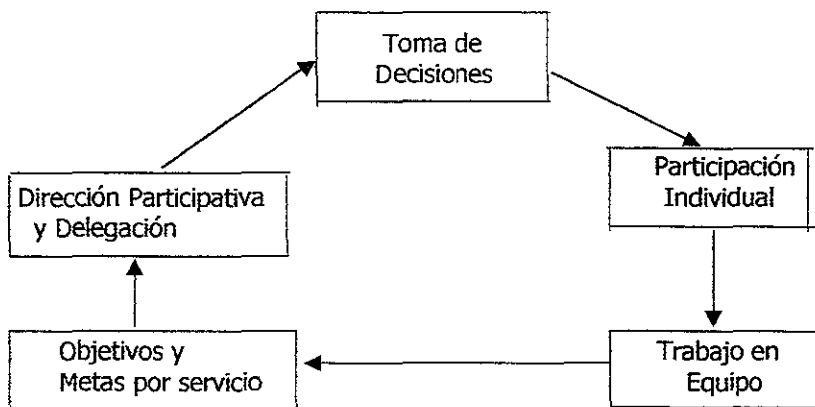
La **DP** tiene como fin encontrar mejores decisiones, haciendo participar y motivar al personal, mediante las siguientes fases:

- 1.- Las decisiones son tomadas lo mas cercano al nivel de la ejecución, por parte del jefe inmediato que tiene delegadas funciones definidas, conocidas y aceptadas.
- 2.- La participación de cada persona involucrada en los cambios, como respeto a su persona y sus tareas, incorporando su experiencia y ganando cohesión.
- 3.- Actitud de equipo, donde el jefe coordina las actividades del personal, asumiendo el poder de decisión y la respectiva responsabilidad.

Garfield menciona que esta necesidad de equipos de trabajo, se empieza a reconocer, para impulsar la innovación de soluciones, por lo que exige de una comunicación constante,, compartir ideas y coordinar actividades, para conseguirlo se necesitan relaciones estrechas con los empleados. (Garfiel 1992)

El trabajo en equipo es esencial, ya que ahora se requiere de actuar con rapidez, flexibilidad y eficiencia.

- 4.- Objetivos establecidos para cada jefatura, delegándoles además del poder, los medios para alcanzar los objetivos.
- 5.- Metas establecidas con una dirección participativa, donde se acuerden los medios y los controles para alcanzarlas. A continuación presentamos en la figura 3.1 El proceso de la DP.

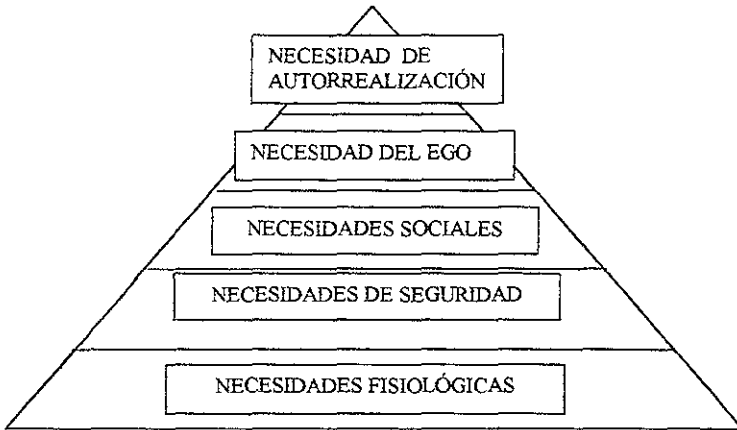


3.3.2 PRINCIPIOS DE LA DP

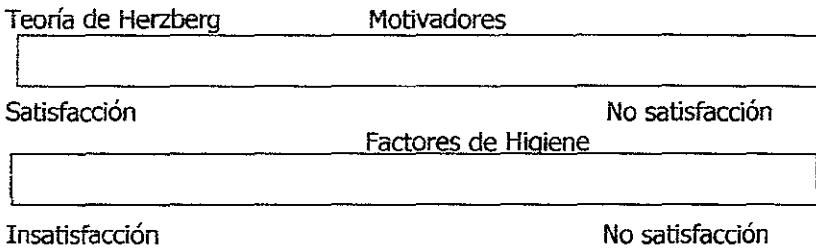
En los principios fundamentales para lograr la **DP** están la motivación y la delegación :

A.- MOTIVACIÓN

En la gerencia de personal, se conoce que "Toda actividad humana es impulsada por la necesidad", desde este punto de vista, el hospital que desarrolla un Plan Estratégico, necesita encaminarse a buscar satisfacer las necesidades de su personal, como las descritas por **Abraham Maslow** Figura 3.2, y los factores motivadores y los factores higiénicos de **F. Herzberg**. (Dessler, 1991) Figura 3.3.



En los factores motivadores están el logro, el reconocimiento, la responsabilidad y el progreso, que se relacionan con la satisfacción en el trabajo.



Las necesidades motivacionales **Hughes**, las clasifica en:

- A) Personalizadas.- Motivadoras y ofensivas(de desenvolvimiento)
- B) Impuestas.- Colectivas y defensivas (de existencia)

Para asegurar el desarrollo del hospital, hay que motivar al personal, canalizando esta enorme fuerza hacia la formación y participación, tanto de los directivos, del staff y personal en general hacia la colaboración para lograr los objetivos y cumplir con uno de los principios del management, $2+2=5$. Por lo que consideramos que el nuevo gerente de hospitales, debe lograr mantener una actitud estratégica convirtiendo crisis en oportunidades, dirigiendo la gran energía humana hacia el trabajo en equipo, con creatividad, calidad, corresponsabilidad y reconocimiento.

B.- DELEGACIÓN DE PODER

Es imprescindible en los hospitales modernos, donde las funciones exigen la existencia de mandos intermedios, capaces de desempeñar las actividades tácticas y logísticas delegadas.

La delegación está basada en el poder de decisión, realización y corresponsabilidad de los hechos, respetando las políticas definidas por el nivel estratégico.

Cuando delegamos en el personal, se presentan las oportunidades para prepararnos para otros cargos, una vez valorado el desempeño de la jefatura o centro de responsabilidad, del que cada uno es responsable.

Un **Centro de Responsabilidad CR**, se define como el núcleo de trabajo, a cuyo jefe le son atribuidos determinados medios y autonomía suficiente de decisión, para conseguir los objetivos. Con el conocimiento de que será controlado y evaluado, en eficacia, eficiencia en factores como:

- A. Funciones
- B. Responsabilidad
- C. Autoridad
- D. Control
- E. Calidad

Las últimas se refieren a :

La Autoridad es el grado de las decisiones que puede tomar y a cuales y a quienes solicitará autorización.]

El Control es la periodicidad de informes e indicadores que se reportaran y auditorias que se atenderá.

La calidad, se medirá por el nivel de satisfacción de las expectativas del usuario, del servicio que recibe; el usuario se clasifica en clientes internos y externos. Los clientes internos para el caso de la dirección médica del Hospital, es el personal de los Servicios Médicos y de Apoyo.

Los usuarios o clientes externos son, los pacientes y familiares que acuden por una consulta, cirugía o urgencia. En la figura 3.3.4 representamos la Integración de la **Dirección Participativa** y el **Control Gerencial**

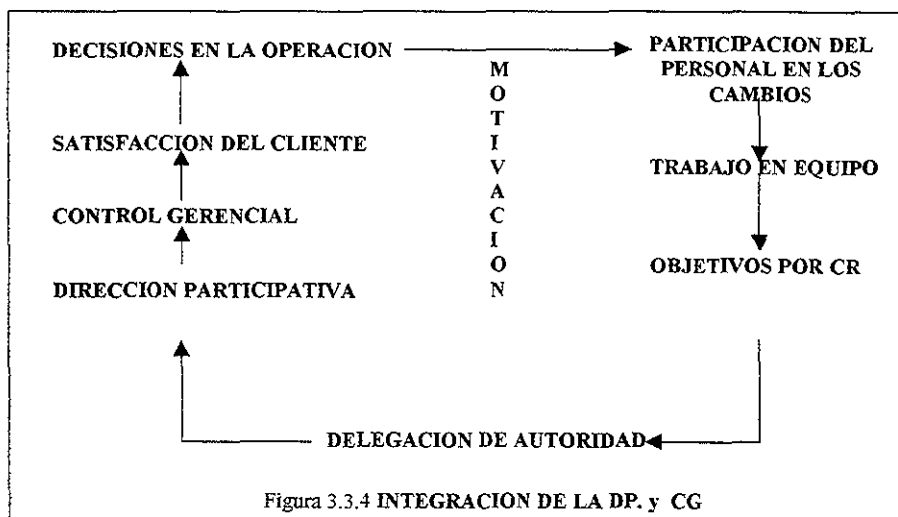


Figura 3.3.4 INTEGRACION DE LA DP. y CG

3.3.3-ESTRATEGIAS DE EJECUCION

Por lo anterior, para su ejecución se parte de la recolección de datos, su confrontación, la difusión de la DP, su simulación y los ensayos de ejecución, pasando a la generalización dentro del hospital. Figura 3.3..5

1.-Recolección de datos

El equipo directivo escoge el servicio que mejor se adapta a los cambios y promueve la mejoría de forma continua en el hospital, junto con los responsables del mismo, se les propone el nuevo modelo y se analizan los datos e informes, que se eligen mejorar y se inician las reuniones internas para proponer soluciones.

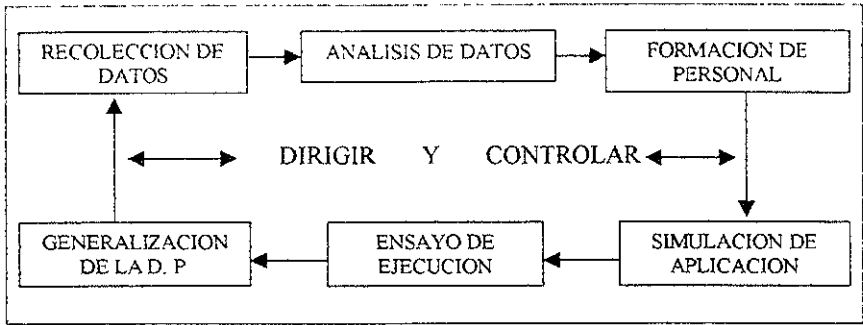


FIGURA 3.3.5 ESTRATEGIA DE EJECUCION DE LA DP

2.-Evaluación de datos

Las actividades realizadas se comparan con las metas programadas, para dar respuesta a las siguientes cuestiones, a fin de hacer las mejoras necesarias:

2.1.-Misión del hospital.- ¿ Lo que se realiza es congruente con lo que pretende? ¿Existen otras aspiraciones que se puedan lograr con las condiciones actuales? ¿ Qué nivel de calidad se puede lograr y que implicaciones hay sobre las políticas establecidas?

2.2.-Definición de áreas clave.- Aquí se formulan los grupos de actividades, que requieren de coordinación interdepartamental para conseguir una gestión eficiente, incluye un grupo de responsabilidades, relacionadas con resultados que se deben cuantificar, como el servicio de cirugía y su relación con hospitalización, consulta externa y urgencias, en el área Médica; compras y mantenimiento la Administrativa.

2.3.-Previsiones.- Requiere de una reflexión acerca de los factores del medio, donde se inserta el hospital, que induce a identificar tendencias sobre: el incremento o falta de servicios (cambios en la competencia), incremento en los costos y factibilidad de disponibilidad de recursos en los próximos años.

3.-Difusión de la DP

Ya que se estudió el servicio (ejemplo: quirófano) donde se aplicará, se divulga el método al personal, apoyándose en técnicas didácticas, como conferencias - debates, de preferencia en grupos de 8 a 10 personas, promoviendo el trabajo en equipo, con la libertad de exponer problemas actuales en el servicio, que se delimiten y canalicen al nivel pertinente para su resolución.

4.-Simulación de la DP

Se ensayan algunos problemas similares a los que se enfrenta el servicio, en grupos multidisciplinarios, procurando resolverlos con la mayor eficiencia y eficacia, con el fin de establecer una filosofía del método.

5.-Ensayos de ejecución

Se elige dentro de los jefes que participaron de otros servicios, algunos como pilotos, se procede a fijar nuevos objetivos, realizar las actividades y controlarlas.

6.-Generalización de la DP

Se instrumenta en todo el hospital el método con iniciativa y compromiso del equipo directivo, dando a conocer los beneficios obtenidos en los servicios pilotos y se establecen los sistemas de control (retroalimentación), que permitan la evaluación del método y su adecuación a las necesidades futuras.

Garfield encontró que una de las características de los líderes, es el compromiso sincero de conciliar el bienestar de sus empleados con las necesidades de obtener las metas, saben que hay mayor probabilidad cuando al empleado se le trata con respeto y dignidad. (idem)

3.3.4 PROYECTOS EFECTIVOS DE DP

Los proyectos de DP efectivos en el hospital requieren de los siguientes elementos:

- Compromiso de los directivos en el proyecto.
- Actitud de trabajo en equipo.
- Establecimiento de objetivos y metas por servicio.
- Autonomía en la realización de planes.
- Control y
- Mejor toma de decisiones.

En la figura 3.3.6, presentamos el ciclo de la DPO efectiva.

El trato digno, el reconocimiento y el facultamiento, conocido como empowerment, (que es la delegación de funciones y la dotación de los recursos para realizar las actividades en el proceso de atención médica); distinguen a los directivos que aplican la **DP**, es una estrategia para vencer la resistencia al cambio, para alcanzar el Plan Estratégico.



Como ejemplo, la compañía 3M, involucra a sus empleados para ver la forma en que los productos que fabrica son utilizados por los clientes. Los 750 empleados de una de sus plantas de productos médico – quirúrgicos, desde los trabajadores de línea a los directivos, participan en el programa PULSE, los empleados utilizan las batas y observan en un quirófano, a doctores y enfermeras, usar las cintas quirúrgicas, gasas y soluciones. Esta interacción con los clientes incrementa el compromiso de los empleados con la meta de fabricar productos que satisfagan a sus clientes. (Robbins 1998)

Menciona **García Manzo**, "La implantación de la DP y la posibilidad de llevarla hasta los niveles operacionales, puede ser importante, especialmente en las empresas de países subdesarrollados, en éstos puede ayudar muy importantemente a la concientización sobre la responsabilidad individual que es, uno de nuestros mayores problemas sociales".

Sin embargo, la **DP** puede fracasar por factores como: expectativas no realistas sobre los resultados, falta de entrega de la alta dirección, incapacidad o falta de disposición de la dirección para adjudicar recompensas por las metas alcanzadas.

La DP pasa del establecimiento de metas operativas, al compromiso para obtenerlas, así como a la evaluación del desempeño, esta es la fase donde se requiere de elaborar indicadores y sistemas de control del hospital. Una vez que sabemos hacia donde queremos ir, qué metas conseguir y cómo dirigir, es necesario **monitorear** la operación del hospital y sustentar las decisiones, por lo que propongo el **control gerencial**, que abordaremos a continuación.

"El mundo de hoy enfrenta problemas que no pueden ser resueltos pensando en la forma en que se pensaba cuando fueron creados" Albert Einstein

3.4 CONTROL GERENCIAL

Si bien en la Planeación Estratégica se diseña una visión de futuro y objetivos estratégicos, a fin de proporcionar los elementos que faciliten dirigir participativamente la operación, renovando el hospital como empresa de salud para adaptarse a los cambios del nuevo siglo, resulta indispensable establecer un sistema de control gerencial que asegure que: los objetivos y metas, con los costos aprobados, se estén logrando.

El control administrativo **Mockler** lo define como : un esfuerzo sistemático para fijar niveles de desempeño con objetivos de planeación, diseñar los sistemas de retroalimentación con información, para comparar el desempeño real con los niveles predeterminados, establecer si hay desviaciones, medir su importancia y tomar las medidas tendientes a garantizar que todos los recursos de la empresa se utilicen en forma eficaz y eficiente en la obtención de los objetivos organizacionales. (Stoner, Freeman 1994)

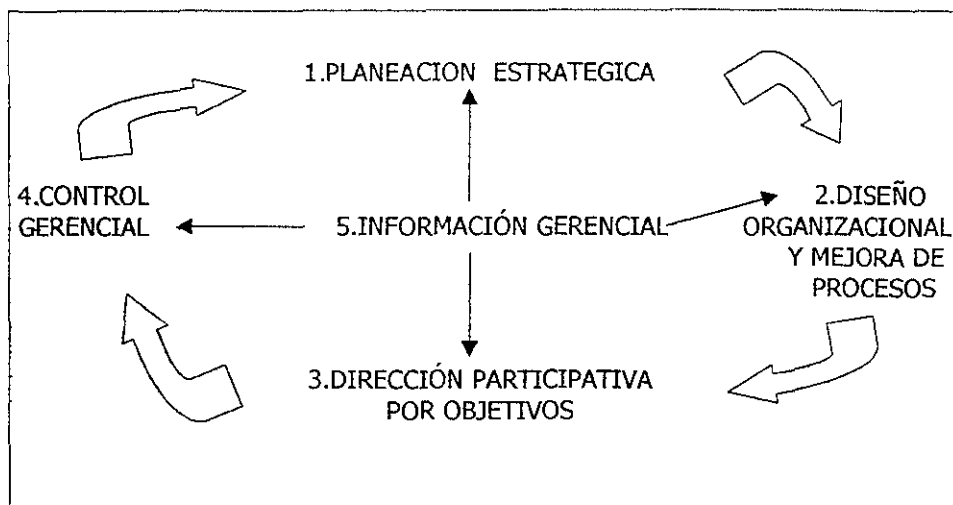
El control en general, es el proceso de asegurar que las actividades se desarrollen conforme a lo planeado.

El control es una de las funciones más importantes del Consejo de Gobierno del hospital, para asegurar que los recursos sean empleados eficaz y eficientemente, conforme a las metas perseguidas.

El **Control Gerencial**, constituye el eslabón que cierra el **Proceso de Gerencia Hospitalaria**, integrado por: 1. Planeación Estratégica, 2. Diseño Organizacional y Mejora de Procesos, 3. Dirección Participativa, 4. Control Gerencial y 5. Sistema de Información Gerencial. Figura 3.4.1

En los fines del **Control Gerencial** está cuantificar las actividades: (consultas, egresos, cirugías, etc.) del hospital en términos económicos, para evaluar la eficiencia con la que se opera y buscar la mejor relación calidad - costos de la atención, así como valorar la eficacia y la efectividad. (Peña 1985)

- 1 Stoner Jim, Freeman R.E. Administración, 1994, Ed. Prentice Hall.
- 2 Peña Sánchez A. La Información para una buena gestión hospitalaria, Congreso Internacional de Hospitales, F. I. H. San Juan P. R. 1985



3.4.1 PROCESO DE GERENCIA HOSPITALARIA

3.4.1. ANTECEDENTES

Tiene su origen en el control de la gestión empresarial, *que "es un esfuerzo sistemático que persigue la exitosa implantación de los objetivos y cursos de acción generales, definidos en la Planeación Estratégica, a través de una continua retroalimentación que permita definir acciones correctivas, no solo a la implantación, sino inclusive a la PE en sí"*. (Castelán 1982)

En la literatura se han dado fuertes críticas, por la escasa aplicación en los países Latinoamericanos de los sistemas de control, **Meyer** menciona **"parece ser que las economías en vías de desarrollo, que no conocen la competencia de mercado y la escasez de mano de obra (en subempleo permanente), solo pueden estar mediocremente interesadas por el control de gestión"** (1973).

Este tipo de control, surge como una respuesta ante las presiones del contexto socioeconómico para mejorar las organizaciones. La posibilidad de controlar la empresa por medio de un conjunto de datos sistematizados, es propuesta por **A.H. Pollen**, al estar a cargo de Linotype & Machinery. al establecer una recolección centralizada de datos, para apoyar a la dirección; de las áreas comercial, económica, financiera y técnica, esta última se modificó por resultar demasiado específica y nombró al método "control de gestión". (Meyer 1973)

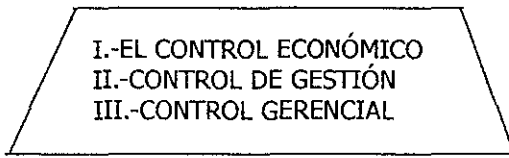
3 Castelán Q.F. Planeación Estratégica y control de gestión Ed. Ecasa 1982

4 Meyer J. El control de gestión. Ed. Oikos Tau, 1973

En la segunda guerra mundial el gobierno de los E.U.A. moviliza a los controladores de las empresas más dinámicas, para realizar el esfuerzo bélico al menor costo, (Op. cit.) esto permitió avanzar en el control presupuestario, de costos, e investigación de operaciones, estos avances se incorporan al control de gestión. (Thierauf 1972). En Europa se toma interés por la técnica a partir de los 50', ya que las empresas se encuentran en situaciones de competencia, teniendo como eje de partida los costos, para producir al mejor precio.

3.4.2. EVOLUCION DEL CONTROL

La evolución del control, la dividimos en tres etapas :



3.4.2 Figura de la Evolución del control

I).-La primera etapa "**Económica**" se caracteriza por un enfoque contable-monetario en cinco fases:

A.-Intervención.-

Proviene de la administración pública, tiene un sentido preventivo y rígido, sobre los ingresos y egresos.

B.-Inspección.-

Formula críticas y recomendaciones a las funciones de la organización y se basa en normas implícitas.

C.-Auditoria Interna.-

Examina las actividades contables y financieras, en una posición generalmente de staff y trata de prevenir errores y fraudes.

D.-Auditoria Externa.-

Es realizada por profesionales independientes de la organización, que examinan los estados financieros y hacen recomendaciones sobre su elaboración y control.

E.-Control presupuestario.-

Confronta periódicamente ingresos y gastos, por centro de costos globales, se apoya en la contabilidad general.

operaciones. Ed. Limusa 1972

La segunda etapa se identifica por :

II.- El Control de gestión, es considerado como **"un instrumento administrativo sostenido por una actitud mental, que permite ofrecer a la dirección y a los diferentes Centros de Responsabilidad la información indispensable"** para lograr una gestión programada y presupuestaria eficaz.

Mientras que se desarrolla en las empresas más sobresalientes del mundo, que han alcanzado un nivel de excelencia en su gestión; en las **Instituciones Médicas**, es un proceso nuevo, donde sus definiciones y aplicaciones son divergentes, tanto en su naturaleza como en su diferenciación con otras disciplinas; confundiénolo con la auditoría, el trámite o la correspondencia; por lo que no alcanza una madurez plena en nuestro país, mientras que el control de calidad tiene un avance sorprendente, sin embargo lo que podemos aportar, es que los principios del control de gestión convergen con los del control de calidad (**Quality Total**).

Kaoru Ishikawa escribe: "el Control de Calidad empieza con un cuadro de control y termina con un cuadro de control". (1986) **Que es el fundamento del trabajo de Pollen**; continúa "han pasado más de treinta años desde que empezamos a utilizar los métodos estadísticos en nuestras industrias, en 1949; en la promoción del **QT** estadístico hemos adoptado el lema "hablemos con datos" pero a pesar de nuestros esfuerzos, todavía quedan muchos problemas por resolver", como son:

- 1- Datos falsos y datos que no concuerdan con los hechos
- 2- Métodos deficientes de reunir datos
- 3- Transcripción errada de los datos y cálculos equivocados
- 4- Valores anormales.

Esta situación se encuentra similar en los Servicios de Salud. (OPS 1994)

Toma nuevo auge con el libro de control de gestión elaborado por la Universidad de Harvard en 1996, (Biasca 1997) Y se encuentra dentro de las cinco tendencias de la administración:

- Estudio del comportamiento, Trabajo en equipo, Remuneración por resultados, Programas de calidad y Control de gestión.

6 Ishikawa Kaoru, Que es el control total de calidad, Ed. Norma 1986

7 O.P.S. Atención de salud para los pobres de América Latina y el Caribe. Pub. Cient. No. 539, 1994.

8 Biasca, Rodolfo, Renovación Intencional, 1997

III.-Finalmente en la tercera etapa que acuño como **Control Gerencial Hospitalario**, forma parte de una nueva filosofía de dirección, que permite identificar la información médico - administrativa relevante para monitorear con un enfoque integral a cada área del hospital.

La diferencia con otros enfoques radica, en que inicia con los objetivos y metas definidos en la Planeación Estratégica, toma en cuenta el Diseño Organizacional identificando los Centros de Responsabilidad y la mejora de los procesos, retro-alimenta a la Dirección Participativa, apoyándose en el Sistema de Información Gerencial.

Dentro de los principales aspectos que aborda están, el estudio y desarrollo de indicadores, su evaluación y el benchmarking. Estos indicadores se orientan a evaluar las metas operacionales, mediante tableros de control, que monitorean los objetivos estratégicos, basados en un sistema de información.

3.4.3. CONTROL GERENCIAL EN EL HOSPITAL

Mediante el **CG** es posible realizar el análisis de la información correlacionando las variables favorables al servicio, tales como: aumento de la demanda, aumento de la cobertura, la productividad y la satisfacción del usuario.

Comparándolos con los factores desfavorables como: incremento de la competencia, rápida obsolescencia del equipo, disminución de la demanda y aumento de los costos; el resultado de este análisis alertará a los directivos con un control sencillo, que facilite conducir el hospital y lograr los objetivos, las políticas, los programas y los presupuestos. Ver Figura 3.4.3 Control Gerencial en Hospitales

Como se observa en el cuadro, comprende la recolección y análisis de la información, para apoyar la toma de decisiones, por lo que involucra actividades de comunicación, persuasión e iniciativa.

Jacques Melese, menciona que un sistema está bajo control si se saben fijar los objetivos y se alcanzan; **Kenneth y Blanchard** agregan que un directivo es eficaz cuando logra resultados. (Gauthier 1984)

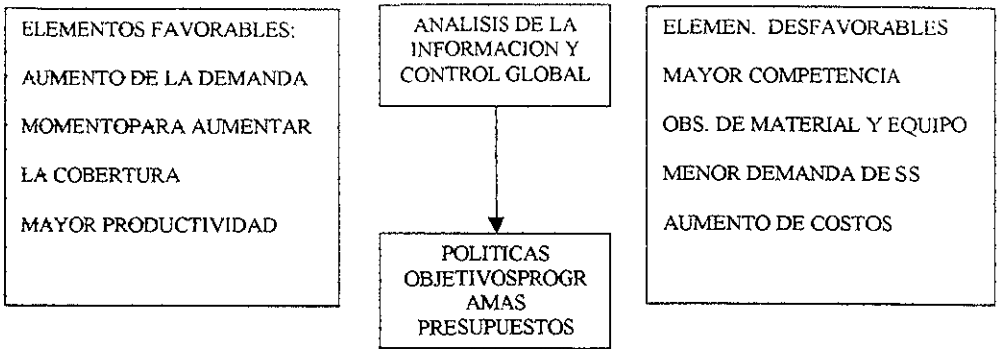


FIG. 3.4.3 CONTROL GERENCIAL EN HOSPITALES

Para asegurar el éxito del **CG** debe ser interdisciplinario y evolutivo para informar de la situación del hospital con respecto a sus metas, definiendo las variables que cuantifiquen su desempeño, para que el directivo evalúe y tome decisiones para asegurar el logro de objetivos.

Los directivos tienen como misión el desarrollo y la eficiencia de las áreas que integran el hospital, incorporando el **CG** para verificar que se cumple con:

- LA EFICACIA
- LA CALIDAD EN LA ATENCION MEDICA
- LA SEGURIDAD FINANCIERA
- LA EFICIENCIA
- LA RENTABILIDAD

Desde la perspectiva de la Alta Dirección, identificando los servicios y áreas relevantes que proporcionen cerca del 80% de las metas, disminuyendo la improvisación y la administración por crisis.

La Alta Dirección del hospital, lo conforma el Consejo de Gobierno en los Institutos Nacionales de Salud, en los hospitales privados el Consejo de Administración y en el IMSS, se refiere a la jerarquía superior del IMSS, integrada por el Director General y aquellas personas que le reportan directamente (Comisión Ejecutiva).

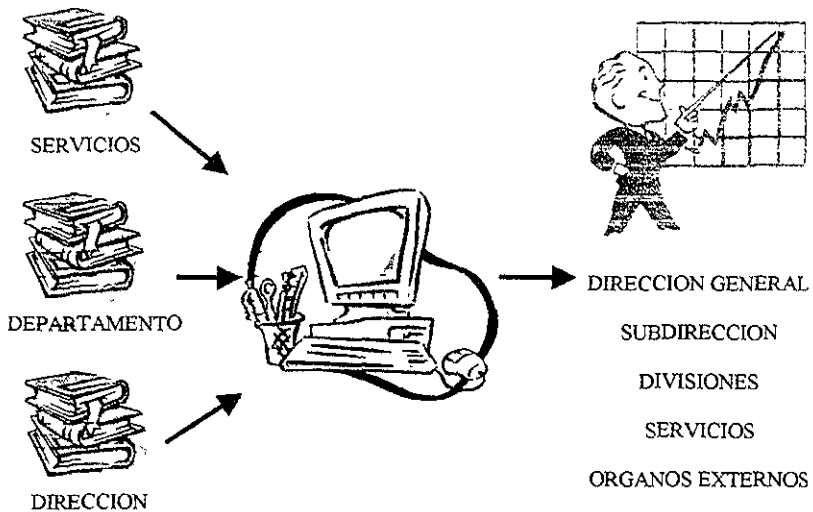


FIG. 3.4.4 PROCESO DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA

En los cuadros de mando, se identificarán las desviaciones con respecto a lo programado y se introduce el control por excepción, ya que se establecen indicadores y sus estándares para sistematizar la información, con el fin de que llegue sólo la información relevante, para monitorear y regular el desempeño.

Para ello se define el sistema de información en coordinación con los responsables de cada servicio, división, dirección, y con los responsables de informática, se analizan, controlan y elaboran informes enviándolos a las jefaturas, para la toma de decisiones de acuerdo a su nivel de gestión.

3.4.4 El CONTROL GERENCIAL ESTA FORMADO POR: ANALISIS DE GESTION, CONTROL DE GESTION, BENCHMARKING Y EVALUACIÓN.

En la práctica se ha observado confusión en los términos, por lo que trataremos de diferenciarlos:

- El análisis de gestión, se realiza cuando se comparan dos o más organizaciones similares como son : Jurisdicciones, Hospitales, Centros de Salud o Instituciones.
- Mientras que el control de gestión se realiza evaluando los resultados del hospital con los indicadores, que han sido aprobados.

- El benchmarking compara los resultados con los indicadores de los mejores hospitales; en E.U.A. se publican los "Best Hospitals", por especialidad. (1997)

El **análisis de gestión** se usa con mayor énfasis en grandes instituciones como las de seguridad social, lo aplicamos en la Secretaría de Salud al coordinar la operación de 7 hospitales como jefe de atención médica para resumir la información gerencial para la dirección general. Se facilita si se cuenta con un Banco de Datos Nacional, que presente en forma simple los resultados mensuales de la gestión hospitalaria por estado, integrando la información estadística con los resultados de los programas, en tiempo real. (Peña S. 1991)

P.H. Gauthier menciona que *"es posible que se den las siguientes respuestas negativas en el análisis comparativo de la gestión"*:

- A.-Reacción psicológica negativa por parte de los directivos de los hospitales.
- B.-Cuando el ministerio utiliza los resultados para "sanciones administrativas".

La dificultad para realizar el análisis de gestión, radica fundamentalmente en que las instituciones, no cuentan con los mismos recursos tanto en cantidad como en calidad, y/o la demanda de sus servicios es diferente tanto en: morbilidad, mortalidad, en cobertura y los costos por proceso: consulta, cirugía, o egreso.

El **control** se ha dado en el gobierno, principalmente en el presupuesto por programas, mediante el cual se otorgan recursos financieros contra metas establecidas; la dificultad de este procedimiento estriba en que se ha convertido en una rutina, sin un análisis global realista de metas contra recursos.

En el hospital privado, el **benchmarking** es fundamental, ya que es el análisis comparativo de la competencia para obtener ventajas competitivas, mientras que en el hospital público permite mejorar los procesos de atención al usuario.

Bendell, menciona que *"es un método que sirve para asegurar que, los objetivos a los que se aspira se adecuan a las demandas del mercado y no se establecen de manera arbitraria según sople el viento, o extrapolando los resultados del año anterior"*

Dentro del benchmarking hay que seleccionar las áreas de los hospitales con los que nos evaluaremos, para ello es necesario consultar publicaciones y asociaciones de hospitales nacionales e internacionales.

10 U.S. News of America´s & world report, Best Hospitals, 1997

11 Peña S.A. Informe de Diagnóstico Situacional de la Red Hospitalaria, para crear la coordinación de hospitales, Dir. Gral. Sal. Púb. D. F. 1991.

Las oportunidades de mejorar con respecto a la competencia, se identifican al descubrir cuales son los factores críticos del éxito en el mercado que coinciden tanto en las empresas como en los hospitales en:

- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
- AUMENTO DEL RENDIMIENTO
- PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO

En el control **Stoner y Freeman** mencionan que se establecen estándares, se mide su desempeño, se compara y se toman decisiones, a este proceso, (Op.cit) le agregamos un quinto paso de motivación, como se representa en la figura 3.4.5 :

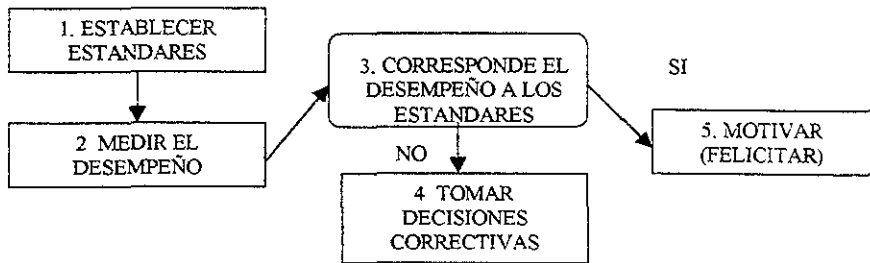


Figura 3.4.5 Etapas del Control

3.4.5 INDICADORES

El establecimiento de estándares lleva una metodología que inicia por elaborar los indicadores, valorar su factibilidad, aprobar los estándares óptimos y establecer la periodicidad con la que se requieren.

Un indicador puede definirse como la medición del estado de una variable importante, permitiendo además medir los cambios que experimenta a lo largo del tiempo.

Cuando mencionamos la comparación de indicadores, en el control gerencial, nos referimos a la fase de evaluación. La Evaluación se define como el proceso metodológico que permite medir y analizar el cumplimiento de las políticas, estrategias y programas de salud, de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos y los efectos producidos. (OMS)

12 Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en logro de salud para todos en el año 2000, Ginebra, OMS. No. 4

El sistema de evaluación, con base en la utilización de indicadores, favorece la autonomía de gestión y una mayor participación del personal operativo en el mejoramiento de los servicios, basados en las disposiciones de la Ley de Planeación, Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública

El indicador se define como el instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida.

Los indicadores son relaciones cuantitativas entre dos cantidades que corresponden a un mismo fenómeno o fenómenos diferentes, que por sí solos no son relevantes, que adquieren importancia cuando se les compara con otros de su misma naturaleza correspondientes a periodos anteriores o con otros indicadores preestablecidos que se consideran adecuados, de tal forma que se pueda determinar la calidad de las acciones emprendidas.

Ventajas.- La aplicación de los indicadores brinda la posibilidad de disponer de instrumentos que puedan servir de guía en el análisis del comportamiento de los fenómenos, facilitando la identificación de desviaciones y la toma de decisiones.

Los indicadores permiten obtener resultados objetivos, ya que, definido un criterio y reconocido como válidas sus premisas, podrán expresarse en cifras y aunque esta medición se hiciera por diferentes evaluadores, se obtendrá siempre el resultado, si se respetan los criterios de calidad de los datos.

La utilización de indicadores permite a los diferentes niveles de gestión contar con elementos sencillos, como una gráfica, donde se representa el comportamiento de un fenómeno a través del tiempo, ya sea dentro de un servicio médico, en el hospital, en un grupo de hospitales ó a nivel nacional. La comparación de los resultados con los estándares aprobados, indicará su grado de aceptabilidad

La evaluación mediante indicadores permite a los responsables directos tomar decisiones a su nivel para establecer una mejora continua.

Para esta tesis tomamos como referencia los publicados por el Consejo de Salubridad General para la Certificación de Hospitales, los cuales tienen aplicación a nivel nacional. (SSA, 1999)

Para fines de benchmarking los emitidos por el IMSS, para evaluar sus unidades de tercer nivel de atención, ya que nuestra investigación se realiza en los -

Institutos Nacionales de Salud. Estos indicadores si bien se describen a continuación no se tomaron en cuenta para evitar sesgos, y los utilizaremos en la etapa de Análisis, como referencia.

3.4.6 CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

La llevara a cabo el Consejo de Salubridad General, los hospitales interesados deberán reunir los requisitos que para cada área se señalan de acuerdo al tipo de hospital de que se trate, los Hospitales se dividen tres:

- Hospital General menor de 30 camas
- Hospital General mayor de 30 camas
- Hospital de especialidad

Para esta investigación se toma la tercera clasificación donde se establecen 11 indicadores:

- Porcentaje de Ocupación
- Número total de egresos en el último año
- Número de cirugías efectuadas en el último año
- Tasa de mortalidad hospitalaria
- Porcentaje de cesáreas
- Tasa bruta de infecciones hospitalarias
- Promedio de estancia hospitalaria
- Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria
- Porcentaje de reingresos hospitalarios
- Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente
- Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico

Para que funcione el **Control Gerencial**, se requiere diseñar un sistema de información que presente en forma sencilla y gráfica el desempeño del hospital.

Para la puesta en marcha se requiere:

1. Investigar cuales son las áreas críticas de información relevante que requiere la dirección.
2. Implementar un Sistema de Información Gerencial Hospitalario y
3. Evaluar para tomar las medidas correctivas.

Aquí llegamos a la parte importante del presente estudio:

¿Cual es la información que requiere la alta dirección de los hospitales para tomar decisiones ?

A continuación abordaremos los sistemas de apoyo a las decisiones y su planeación.

"El método científico exige políticas y toma de decisiones sobre la base de información sólida, numérica o no, y no de corazonadas, opiniones o simples consideraciones de corto plazo"
D. Lock, D. Smith 1991.

3.5 SISTEMAS DE APOYO A LAS DECISIONES

Los sistemas de información pueden estar enfocados a resolver problemas cotidianos administrativos o diseñarse para apoyar la toma de decisiones. Los sistemas de información basados en la computadora, que proporcionan la información necesaria para una operación eficaz, son conocidos como **Sistemas de Información Administrativa (SIA)**.

En las empresas se desarrollan **Sistemas de Soporte a Decisiones (SSD)** que están experimentando cambios importantes como resultado de los dramáticos incrementos en las capacidades de las computadoras y su uso. En menos de una década el **SIA** ha evolucionado al **SSD**, la inteligencia artificial y los sistemas expertos están proporcionando a los directivos los medios para mejorar la eficacia, mejorar la calidad del servicio, controlar los costos, mejorar los productos y obtener un margen competitivo. (Meyer 1989, Cohen 1999, Roberts 1997, Werf 1997)

De aquí surgen cuatro preguntas:

- ¿ Cómo se diseña un sistema de información?
- ¿ Que elementos básicos tiene un sistema de información en el hospital?
- ¿ Que distingue a un sistema de información para apoyo de decisiones?
- ¿ Cuál es la información relevante?

3.5.1 Planeación del Sistema de Información Gerencial

Se emplean dos filosofías para desarrollar y desplegar los sistemas de información:

- a.- Una acepta que es un arma defensiva, táctica y operacional para hacer frente a los requerimientos básicos de procesamiento de datos y reportes obligatorios, para mantenerse en el camino correcto.
- b.- La otra filosofía piensa que los **SIAD**, son una arma ofensiva y estratégica que puede dar una ventaja competitiva, no sólo ayudando a reducir los costos sino también a aumentar los ingresos.

1. Meyer D. Bonne M. La informática en la gerencia, Ed. Legis 1989.
2. Cohen D. Asin E. Sistemas de información para los negocios, Ed. Mc graw-hill, 1999
3. Roberts J Health information systems, pp.106-108, Rev. Int. Fed. Hosp. 1997
4. Van der Werff A. Integrated open hospital information systems, pp110-114, IFH.97

Esto se convierte en una política de la alta dirección, donde la planeación del sistema se convierte en un prioridad, como observamos en la figura 3.5.1.



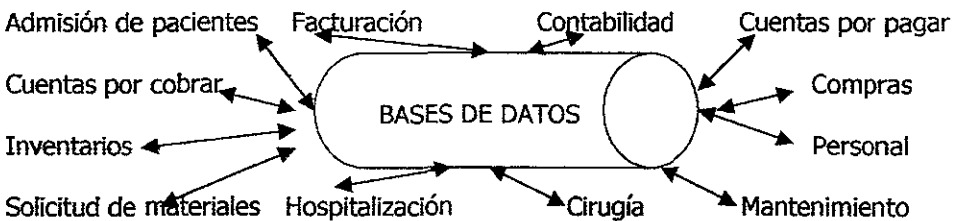
3.5.1 Planeación del Sistema de Información

- ❖ La planeación del sistema inicia con el establecimiento de las políticas del sistema; A quien va dirigido. Quienes tendrán acceso. La evaluación de quien lo diseñará, por parte de personal interno o se contrata un despacho.

- ❖ Se continua con la planeación estratégica del sistema y el análisis de sistemas, donde se definen las necesidades de los usuarios, el alcance del sistema y la recopilación de los hechos.
- ❖ En el diseño general, se valoran los bloques que lo integraran, y el planteamiento de alternativas.
- ❖ En la evaluación del sistema, la selección de la tecnología, la evaluación de los proveedores y el análisis costo-eficacia.
- ❖ En el diseño detallado, se realizan las especificaciones de cada bloque, clínico, administrativo, de investigación y enseñanza.
- ❖ La implementación del sistema, requiere la capacitación de los usuarios, la conversión de los registros de los sistemas anteriores, las pruebas y el seguimiento.
- ❖ En la etapa de administración del sistema, esta la fase de aceptación del nuevo sistema, el mantenimiento y la actualización.

A continuación se resumen las diferentes áreas que integran el Sistema de Información Computarizado en el Hospital Santiago Ramón y Cajal.

Figura 3.5.2 Sistema de Información Hospitalario



3.5.2 SISTEMAS DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA EN HOSPITALES

Para tener idea de cuantos datos se generan en la operación de un hospital, presentamos los que suceden en un hospital de veterano en U.S.A:

Cada año, los empleados atienden 20,000 órdenes de medicamentos de pacientes; las órdenes se procesan, registran, integran, empaican por unidad y se envían a las habitaciones, sumadas a unas 400,000 transacciones que se

controlan, en la operación del hospital. Se emiten 25,000 pagos anuales. La mitad de éstos cubren salarios; la mayor parte de los otros pagos son para las 5,000 órdenes de compra expedidas cada año. Los costos se juntan de las 17,000 tarjetas registradas, 6,000 órdenes de trabajo, y 20,000 solicitudes de materiales. Cada año, está procesando al menos un millón de transacciones de información relacionada con el inventario y el control; no incluye los análisis de mercado ni otra información que reúne como parte de su planeación estratégica. No están tomados en cuenta los registros que se realizan en el expediente clínico.

Vicente Pastor y Gómez Moli, refieren que se implemento el Plan Director del Instituto Nacional de Salud, para estandarizar la dotación informática de los hospitales. (Temes y col.1997)

La implantación se efectuó en dos concursos públicos que incluyeron 105 hospitales, con los siguientes módulos:

- SIGEP.- Sistema de Gestión de Pacientes: Archivo, Urgencias, Admisión, Consulta.
- SIGEN: Pacientes más nómina
- SIGAE.- Gestión administrativa con: Contabilidad, Presupuestos y suministros.

La respuesta fue irregular, dependiendo del módulo, de la aplicación y de la propia organización del hospital, con especial aceptación en hospitales medianos y pequeños.

Resalta en bioética, el aspecto de la regulación de la información de los pacientes, que con fecha 13 de abril de 1995, se publicó en la Comunidad Europea un borrador relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y su circulación.

Existen otros sistemas como el "Sistema de farmacia", que facilita la unidosis, el almacén y la administración. La "Agrupación por diagnósticos", que agrupa los pacientes por diagnóstico para estudiar la productividad hospitalaria.

Se encuentra en evolución la telemedicina, que tiene como objetivo desarrollar un sistema que permita mejorar la utilización de los auxiliares de diagnóstico medico situados a distancia del paciente y del médico, transmitiendo información clínica, esto permitirá reducir los costos, las listas de espera, la estancia media, y mejorar la atención y la calidad de la enseñanza.

1. Temes J. L., Pastor V., Díaz J. Manual de Gestión Hospitalaria, p.p. 226-227. Ed. Mc Graw Hill, 1997

3.5.3 Sistema de Información de Apoyo a las Decisiones

Un **Sistema de Información Gerencial (SIG)**, es un conjunto de equipos y programas que permiten obtener datos y procesarlos, con el propósito de brindar información que apoye la toma de decisiones. **Stoner y Freeman** lo definen como: "el sistema basado en la computación para una planeación, toma de decisiones y control eficaz". (Op. cit.)

El sistema de información de hospitalario, que se propone en esta tesis, esta basado en esta filosofía de Apoyo de Decisión. En función de qué tan rápida y fielmente reciban la información los directivos de cómo están operando (bien o mal) los servicios del hospital, se determina en gran medida qué tan efectivo es el sistema de control gerencial.

Por ello los sistemas de información juegan un papel importante en la administración de los hospitales, donde se ha vuelto crucial para los directivos, comprender cómo se deben diseñar, implementar, y administrar estos sistemas.

En un sentido amplio, se define a los sistemas de apoyo a las decisiones como un conjunto de programas y herramientas que permiten obtener oportunamente la información requerida durante el proceso de la toma de decisiones en un ambiente de incertidumbre.

Definimos al Sistema de Información de Apoyo a las Decisiones Hospitalarias como:

"el Instrumento directivo, basado en la tecnología informática, sostenido por una actitud positiva y de trabajo en equipo, que permite identificar, procesar y proporcionar a la alta dirección, la información crítica para la toma de decisiones".

En la mayoría de los casos, lo que constituye el detonante de una decisión es el tiempo límite o el máximo en el que se debe tomar. Así, en cada decisión que se toma, siempre se podrá pensar que no se tiene toda la información requerida; sin embargo, al llegar al límite de tiempo, se deberá llegar a una decisión. Esto implica necesariamente que el objetivo de un sistema de apoyo a las decisiones sea proporcionar la mayor cantidad de la información relevante. en el menor tiempo posible, con el fin de toma la mejor decisión.

3.5.4 Proceso de toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones es una de las actividades que se realizan con mayor frecuencia en el mundo de los negocios. Se presenta en todos los niveles del hospital: desde asistentes o auxiliares hasta los directores generales. En todos los casos, se tienen uno o varios objetivos que cumplir considerando un conjunto de restricciones; los Sistemas de Apoyo a las Decisiones tienen como propósito fundamental apoyar y facilitar este proceso, a través de la obtención oportuna y confiable de información relevante.

El proceso de toma de decisiones puede resumirse a través de diferentes pasos, los cuales suelen presentarse en forma similar en la mayoría de los casos; éstos se mencionan a continuación:

- Establecimiento de objetivos.
- Identificación de restricciones.
- Identificación de alternativas de solución.
- Obtención de la información relevante.
- Evaluación de alternativas.
- Selección de la mejor alternativa y toma de la decisión.

Los sistemas de apoyo a las decisiones, ayudan durante todo el proceso, no solamente a la obtención de información relevante. En general, la información relevante podrá provenir de los Sistemas Transaccionales y de Información externa al hospital.

Por otro lado, las decisiones cuyos procesos requieren apoyo en información pueden clasificarse en dos tipos: repetitivas y no repetitivas.

Decisiones repetitivas.

Este tipo de decisiones se toma en niveles intermedios y se caracteriza por ser predecible en cierta medida, de tal suerte, que se pueden desarrollar de antemano algunos modelos o programas con el fin de preparar el momento de la toma de decisión. Además, el impacto de éstas decisiones tienen un horizonte de corto plazo y afectan primordialmente las operaciones cotidianas del hospital. Algunos autores denominan este concepto como *decisiones estructuradas, o programadas*.

Algunos ejemplos de este tipo de decisiones son:

- Decidir el programa de cirugías del próximo bimestre.

- Decidir los instrumentos de inversión en el corto plazo
- Decidir el límite de crédito de los usuarios
- Decidir las cantidades y fechas de órdenes de compra
- Decidir los pagos de proveedores que serán cancelados temporalmente por baja del flujo defectivo

En muchos de los casos existe la posibilidad de predecir este tipo de eventos, en general con variables de decisión similares.

Decisiones no Repetitivas.-

Esta categoría de decisiones, se presenta en la alta dirección, se caracteriza por un agrado alto de incertidumbre. El tomador de decisiones debe contar con las herramientas para construir los modelos en forma ágil, para obtener la información necesaria, por lo que se requiere de computadoras para el desarrollo de aplicaciones para el usuario final. Este tipo de decisiones puede ser:

- Cambio de equipo e instrumental de mayor costo, pero mayor rendimiento.
- Cambio en los pasivos del hospital
- Análisis de factibilidad de nuevos servicios, aumentando la productividad de servicios y disminuyendo el costo.

Cada una de las decisiones mencionadas tiende a no repetirse, además, en cada uno de los casos el no tomar una decisión, constituye en sí mismo una decisión.

Ambos tipos de decisión, pueden clasificarse de acuerdo al número de participantes durante el proceso:

Decisiones independientes:

Tomadas en forma aislada por una persona, el tomador de la decisión posee toda la responsabilidad y autoridad para tomar la decisión.

Decisiones secuenciales.

Tomadas por un grupo de personas donde el tomador de decisiones solamente decide una parte y es transferida a otras áreas o ejecutivos de la organización, para completar el proceso. Este sería el caso del proyecto del presupuesto por programa para el siguiente año, el cual lo realiza el hospital, se presenta ante los

representantes de las Secretarías de: a) Salud, B) Hacienda y C) Contraloría y Desarrollo, se le hacen las adecuaciones y se presenta para su aprobación en la Reunión del Consejo de Gobierno.

Decisiones simultáneas.

Tomadas solamente en grupo, son el producto de la interacción y negociación entre varias personas en forma simultánea. Este es el caso de las técnicas de toma de decisiones grupales, que abordaremos en el siguiente subcapítulo.

Tipos de sistemas de apoyo a las decisiones

Se encuentran los siguientes sistemas:

- Sistemas de Información Gerencial SIG
- Sistemas de Información de Soporte a las decisiones SAD
- Sistemas Ejecutivos de Información SEI

Ya que los sistemas de información que se dirigen a la alta dirección, presentan diferentes nombres a continuación describiremos que los distinguen:

- Es una serie de técnicas que están en desarrollo
- Se diseñan para un grupo de ejecutivos en particular
- Integran información interna y externa
- Su diseño es gráfico y visual
- Constituye el termómetro para el ejecutivo de la operación del hospital
- Es parte del proceso de presión regresiva que el directivo genera para que la información transaccional esté correcta
- Permite al directivo realizar inferencias y extrapolaciones

Autores como Rockart, De Long y Craig Barrow, consideran que tienen como finalidad proporcionar información relevante a la alta dirección. Para efectos de ésta tesis llamaremos al conjunto estas herramientas para apoyar a la alta dirección: ***sistemas de información de apoyo a las decisiones.***

3.5.5 CARACTERÍSTICAS DE LOS SIAD.

Estos sistemas se distinguen por las siguientes características:

- Interactividad.- Se basa en un sistema computarizado, con la posibilidad de que el ejecutivo obtenga la información oportunamente.
- Tipo de decisiones.-Apoya el proceso de decisiones estructuradas y no.

- Frecuencia de uso.- Tiene utilización frecuente por la dirección y los niveles de gestión táctico y estratégico, para el desempeño de su función.
- Usuarios.- Participan en su elaboración y uso las subdirecciones médica y de administración, y las divisiones de contabilidad y personal.
- Flexibilidad.- Permite acoplarse a diferentes estilos de liderazgo, incorporando nuevos indicadores.
- Desarrollo.- Permite la simulación de decisiones, incorporando cifras en el numerador, para ver los resultados y las tendencias.
- Interacción ambiental.- Permite incorporar indicadores de benchmarking, con estándares de otras organizaciones.
- Comunicación Inter.-organizacional.- Facilita la comunicación de información relevante entre los diferentes niveles de gestión, valorando los resultados y sus gráficas.
- Acceso a bases de datos.- Tiene la capacidad de tomar de las bases de datos, la información relevante, sin modificar las bases.
- Sencillos.- Es simple de aprender y utilizar.
- Costo- Beneficio.- Toma de la gran cantidad de datos que ya se generan en el hospital sólo la información relevante, se trabaja en una microcomputadora y puede ser enviada por módem.

Con este marco conceptual, es necesario pasar a describir las técnicas de toma de decisiones grupales, para identificar la información relevante, que le interesa a la dirección del hospital.

3.6 TÉCNICAS PARA TOMA DE DECISIONES EN GRUPO

Nuestro estudio busca identificar la información relevante para apoyar las decisiones, en esta investigación invitamos a los directivos de hospitales para que decidieran cual es la información que requieren, independientemente de que en este momento cuenten o no con ella, para esto analizamos las formas más modernas de toma de decisiones en grupo.

3.6.1 GRUPO DE INTERACCIÓN

La más común tiene lugar en el grupo inter-actuante cara a cara: pero, es frecuente que los grupos se censuren a sí mismos y presionen a los miembros individuales hacia una conformidad de opinión.

Para contrarrestar esta situación se han propuesto: la tormenta de ideas, los grupos nominales, la técnica Delphi y la técnica KJ como medios para reducir los problemas inherentes al grupo tradicional. Examinaremos cada uno de ellos enseguida.

3.6.2 TORMENTA DE IDEAS

La tormenta de ideas tiene el propósito de vencer las *"presiones que buscan la conformidad del grupo inter-actuante y que retrasan el desarrollo de alternativas creativas"*. (Keleith) Lo hace utilizando un proceso de generación de ideas que estimula específicamente todas las alternativas, mientras frena cualquier crítica respecto de las mismas.

En una sesión típica de tormenta de ideas, se sienta de media a una docena de personas alrededor de una mesa. El líder del grupo señala el problema de manera clara, a fin de que todos los participantes lo entiendan. Entonces los miembros lanzan todas las ideas que tengan como alternativas, en un periodo determinado de tiempo. No se permite ninguna crítica, y se anotan todas las alternativas para su discusión y análisis posterior.

El hecho de que una idea estimule otras, y de que se reserven los juicios incluso de las sugerencias más *"estrambóticas para un periodo posterior, alienta a los miembros del grupo a pensar lo inusual"*. Sin embargo, la tormenta de ideas es simplemente un proceso para generarlas.

1 Keleith Kely, Técnicas para la toma de decisiones Grupales, Ed. Granica, 1998.

Las siguientes tres técnicas van más allá, al ofrecer métodos para llegar realmente a una solución preferente. (Robbins, 1996, Stoner, 19994)

3.6.3 TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL

La técnica de grupo nominal restringe la discusión o comunicación interpersonal durante el proceso de toma de decisiones, y por ello se le llama *nominal*. Todos los miembros del grupo están presentes físicamente, tal como en una reunión tradicional de comité, pero los miembros operan independientemente. En forma específica se presenta un problema, y luego se dan los siguientes pasos:

- Los miembros se reúnen como grupo, pero antes de que haya cualquier discusión cada miembro escribe sus ideas sobre el proceso en forma independiente.
- A este periodo de silencio le sigue otro en que cada miembro presenta una idea al grupo. Cada miembro toma su turno y presenta una sola idea hasta que se han presentado y anotado todas las ideas (generalmente en rotafolio o pizarrón). No hay discusión, sino hasta después de asentar todas las ideas.
- El grupo ahora discute las ideas en busca de claridad y las evalúa.
- Cada miembro del grupo califica las ideas en silencio y en forma independiente. Se determina la decisión final con la idea que tenga la mayor calificación global.

La ventaja principal de la técnica de grupo nominal es que permite que el grupo se reúna formalmente, pero no restringe el pensamiento independiente, como lo hace el grupo Inter-actuante.

3.6.4 TÉCNICA DELPHI

Se parece a la técnica de grupo nominal, excepto que no requiere la presencia física de los miembros del grupo. De hecho, la técnica Delphi nunca permite que los miembros del grupo se reúnan cara a cara. Los siguientes pasos caracterizan la técnica Delphi:

- Se identifica el problema, y se pide a los miembros que proporcionen soluciones potenciales por medio de una serie de cuestionarios.
- 2 Robbins Stephen, Comportamiento Organizacional, Ed. Prentice may, 1996
 - 3 Stoner, J, Freeman E. Administración, Prentice Hall, 1994

- Cada miembro, de manera anónima e independiente, termina el primer cuestionario.
- Se compilan, se transcriben y reproducen los resultados del primer cuestionario en un lugar central.
- Cada miembro recibe una copia de los resultados.
- Después de revisar los resultados, se pide a cada miembro su opinión. Los resultados suelen presentar nuevas soluciones, u ocasionan cambios en la versión original.

Puesto que no requiere la presencia física de los participantes, la técnica Delphi se puede utilizar para la toma de decisiones entre grupos que están dispersos geográficamente.

Desde luego, la técnica Delphi tiene sus inconvenientes. Puesto que el método es altamente consumidor de tiempo, con frecuencia no es aplicable donde se necesita una decisión rápida. Además, el método no desarrolla el rico conjunto de alternativas que se consigue con las otras técnicas de grupo. Con la posibilidad de no surgir ideas que podrían emerger al calor de la interacción.

3.6.5 TÉCNICA TKJ

Entre las técnicas de toma de decisiones participativas cara a cara, desarrolladas en los últimos años, cabe destacar como una de las más eficientes, la técnica TKJ, desarrollada en la Sony Corporation por Shunpei Kaobayashi, a partir de una técnica de identificación de problemas denominada KJ, iniciales del centro de investigación donde empezó a ser utilizado en el Japón, Kawayoshida Research Center. (Cantú)

Esta metodología considera tres etapas para resolver problemas:

- a) La identificación del problema.
- b) La identificación del coproductor del problema
- c) La búsqueda de la solución del problema

Parte del supuesto de que estas etapas, pueden llevarse a cabo eficazmente con un enfoque sistémico en el que participen todos los involucrados en la decisión, incluyendo los que deben implantarla.

De esta forma, la TKJ no sólo permite identificar mejor el problema a través de un proceso lógico, sino detectar soluciones participativas y poner en marcha la implantación de éstas, al originar motivación y compromiso de los involucrados de llevar a cabo acciones concretas. La técnica puede ser usada, introduciendo las adaptaciones que el caso requiera.

a) En la fase de identificación del problema, la técnica permite estructurar, a partir de una situación problemática compleja y confusa, un sistema de problemas interrelacionados, planteados en forma clara y definida. Para ello, se analizan las variables que intervienen en la problemática y se evalúa su relevancia mediante un proceso participativo y dialéctico. Con el fin de mantener lo más bajo posible las desviaciones en el proceso, se debe partir de hechos y no de supuestos, cuidando de no adaptar los hechos considerados, a prejuicios o teorías preconcebidas. El proceso permitirá paulatinamente aproximarse a la esencia del problema hasta alcanzar un consenso por auto-convencimiento de cada participante.

b) En la etapa de identificación de los coproductores de la problemática, se adaptan los factores tanto internos como ambientales que han provocado la problemática dada, tratando de alcanzar una visión sistemática de las causas, mediante la comprensión de las interrelaciones entre los diferentes factores.

c) En la fase de búsqueda de la solución del problema, se hace el diseño estratégico y táctico del proceso de solución y se establecen los compromisos individuales de los participantes para su implantación. Asimismo, se diseña la organización flexible, adecuada para evitar problemáticas semejantes en el futuro.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.

1. **Descripción del grupo de trabajo.** Deben participar cuando menos en el ámbito de representantes los más afectados por el problema, procurando que el grupo no sea mayor de diez personas, para no emplear demasiado tiempo y garantizar la participación de todos. El grupo se reúne en un local tranquilo y debe evitarse toda interrupción durante el proceso, por lo que es mejor reunir al grupo en algún lugar de descanso.
2. **Consulta individual.** Se sienta al grupo alrededor de una mesa y se reparten tarjetas en blanco. El coordinador del TKJ, hace entonces la pregunta adecuada a los propósitos de la consulta y cada uno de los participantes, da las respuestas que considera relevantes, anotando una respuesta en cada tarjeta. Conviene que el número de respuestas no exceda de cinco para incluir las más importantes.

3. **Intercambio.** Cada participante, reparte sus tarjetas entre los demás. Al inscribir tarjetas de los demás, cada cual las lee, familiarizándose con su contenido. En caso de alguna duda, el autor de la tarjeta en cuestión procede a aclararla .
4. **Agrupamiento.** Por turno, cada participante lee al azar una de las tarjetas que tiene, colocándola después en el centro de la mesa, o en el pizarrón. Si alguno de los demás miembros del grupo cree que existe alguna relación entre la tarjeta leída y alguna de las que él tiene, pide la palabra y, después de leer su tarjeta, pedirá aprobación del grupo para agruparla con la que está en el centro de la mesa. En esta forma pueden agruparse hasta tres tarjetas (en casos excepcionales hasta cinco). El proceso se repite hasta que no quede ninguna tarjeta en poder de los participantes. Al concluir se tienen definidos varios grupos de tarjetas, pudiendo existir también tarjetas aisladas.
5. **Síntesis.** Cada grupo de tarjetas se coloca en un sobre y se reparten entre los participantes. Cada uno de ellos analiza el contenido del sobre que le haya correspondido y propone una síntesis expresada en unas cuantas palabras. La síntesis no debe ser una simple agregación de los contenidos de las tarjetas, sino indicar la esencia común de ellas.
 - **Dialéctica.** El autor de cada síntesis la leerá a los demás, leyendo después las tarjetas correspondientes y volviendo al final a leer su síntesis, será el punto de partida de un debate hasta que el grupo en conjunto haya adoptado una síntesis definitiva, que será escrita al dorso del sobre correspondiente.
 - **Interacciones.** Una vez titulados los sobres, se reparten entre los participantes, repitiéndose las fases de intercambio, agrupamiento, síntesis y dialéctica en una o varias interacciones hasta que queden solamente los agrupamientos titulados que constituirán al resultado final y cuya síntesis será la esencia del problema considerado. Aquí es donde identificamos las áreas críticas.
6. **Presentación gráfica de los resultados.** Conviene representar gráficamente el resultado del ejercicio, ya sea en forma de cuadro sinóptico, organigrama o diagrama de pescado.

Esta técnica se adapta a cada caso concreto. El papel de coordinador será introducir en cada caso las modificaciones convenientes para alcanzar los objetivos deseados, combinándola incluso con otras técnicas de investigación de operaciones, dinámica de grupos y prospectiva.

Además de los objetivos que se mencionan en el párrafo correspondiente, esta técnica permite:

Proyectar a los participantes tal como son, identificando así sus actitudes.

- Incluirlos en un proceso de concientización y sensibilización con el fin de corregir por auto-descubrimiento en su caso las actitudes erróneas.
- Integrar un equipo que antes funcionaba como grupo incoherente.
- Incrementar y armonizar las relaciones interpersonales de cada miembro del equipo.

La TKJ es una metodología sistémica, creativa y participativa, donde se busca la solución del problema enfocado, estableciendo un objetivo común, al que se llama "estandarte", que facilita al grupo transformarse en equipo y encaminar los esfuerzos personales hacia una meta compartida. Por otra parte, establece una estrategia para implantar la solución al problema identificado y plantea un curso de acción inmediato y un compromiso para ejecutarlo.

Adecuamos la TKJ, como mencionamos en el diseño de la investigación, para investigar la información relevante y los indicadores clave de los Institutos Nacionales y el Hospital descentralizado, que presentamos a continuación en los resultados.

INSTITUTO VENEZOLANO
DE INVESTIGACIONES

*TLAMATINI
(aquel que sabe)
El sabio verdadero es cuidadoso
Y guarda la tradición.
Suya es la sabiduría transmitida,
Él es quien enseña,
Sigue la verdad,*

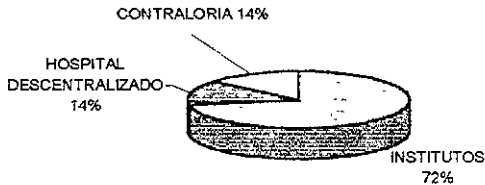
Poema Náhuatl

IV RESULTADOS

4.1 PARTICIPANTES

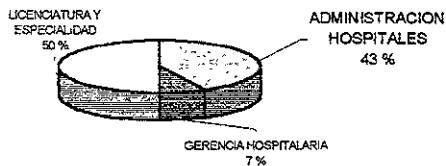
De los directivos que participaron el 72 % son funcionarios de los Institutos Nacionales de Salud, el 14% de un hospital descentralizado, además se contó con el apoyo de la Contraloría de la Federación con 14%, que participo en la segunda etapa.

TIPO DE PARTICIPANTES



El 50 % tienen licenciatura y / o especialidad con cursos de actualización, el otro 50 % de los participantes tienen posgrado en Administración de Hospitales, y el 7 % además Gerencia Hospitalaria; el promedio de experiencia en cargos directivos en servicios de salud fue de 9 años.

PREPARACION DE PARTICIPANTES

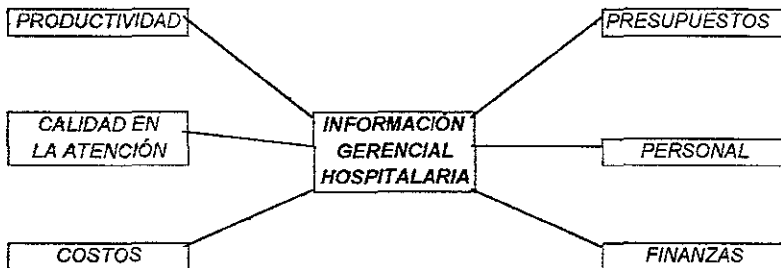


4.2 Determinación de Información Gerencial

- ❖ Los indicadores o parámetros que propusieron los expertos, se concentraron en 17 temas considerados como aspectos clave, éstos fueron identificados por las letras A hasta la R, en el análisis los indicadores de la letra M se eliminaron, ya que si bien se utilizan en la operación del hospital, el grupo dejó los relevantes para la dirección.
- ❖ La discusión programada llevó en la fase de síntesis a identificar las siguientes áreas críticas, como se observa en el siguiente cuadro :

I.- { H, F, K, I, L, Q, R, O }	PRODUCTIVIDAD
II.- { P }	CALIDAD DE LA ATENCION
III.- { N }	COSTOS
IV.- { C, D }	PRESUPUESTOS
V.- { A, G }	PERSONAL
V.- { E, J, B }	FINANZAS

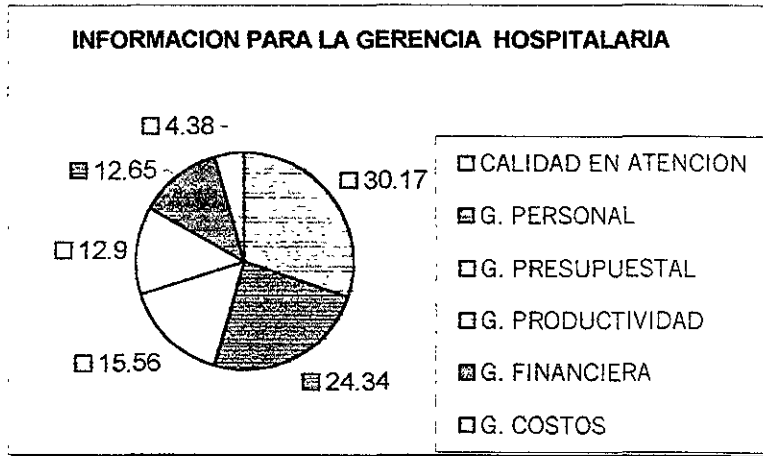
La información gerencial se resume en seis cuadros de mando, identificados como áreas críticas, los que conforman una imagen del funcionamiento del hospital, y se presentan enseguida:



La segunda etapa, fue jerarquizar la importancia real de cada una de estas áreas, calificando con la escala enunciada y elaborar las matrices por medio de computadora, obteniendo la prioridad de las áreas Críticas, con el siguiente resultado:

I = 12.9	PRODUCTIVIDAD
II = 30.17	CALIDAD DE LA ATENCION
III = 4.38	COSTOS
IV = 15.56	PRESUPUESTOS
V = 24.34	PERSONAL
VI = 12.65	FINANZAS

Así se logró conformar la Información gerencial hospitalaria, es decir la información de mayor interés para que la dirección apoye sus decisiones, que se observa en la siguiente gráfica: *



En la tercera etapa se obtuvieron en cada cuadro de mando los indicadores, los estándares y los rangos siguientes, que permiten monitorear el desempeño del hospital y que el grupo calificó de interés.

4.3 CUADROS DE MANDO

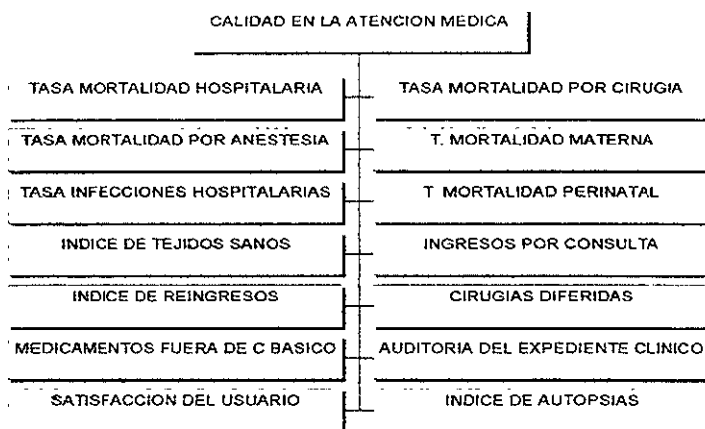
- A continuación presentamos cada cuadro con los indicadores, estándar y rango, iniciando con la calidad.

4.3.1 GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Se obtuvieron 14 indicadores, que se presentan en el siguiente esquema:

- La tasa de mortalidad ajustada, no debe rebasar el 3 % y los resultados se deben analizar y difundir por medio del Comité de Mortalidad, el rango es de 2 a 4 %.

- La tasa de mortalidad por cirugía, se aprobó menor a 1 por cada 100 cirugías realizadas, con un rango de 0.5 a 1.5 por cada 100.

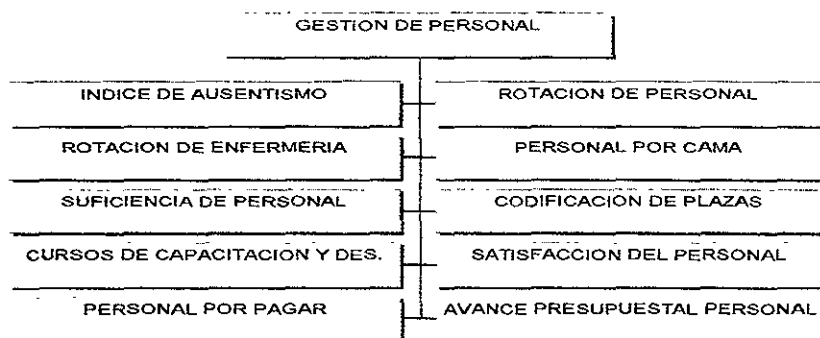


- La tasa de mortalidad por anestesia, se consideró menor a 1 por cada 5000 anestésicas suministradas, con un rango de 0.5 a 2.
- La tasa de mortalidad materna, se consideró menor a 3 con un rango de 2 a 5 por 1,000 nacidos vivos.
- La tasa de mortalidad perinatal II, debe ser menor a 14, con rango de 10 a 17.
- La tasa de infecciones hospitalarias, el estándar es menor a 5 % siempre que se mantenga un registro adecuado, el rango es de 4 a 9 por 100 egresos.
- El índice de tejidos sanos, se considera un estándar menor a 5 por cada 100 piezas extirpadas, con un rango de 3 a 6.
- El índice de ingresos por consulta, se considera un estándar mayor a 45 %, con un rango de 35 a 70%.
- El índice de reingresos, el indicador es menor a 5 %, con un rango de 4 a 8 %.
- El índice de cirugías diferidas, el estándar es menor a 5 días con un rango de 2 a 10 por cada 100.
- El índice de medicamentos fuera de cuadro básico, el indicador es menor a 5 %, con un rango de 2 a 7%.

- La evaluación del expediente clínico que realiza un comité, se le conoce como auditoría médica, el indicador es mayor al 85 %, con un rango de 80 a 100 %.
- La satisfacción del paciente o usuario, el indicador es mayor a 85 %, con un rango de 85 a 100%.
- En la satisfacción del usuario, el tiempo de espera para la consulta externa, el cual se considero menor a 30 minutos, con un rango de 20 a 40 minutos.
- Así como el diferimiento de la consulta externa, el tiempo aprobado fue menor a 5 días, el rango es de 4 a 10.
- El índice de autopsias, el estándar es 25 por cada 100 fallecimientos, el rango es de 10 a 30 %.

4.3.2 GESTIÓN DE PERSONAL

Destacan 10 indicadores que inician con el estudio del índice de ausentismo general y se desagrega por servicios:



- El índice de ausentismo.- El ausentismo programado incluye vacaciones, becas y días económicos, el no programado las incapacidades, faltas injustificadas y licencias. El estándar es menor a 5 %, el rango entre 4 y 6.
- La rotación externa, el estándar es menor a 5 %, con un rango de 4 a 8 %.
- La rotación del personal de enfermería, el estándar es menor a 10 por cien enfermeras contratadas, y el rango es de 5 a 15.

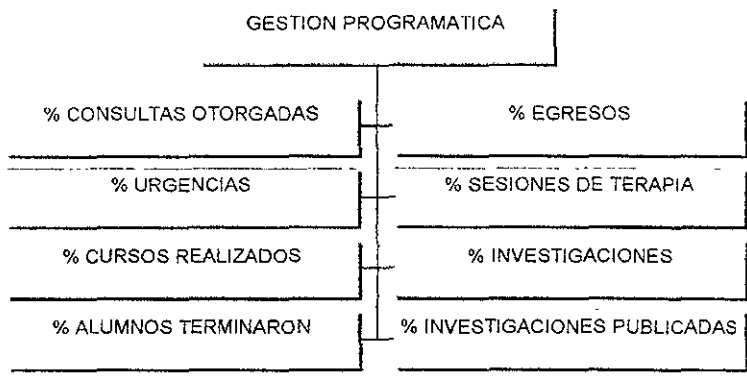
- El índice de personal por cama, el estándar es de 3.5, el rango entre 3 y 5. En este indicador para los institutos no se sumo el personal de investigación.
- La suficiencia de personal, el estándar es de 95 %, esta en función a la ocupación y productividad de los servicios, el rango es de 85 a 100 %.
- Codificación de plazas, el estándar es mayor a 95 %, con un rango entre 90 al 100%. De la plantilla del hospital es necesario que el personal tenga una codificación de la plaza que ocupa de acuerdo a la función que desempeña, para que correspondan puesto y función.
- Cumplimiento del programa de capacitación, el estándar es 95 %, con un rango de 90 a 100.
- El índice de satisfacción del personal, se considera necesario un estándar mayor a 90 % con un rango de 85 a 98 %.
- Personal por pagar, para que exista motivación y cumplimiento de la ley, se estableció un estándar menor a 2 % del personal por pagar en el periodo, con un rango de 1 a 3 %.
- Avance del presupuesto del capítulo 1000, se considera un estándar de 95 % con base a lo autorizado para el periodo, y un rango de 85 a 100. Si bien este indicador forma parte de la siguiente área crítica, se incluyó en la presente, para un mayor control.

4.3.3 GESTIÓN PRESUPUESTAL

Como tercer área crítica resultó la Presupuestal, que se dividió en **Gestión Programática** para evaluar el cumplimiento de las metas alcanzadas en el tiempo planeado y la **Gestión Presupuestal** para lograr las metas al costo previsto.

En la **gestión programática** se valora la eficacia del hospital, es decir:

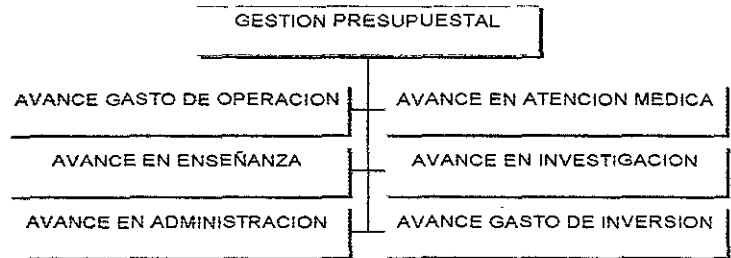
- El cumplimiento de las metas mensuales de consulta externa, el porcentaje de egresos hospitalarios realizados contra los programados, las urgencias atendidas contra las programadas, las terapias realizadas, que se desglosan de acuerdo a cada hospital dentro de las que están las de rehabilitación y de radioterapia.
- El estándar de eficacia para las metas programadas, es mayor al 85 %, con un rango del 85 al 100%



- En enseñanza, el avance de los cursos realizados contra los programados, y los alumnos que terminaron los cursos contra los programados, con un estándar del 95 % y rango del 85 al 100%.
- El avance de las investigaciones realizadas contra las programadas, así como el porcentaje de investigaciones publicadas, con un estándar mayor al 95 % y rango del 85 al 100 %.

• **Gestión Presupuestal.-**

En la gestión presupuestal resalta cada vez más el uso eficiente de los recursos que pone a disposición la sociedad en las instituciones públicas, por lo que el monitoreo de avance en el gasto de operación, en especial de la atención médica, de enseñanza, investigación y administración con respecto a lo programado es importante, así como el gasto en inversión en los hospitales destinado a la construcción, remodelación o incorporación de tecnología.



- En Gasto de operación, Atención Médica, Enseñanza e Investigación, el estándar aprobado fue mayor al 90 %, con rango de 85 al 100 %.
- Para el avance en el gasto de administración e inversión, un estándar mayor al 85 %, con rango de 80 al 100 %.

4.3.4 GESTIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD

La productividad es uno de los temas donde los directivos tienen gran interés, ya que los hospitales se enfrentan a nuevas condiciones de mercado, donde la sociedad es más exigente.

La consulta externa, inicia con los indicadores de:

- Consultas de 1ª vez, con un estándar de 0.3 y rango de 0.3 a 0.5.
- Las consultas por hora médico, con estándar de 2.5, con un rango de 2 a 3.
- El índice de concentración, con estándar de 3 y rango de 2 a 6. En los hospitales de especialidad este indicador es para estabilizar al paciente, ya que los padecimientos en su mayoría son crónico-degenerativos.
- El porcentaje de pacientes que el hospital contrarrefiere al médico que le envió inicialmente los pacientes, en esta fase inicial se consideró un estándar mayor al 15 %, con un rango de 15 a 40 %.

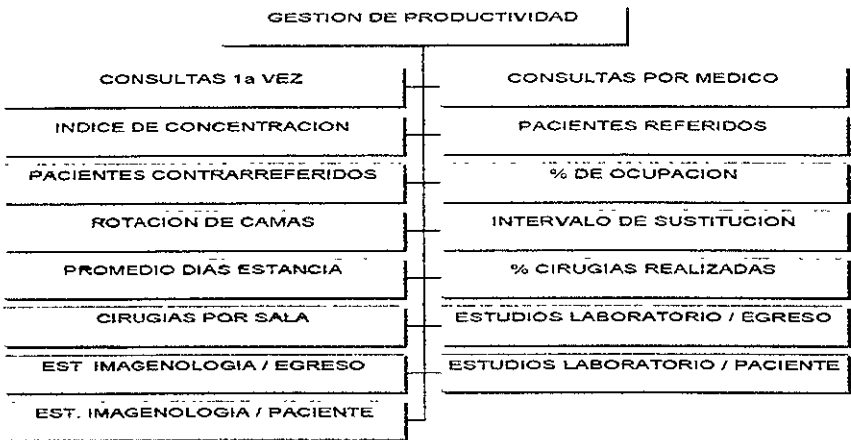
El cuadro de control de gerencial, del área de hospitalización se diseñó con los indicadores de:

- Porcentaje de ocupación, con un estándar mayor al 75 %, y un rango de 70 al 90 %.
- La rotación de camas, estándar mayor al 2, con rango de 2 a 5, por mes.
- El intervalo de sustitución, con estándar menor a 5 y rango de 4 a 7 días.
- El promedio días estancia, fue muy variable por el tipo de especialidad de cada hospital, se llegó a estándar de 8, con un rango 6 a 15.

En los indicadores de servicios clínicos destacaron los del quirófano y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, como son :

- El porcentaje de cirugías realizadas con respecto a las programadas, con estándar de 85%, y rango del 75 al 95%.

- El número de cirugías por sala, con estándar de 3 por día, y rango de 2 a 5.
- En laboratorio el número de estudios por paciente de consulta externa, con estándar de 3 y rango de 2 a 5.
- El número de estudios por egreso, con estándar de 5 y rango de 4 a 9.

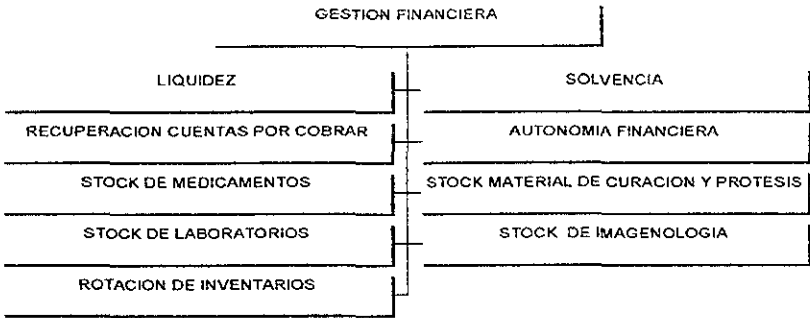


- Los estudios de imagenología por paciente, con estándar de 0.3 y rango de 0.3 a 1.
- Estudios de imagenología por egreso, con estándar de 1, y rango de 1 a 3.
- Estos indicadores muestran la eficiencia con que se manejan los servicios facilitando las decisiones en el caso de que se abuse de los servicios por paciente o que la productividad baje. Estos indicadores se complementan con los de calidad.

4.3.5 GESTIÓN FINANCIERA

- En éste cuadro destacan los indicadores de liquidez, con estándar mayor a 0.80, y rango de 0.80 a 0.85.
- Solvencia, con un estándar de 0.85 y rango de 0.83 a 0.86.

- Recuperación de cuentas por cobrar, se espera recuperar en menos de 15 días, el valor esperado es de 7 a 45.
- El índice de autonomía financiera. Se espera que rebase el 15 %, el valor esperado es de 15 a 40.



- En la rotación de inventarios, el análisis de los hospitales participantes, aprobaron un estándar de 4, con un rango de 4 a 8, y se desagregó por tipos de inventarios:
 - Para medicamentos mayor a 4, con rango de 3 a 6 anual.
 - En material de curación mayor a 5, con rango de 4 a 6 anual.
 - En laboratorio mayor a 4, con rango de 4 a 8.
 - En imagen mayor a 4 anual, con rango de 4 a 6.

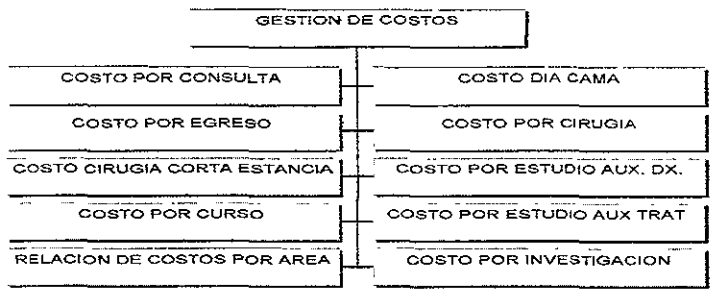
4.5.6 GESTIÓN DE COSTOS

Vital para la supervivencia del hospital, la determinación del costo de los servicios que se producen, es un elemento fundamental para la toma de decisiones.

Aún cuando es difícil establecer un valor esperado para estos servicios, se aprobó que es necesario establecer un sistema de costos, que sea utilizado por todos los hospitales, para que pueda ser comparativo y apoye la toma de decisiones.

- Sólo con fines de referencia en esta investigación el costo por consulta externa como de urgencia se obtiene dividiendo el gasto de estos programas entre el número de consultas producidas, el valor esperado en dólares fué de 10 a 40. Se escogió el dólar como moneda de referencia, para que los valores sean más constantes.

- El costo día cama se obtiene dividiendo el gasto de hospitalización entre los días cama, se espera entre 100 y 250 dólares.
- El costo por egreso hospitalario se espera de 350 a 2500, sin complicaciones, el cual cambia por tipo de padecimiento.
- El costo por cirugía ambulatoria de 300 a 1000.
- En cirugía general el costo esta en relación a la especialidad del Hospital, el costo aumenta por el incremento en el promedio días estancia, relacionado a los programas de enseñanza e investigación en los que se incluyen a los pacientes.
- En los hospitales que tienen programas de enseñanza, es necesario cuantificar el costo de cada curso, así como el costo de cada investigación.
- El costo de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento esta incluido en el costo por egreso, por lo que se determina con anticipación.
- La relación de costos por área, se refiere a la cuantificación de los costos por centro de responsabilidad, para la vigilancia de los costos por servicios médico y departamento administrativo, para investigar las desviaciones, solicitando al subdirector o jefe de área la explicación y toma de decisiones de control.



Para valorar la fase de aplicación, se encontró en los hospitales, que de cada 10 informes que se elaboran 5 se van al archivo, 3 no cumplen con los requisitos de calidad de los datos y sólo 2 informes apoyan las decisiones, y no tienen este enfoque.

A continuación presentamos el análisis y las conclusiones, donde se comprueba la hipótesis y se plantean nuevas líneas de investigación.

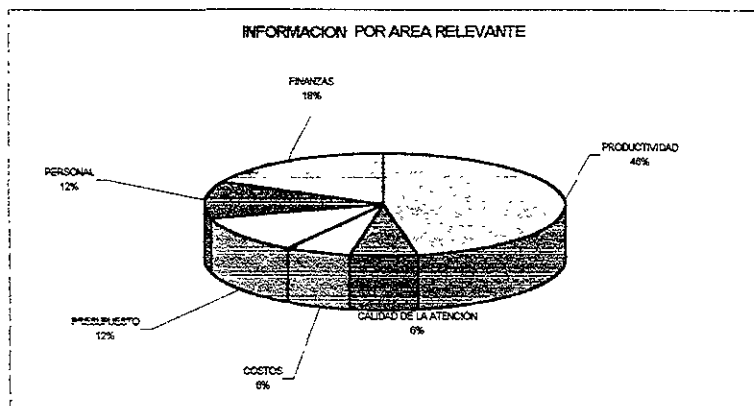
"Y TODO LO QUE PIDO ES UN BUEN BARCO
Y UNA ESTRELLA POR LA QUE GUIARME"
Jhon Masfield

V ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

5.1 ANÁLISIS

Gracias a que los expertos que participaron, intervienen en el Consejo de Gobierno de los Hospitales, se logró determinar la información que requieren independientemente de que en este momento cuenten con ella. Todos tienen licenciatura y cursos de actualización, el 50% con estudios de posgrado en administración de hospitales, el promedio en cargos directivos fue de 9 años, lo que da un valor agregado al estudio.

En cuanto a la información, al principio resultó con una mayor cantidad de parámetros la productividad, con 46 %, seguida por las finanzas con 18 %, con 12 % presupuestos y personal, y sólo el 6 % tanto la calidad como los costos.



Al modificar la técnica y aplicar el análisis matricial, con la escala del 1 al 9, permitió al grupo asignar un peso relativo, a la importancia de cada área crítica, para evaluar su importancia, quedando en orden de importancia: la gestión de la calidad, la gestión del personal, la gestión presupuestal y programática, la gestión financiera y finalmente la gestión de costos, siendo esta última la única que conservó el sexto lugar.

- En cuanto al cuadro de mando de Gestión de la Calidad, consideramos necesario incorporar la tasa de mortalidad infantil, con estándar menor a 17, con un rango de 14 a 19, en la población de responsabilidad por 1000.

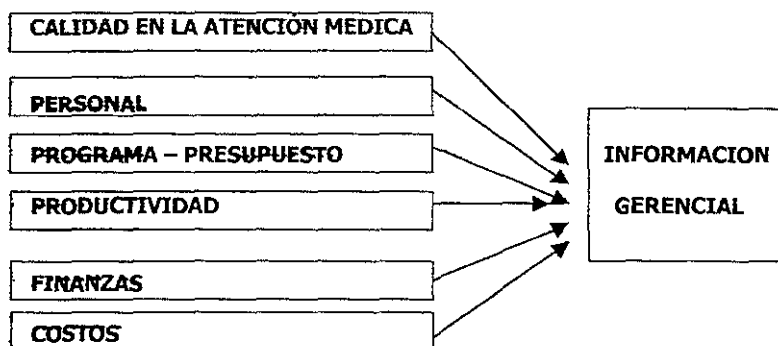
- La satisfacción del cliente o usuario se refiere al promedio de todas las áreas del hospital, y en particular se desglosó en el tiempo de espera en consulta, así como el diferimiento de la consulta externa. Por lo que finalmente quedaron 17 indicadores.
- La Gestión de Personal, es un área prioritaria que cobra gran relevancia en ésta época de competitividad y productividad, en la que se exploran nuevas técnicas en la dirección del factor humano.
- La rotación de personal, se divide en dos, la rotación externa se refiere al número de personas que renuncian al hospital, y la rotación interna cuando el personal solicita cambio de un servicio hacia otros (sin que esté en los planes de capacitación del hospital) éste indicador puede orientarnos hacia el clima laboral del hospital.
- La rotación del personal de enfermería es mayor sobre todo en algunas épocas cuando la seguridad social abre la contratación.
- El índice de satisfacción del personal, expresa la habilidad, la motivación y la satisfacción del personal para el desempeño y compromiso con el hospital.
- En la gestión programática se valora el grado de cumplimiento de las metas, es decir la eficacia, mientras en la gestión presupuestal se valora el grado de eficiencia, es decir el logro de las metas en el tiempo y costo planeado. Aquí existe un problema ya que el presupuesto que se asigna a los hospitales, se basa en las tendencias de los años con un porcentaje de incremento que fija la Secretaría de Hacienda, sin valorar la productividad y hacer estudios de benchmarking, lo que resultaría de gran utilidad.
- La gestión de la productividad así como el manejo eficiente de los recursos cobra relevancia a nivel internacional en esta época de globalización y de la puesta en marcha de los tratados de libre comercio, en éste contexto y ante las necesidades de nuestro país, es imprescindible establecer estrategias que faciliten eliminar los costos ocultos de la burocracia, que permita ampliar la cobertura, contener los costos de operación y por lo tanto mejorar el desempeño y la calidad.
- La productividad de urgencias ya esta considerada en el área programática – presupuestal.

- El análisis financiero esta enfocado a mejorar la liquidez y la solvencia de los hospitales, permitiéndoles una mayor autonomía de gestión, al utilizar las cuotas de recuperación para la operación del hospital, éstas cuotas deben ser revisadas y aprobadas anualmente, con base a las políticas gubernamentales vigentes de acuerdo al plan de desarrollo. Es necesario revisar la normatividad de adquisiciones, que hace ineficiente el sistema de abastecimiento, provocando costos ocultos por las caducidades, el almacenamiento innecesario y la falta de oportunidad en la entrega; mientras que en el ámbito público alcanzamos una entrega bimestral en medicamentos, en el ámbito privado logramos una entrega dos veces al día, conectados por módem con el proveedor. Con esto queremos resaltar que existe una gran oportunidad para mejorar el desempeño hospitalario, incorporando nuevas técnicas administrativas, como el justo a tiempo, para una mejor eficiencia y rotación de inventarios.
- En la gestión de costos, resulta indispensable establecer un sistema común y sencillo de costos, en las instituciones públicas, que permita estandarizar el método, si bien existen diferentes métodos, como los GDR, (grupos relacionados por diagnóstico) que se utilizan en Estados Unidos, hay grandes avances en el Hospital Santiago Ramón y Cajal, de España, en el sistema de costos por proceso computarizado, en México, tanto el Seguro Social como algunos hospitales privados y las aseguradoras, avanzan en éste campo, por la necesidad de entrar en convenios y buscar nuevos esquemas de financiamiento de la atención a la salud.
- En el Instituto Nacional de Cardiología, el Dr. Carlos Martínez, avanzó en el sistema de costos por instrumentación, cuantificando los costos de los servicios administrativos, los costos de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para distribuirlos en los costos de los servicios finales: consulta, urgencia, egreso hospitalario, cirugía, sin embargo no se estandarizó en los institutos. Lo importante es que se establezca un sistema y se utilice en todos los hospitales, esto permitirá con el tiempo perfeccionarlos y establecer esquemas de control gerencial.
- Es posible que el orden de importancia de cada área cambie, en los hospitales privados, en la práctica en cuatro hospitales privados, éstas son las áreas que se requerimos para monitorear el desempeño del hospital, aún cuando no se utilizan todos los indicadores, por lo que sería de gran utilidad para la dirección el seguir avanzando en su implementación.
- En cuanto a los indicadores es necesario actualizar sus estándares y rangos en la medida que se establezcan sistemas de mejora continua, así como adecuarlos a cada tipo de hospital, incorporando los indicadores

propios de la especialidad, sin embargo recomendamos que se apliquen los que resultaron en esta investigación para estandarizar el proceso.

5.2 PRUEBA DE LA HIPÓTESIS

En esta investigación de tipo exploratoria, se comprobó la hipótesis al identificar la información que realmente los directivos propusieron, discriminaron y calificaron como la de mayor relevancia para lograr un control gerencial, y apoyar la toma de decisiones. Esta información está compuesta por seis variables independientes que descubrimos y que presentamos a continuación:



El análisis estadístico mostró que existe una correlación positiva cercana a +1, $\{ r = 0.7509 \}$, entre las variables independientes con respecto a la variable dependiente: información gerencial para el control y el apoyo a las decisiones de la dirección.

Se cumplió con los objetivos plasmados en el diseño de la investigación, al realizar una investigación exploratoria, aplicando una técnica novedosa, para determinar la información que la dirección calificó como relevante, para su control y apoyo de decisiones.

Como ha observado Stahl, "el alcance de un ejecutivo"...está en relación con el "sistema de información bajo su mando", así el directivo *ha "reconocido que la información contable, orientada hacia el cálculo de las actividades ha sido limitada para los fines de control"*, para el caso de los hospitales la información gerencial esta compuesta por éstas seis áreas, con esta información precisa y oportuna los directivos pueden hacer el seguimiento del progreso hacia sus metas y actualizar los planes dentro de la realidad en la que opera el hospital.

Se comprobó la hipótesis alterna, ya que el 91 % de los indicadores que se señalan en la certificación para los hospitales de especialidad, están incluidos en los cuadros de mando, el porcentaje de cesáreas es sólo para un Instituto.

5.3 CONCLUSIONES Y LINEAS DE INVESTIGACION

- Se comprobó la hipótesis al determinar la información que requiere la dirección para el control y el apoyo en la toma de decisiones.
- Se realizó una aportación metodológica innovadora al experimentar y modificar la técnica de consenso TKJ, y fue posible determinar la información relevante para la dirección.
- Se modificó la técnica, incorporando el análisis matricial de los datos, lo que permitió medir el grado de relación que existe entre las áreas críticas, asignándoles un valor relativo con respecto a cada una de ellas, lo que permitió descubrir que existen 6 áreas donde la dirección requiere de información.
- Dentro de las seis áreas resultó con mayor relevancia, el interés por valorar la calidad en la atención, lo que resulta importante y congruente con la época actual de mejora continua, como dijo el Dr. Frenk, es necesario establecer una cruzada por la calidad en el país.
- Esto confirmó la hipótesis secundaria, al encontrar que existe un verdadero movimiento por una cultura de calidad y en específico con la fase de la certificación de hospitales.
- La segunda área de interés resultó la Gestión del personal, que es congruente con un liderazgo más democrático, donde el centro de la producción de servicios es el humano.
- La tercera área fue la necesidad de mantener un mejor control en el cumplimiento de las metas con el presupuesto destinado, en el tiempo planeado.
- La cuarta área resultó ser la mejora de la productividad, de cada una de las divisiones con que cuenta el hospital, incluyendo la enseñanza y la investigación.
- El análisis financiero, por indicadores, ocupó la quinta área de interés, resaltando la necesidad de lograr una mayor independencia financiera, donde se modifiquen los mecanismos, para que el hospital pueda hacer un uso eficiente y más ágil de los ingresos que logra.
- En la sexta área resultaron los costos, donde es necesario establecer un sistema sencillo y estandarizado para los hospitales, que les facilite la

toma de decisiones y los posiciona con posibilidades de establecer convenios con empresas.

- Otra aportación importante, fue el desarrollo de una nueva metodología práctica para dirigir los hospitales, a través del Sistema de Gerencia Hospitalaria, que se propone.
- Otra aportación importante es la definición y técnicas que se proponen para realizar el Control Gerencial Hospitalario, que puede ser aplicado a diferentes servicios de salud, término nuevo, integrado por el control de gestión, el análisis de gestión, el benchmarking y la evaluación.
- El grupo participante, estuvo satisfecho por los resultados logrados, al determinar en los cuadros de mando, los indicadores, los estándares y los rangos, cada hospital podrá monitorear su desempeño y establecer convenios de benchmarking.

4.4. PROPUESTAS Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN

- Esta investigación puede apoyar los esfuerzos para mejorar el desempeño de las instituciones dedicadas a la salud, prioridad señalada por la Organización Mundial de la Salud, al establecer un monitoreo de los resultados que se van alcanzando en el corto plazo, para retro-alimentar los planes y programas de los Sistemas Nacionales de Salud.
- Los organismos de control del Sector Salud, podrían utilizar estos cuadros para establecer un sistema de Control Gerencial a nivel nacional, por internet.
- Se propone incorporar esta metodología que modificamos en nuevos equipos de trabajo, que permitan actualizar los indicadores y sus rangos a través de una mejora continua.
- Resultaría valioso incorporar el método de Gerencia Hospitalaria, en la operación de los hospitales, para darles mayor delegación y toma de decisiones, manteniendo a cambio un Control Gerencial, que permita monitorear, corregir y felicitar por los resultados alcanzados.
- Resultaría conveniente establecer líneas de investigación prácticas, que agilicen los trámites burocráticos, en los que se ve inmersa la operación del hospital y que lleven a costos ocultos de ineficiencia.

- Los resultados de esta investigación podrían servir al Secretario de Salud y al Consejo de Gobierno de cada Hospital, para mantener el control y apoyar su toma de decisiones.
- Esta metodología podría ser utilizada en otro tipo de servicios de salud, para identificar su información relevante y facilitar a la Alta Dirección la toma de decisiones.
- Otra línea sería establecer un sistema de costos práctico, para valorar la eficiencia con la que se producen los servicios, si bien los métodos son buenos, lo importante es que se estandaricen y apliquen.
- Es necesario realizar más estudios empíricos de la aplicación del método TKJ, que permitan continuar reforzando las ventajas de esta técnica, sencilla y de bajo costo, para resolver problemas complejos, como el que abordamos, proporcionando satisfacción y resultados prácticos y palpables a los participantes.
- Es necesario establecer redes de investigadores y consultores, para compartir experiencias y sumar esfuerzos.
- Se realizaron aportaciones innovadoras con la propuesta del Modelo de Gerencia Hospitalaria, el Sistema de Control Gerencial y el Sistema de Información en la Gestión Hospitalaria, que monitorea los signos vitales de la operación del hospital, con seis cuadros de mando.