



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA
ADMINISTRACIÓN

00662

TESIS:

**Mejora de la profesionalización de directivos en
Sistemas de Salud, a través de incluir en los estudios
de posgrado, de esta disciplina, el análisis de la
función administrativa en unidades médicas**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración de la Atención Médica y
Hospitales**

Presenta : *ANDRÉS MORENO OCAÑA*

Tutor : DR. RAÚL MEJÍA ESTAÑOL

**Asesor de apoyo : MTRO. ROLANDO GARCÍA
MORALES**

MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

*En recuerdo de mi Madre (q.e.p.d.)
a quien debo lo que Soy*

*Para mis hijos: Andrés, Ana Elvira,
Claudia María, María de las Mercedes,
María de los Angeles, Jesús David y
Francisco José*

*A mis nietos: Zoe, Andrea,
Luis Andrés, Emiliano, Gabriel,
Valeria y Santiago*

*A mi actor consentido:
mi hermano Eduardo Rafael*

*A mi amigo Carlos Siqueiros Lobato (q.e.p.d.) donde quiera que se
encuentre. Sin cuya intervención no hubiera sido posible este
proyecto*

*Con profundo agradecimiento a mi asesor:
Dr. Raúl Mejía Estañol*

**MI RECONOCIDO AGRADECIMIENTO A LOS SIGUIENTES
FUNCIONARIOS, QUIENES CON SU VALIOSA AYUDA HICIERON
POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.**

Lic. Ma. Del Carmen Baldares Limón

Subdirectora Administrativa del
Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI del I.M.S.S.

C.P. Juan Manuel Galicia Ramírez

Encargado de la Dirección Administrativa del
Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

C.P. Alma Ham Villanueva

Subdirectora Administrativa del
Hospital de Oncología, C.M.N. Siglo XXI del I.M.S.S.

Dr. Marcos Hernández González

Director de Administración del
Hospital de Neurología y Neurocirugía.

Lic. Norma Leyva Franco

Subdirectora Administrativa del
Hospital de Infectología, C.M. La Raza del I.M.S.S.

C.P.C. y M.A. Jorge López Ríos

Subdirector Administrativo del
Hospital C.M. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

Lic. Flor Morales Vertiz

Subdirectora Administrativo del
Hospital de Especialidades del C.M.N. Siglo XXI del I.M.S.S.

Arq. Víctor Manuel Muñoz Morales

Director Administrativo del
Hospital de Cancerología.

Lic. Abraham Muñoz Velasco

Subdirector Administrativo del
Hospital General C.M. La Raza del I.M.S.S.

Lic. Antonio Nuñez

Director Administrativo del
Hospital de Ciencias Medicas y Nutrición "Salvador Subirán".

Dr. Eduardo Ponce Becerril

Subdirector Administrativo del
Hospital de Especialidades C.M. La Raza del I.M.S.S.

Lic. Ma. Concepción Ramírez Herrera
Subdirectora Administrativa de
Hospital de Gineco-Obstetricia del C.M. La Raza del I.M.S.S.

Lic. Lourdes Rico López
Directora Administrativa del
Hospital de Cardiología.

Lic. Francisco Spindola Salazar
Subdirector Administrativo del
Hospital Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E.

Lic. Guadalupe Torres Castillo
Subdirectora Administrativa del
Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4 del I.M.S.S.

Mto. Sergio A. Bautista Arredondo
Instituto Nacional de Salud

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: ANDRES MORENO
OCEDA
FECHA: 6-X-04
FIRMA: Alca

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

1.1	Antecedente Legal	2
1.2	El Sistema De Salud Como Organización.....	10
1.3	La Importancia Del Conocimiento Administrativo En El Sistema De Salud.....	15
1.4	El Papel De La Administración En Los Sistemas De Salud	23

II. INSTITUCIONES QUE OTORGAN SERVICIO MEDICO DE TERCER NIVEL

2.1	Institutos Nacionales De Salud.....	28
2.2	Instituto De Seguridad Social Para Los Trabajadores Del Estado	30
2.3	Instituto De Seguridad Social Para Las Fuerzas Armadas Mexicanas	31
2.4	Instituto Mexicano Del Seguro Social	32
2.5	Estructura Organizacional Administrativa De Unidades Médicas De Tercer Nivel De Atención	38

III. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

3.1	Diseño De La Investigación	58
3.2	Sujeto De La Investigación	59
3.3	Universo	59
3.4	Muestra	61
3.5	Diseño Del Instrumento Para La Recolección De Datos	62
3.6	Análisis De La Información	70

IV. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE IMPARTEN ESTUDIOS DE POSGRADO EN SERVICIOS DE SALUD

4.1	La Educación, Propósito E Importancia	84
4.2	La Importancia De La Educación En Sistemas De Salud	90
4.3	Instituciones Educativas Que Imparten Estudios En Maestría En Servicios De Salud	92

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En México, las instituciones de salud, han sido dirigidas desde sus inicios por médicos que se han destacado como maestros en alguna rama de la medicina y por antonomasia como rectores de la vida institucional de las organizaciones dedicadas a estos servicios.

La gestión administrativa, considerada, inicialmente como la encargada de proporcionar los insumos necesarios para la prestación de los servicios, se ha percibido desde los inicios de las instituciones de salud, pero esta actividad ha sido realizada por diferentes actores siempre bajo la tutela de los directivos médicos; quizá porque en esos orígenes no existía la profesionalización de la administración, como ha ocurrido en los últimos cincuenta años en nuestro país. Esto representa un campo ideal para los egresados de las disciplinas económico administrativas pero principalmente para el licenciado en administración quien por su preparación cuenta con las herramientas suficientes para superar su participación inicial y hacerlo de manera importante en los aspectos de planeación, Dirección, análisis e interpretación de resultados, definir elementos de productividad, racionalización de los insumos así como la eficaz conducción de grupos humanos.

El instituto mexicano del seguro social (IMSS), fundado en 1943 es institución destacada del sector salud, que cuenta con la mayor infraestructura hospitalaria y es la pionera en los esfuerzos desarrollados en la administración de los servicios de salud.

El crecimiento del Sector Salud fue haciendo más completa la administración de sus instalaciones y a principios de los 60's ante la proximidad de la inauguración del Centro Medico Nacional del IMSS, un grupo de personas del seguro social encabezadas por el Dr. Armando Cordera, el C.P. Julio Olavarria y otros visitaron algunas ciudades de Estados Unidos para conocer como se llevaba la administración de los grandes hospitales en el

vecino país; sin dejar de hacer mención del Dr. Antonio Río Vargas (q.e.p.d.) con un ejemplar impulsor de lo que ahora en nuestra facultad es la maestría en Sistemas de Salud.

En sus inicios hubo diferentes personajes encargados de la administración de esos grandes hospitales, que ocupaban la función, sin contar con la preparación o formación pertinentes, pero que gozaban de la confianza de los directivos médicos, lo que ocasionaba una falta del oficio administrativo dentro de esas instituciones.

Es en la década de los 70's cuando la Subdirección Medica del Seguro Social, promovidos por el Dr. Luis Castelazo Ayala su titular, se organizan los primeros cursos formales para directivos de las unidades de atención Médica, con una duración de 6 meses, con tiempo completo, diseñados para el personal de la Institución, los cuales se iniciaron en 1973, dicho esfuerzo se desarrolló durante los cinco años y cubrió de momento, la necesidad de Directores y Administradores para clínicas y hospitales dl IMSS en todo el país.

En la década de los 80's las instituciones de educación superior comienzan a ofrecer estudios de posgrado de especializaciones y maestrías que se han visto incrementados con diplomados, seminarios y otros estudios.

Los grandes avances de las instituciones dedicadas a prestar los servicios de salud, han desarrollados la necesidad de una administración acorde a los tiempos y como consecuencia de ello, las estructuras de algunas unidades hospitalarias se han modificado hasta considerar la función del administrador como subdirección junto con la Subdirección Medica, como el segundo nivel en la estructura de los hospitales y cuentan actualmente con personal con preparación académica en la administración de los servicios de salud.

Los profesionistas que aspiran a puestos directivos del sector salud, en mayoría no cuenta con estudios formales de administración a nivel licenciatura por lo que recurren a un posgrado con el propósito de adquirir herramientas técnicas administrativas para el mejor desempeño de sus actividades, mismas que pueden ser por ejemplo, desde las actividades más simples, por ejemplo, las de registro de personal, hasta situaciones complejas como la planeación estratégica de la rotación de recursos humanos o la resolución de conflictos laborales.

La complejidad de las funciones administrativas en las funciones médicas se va incrementando de acuerdo a su nivel de atención, de tal forma que las del tercer nivel son las que demandan directivos con mayor cantidad de herramientas administrativas. Este tipo de unidades por su propia naturaleza se concentra en mayor número, aproximadamente 80%, en la ciudad de México.

En una revisión de los mapas curriculares de la oferta educativa (maestrías en sistemas de salud), que se analizan en capítulo de este trabajo se observa que no incluyen el estudio de las áreas básicas para el desarrollo de las funciones administrativas en las unidades médicas.

Por lo expuesto se plantean las siguientes preguntas: ¿Es necesario que el directivo o el aspirante a serlo, adquiera conocimientos acerca de las funciones básicas de la administración de una unidad médica? ; de ser afirmativa la respuesta, ¿Cuáles son las funciones básicas que demandan mayor conocimiento?.

Por lo que el objetivo de este trabajo pretende:

Identificar las funciones básicas administrativas de una unidad Médica.

Determinar necesidad de conocimiento sobre las funciones básicas administrativas, por parte del directivo o aspirante a serlo de una Unidad Médica.

I. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

1.1 ANTECEDENTE LEGAL

1.2 EL SISTEMA DE SALUD COMO ORGANIZACIÓN

1.3 LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO ADMINISTRATIVO EN EL SISTEMA DE SALUD

1.4 EL PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

I. SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

1.1 ANTECEDENTE LEGAL

En nuestro país el Sistema de Salud está reglamentado por la Ley General de Salud¹ que en su artículo 2° señala el derecho a la protección de la salud con las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, censuración y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, aseguramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

¹ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984. Modificada el 7 de mayo de 1997; 26 y 31 de mayo de 2000; y 5 de mayo de 2001.

De igual manera este ordenamiento en su artículo 23 entiende por servicios de salud “aquellas acciones utilizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidos a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la creatividad”; éstos, en el artículo 24, de esta Ley, quedan clasificados en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud Pública;
- III. De asistencia social.

Para los efectos de este precepto la clasificación de la prestadores de salud (en su artículo 24), quedan de la siguiente manera en:

- I. Servicios públicos a la población en general, entendiendo como tal en que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratitud fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, lo que abre la posibilidad del establecimiento de cuotas de recuperación (artículo 36) fundados en principios de solidaridad social fundando relación con la condición socioeconómica del usuario, eximiéndose cuando éste carezca de recursos para cubrirla;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social a las que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal (artículo 37), presten las mismas

instituciones a otros grupos de usuarios conforme a sus leyes y a sus beneficiarios²;

- III. Servicios de salud privados, serán los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan a los usuarios y sujetos a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles (artículo 36);
- IV. Servicios de salud de carácter social, los que se presten directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros que a los beneficiarios de los mismos. (artículo 39), y
- V. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, considera que el Sistema Nacional de Salud es la instancia de enlace entre los sectores público, social y privado en la consecución del derecho a la prestación de salud, a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones.

Este reglamento en su artículo 69, señala: para los efectos de este Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se intervienen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; pudiendo también tratar enfermos ambulatorios y efectuar

² Estos servicios se registrarán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras por los contenidos en ésta ley.

actividades de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación. Así mismo clasifica los hospitales en atención a su grado de complejidad y poder de resolución en:

- I. Hospital General: es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que presten servicios de urgencia, consulta externa y hospitalización; el área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de la rama.
- II. La administración deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica;
- III. Hospital de Especialidades: es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención del paciente, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica.
- IV. Instituto: es el establecimiento de tercer nivel destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedad que afecten a un grupo de edad.

En lo referente a los regímenes de seguridad social en el país está integrado por el Instituto del Seguro Social, cuya cobertura se extiende generalmente a los trabajadores señalados por el apartado "A" de la Ley Federal del Trabajo; por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, esto es a las consideraciones en el Apartado "B" de la misma Ley; y el Instituto de Seguridad Social para la Fuerzas Armadas Mexicanas, esto es para los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada de México.

Digno de hacer mención es la autonomía operativa otorgada a una de las instituciones que con mayor tradición han incidido, no sólo en la vida médica del país, sino en la reparación de tantas generaciones de médicos, no solo a nivel nacional sino mundial. El Hospital Juárez de México. El Decreto del 24 de junio de 1988 se le concede esta autonomía operativa lo cual le permite ser un "órgano administrativo desconcentrado por función jerárquicamente subordinada a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa"³; en virtud de la importancia institucional y amplia cobertura alcanzada en la prestación de servicios de salud a población abierta.

Para regular la organización y funcionamiento de los Institutos Nacionales de Salud, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios, el Ejército Federal expide el decreto de la Ley de los INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD; que les convierte en organismos descentralizados teniendo como objeto la prestación de servicios de salud a un universo de usuarios no susceptible de determinarse, en las siguientes áreas:

- Oncología
- Cardiología
- Ciencias Médicas y Nutrición

³ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de junio de 1988.

- Enfermedades respiratorias
- Neurología y Neurocirugía
- Pediatría
- Perinatología
- Psiquiatría
- Salud pública
- Hospital Infantil

Con objeto de coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, proporcionando servicios médicos de alta especialidad e impulsando los estudios, programas, proyecto e investigación, se crea el Hospital General de México como un organismo descentralizado del Gobierno Federal, según decreto del 10 de mayo de 1995⁴; toda vez que esta autonomía técnica y administrativa facilitará la prestación de sus servicios, el cumplimiento oportuno de sus metas y la asunción de propósitos de mayor dimensión.

Entre sus funciones se le identifican: proporcionar servicios de salud, particularmente en el campo de la alta especialidad de la medicina y en aquellos complementarios y de apoyo que determine ese estatuto jurídico; prestar servicios de hospitalización en los servicios de especialidades con que cuenta, con criterios de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios sin que los cuotas de recuperación desvirtúen su función social.

⁴ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de mayo de 1995.

Por considerar necesaria una situación que permita lograr mayor eficiencia y modernización en su administración y procurando simultáneamente guardar el equilibrio necesario entre su autonomía de gestión y el control de continuar avanzando en el perfeccionamiento de los servicios que presta el Hospital General Dr. Manuel González, se requiere de un instrumento que enriquezca y precise su objeto, reordene sus órganos de gobierno y fortaleza, a través de la existencia de un patronato, la participación social y comunitaria en la prestación de los servicios de salud, fue expedido el DECRETO del 5 de Agosto de 1988⁵, que lo hace un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio. Con lo que quedó abrogado el decreto de su creación, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1972.

El objeto de esta constitución es:

a.) Coadyuvar al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud en el Distrito Federal y contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud en el área de especialidades básicas y complementarias de la medicina que le corresponda atender.

b.) Proporcionar consulta externa y hospitalización a la población que requiere atención en los servicios de especialidades con que cuenta, con criterios de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, sin que las cuotas de recuperación desvirtúen la función social al hospital.

c.) Aplicar medidas de asistencia social en beneficio de enfermos de escasos recursos económicos que recurran a sus servicios, en la medida en lo que permitan sus disponibilidades presupuestales.

⁵ Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 1988.

Otro sector, y no menos importante es el privado, que a lo largo y ancho del país atiende a una población que por sus condiciones socioeconómicas puede acudir a ellos en busca de solución a sus problemas de salud.

Sin embargo, para la realización de este trabajo el enfoque que le daremos estará orientado a los sistemas de Seguridad Social, por considerar que en su amplitud nos muestran la estructuración de la prestación de sus servicios de salud.

1.2 EL SISTEMA DE SALUD COMO ORGANIZACIÓN

La organización social y política de los países genera diferentes formas para accionar los servicios a los diferentes medios de población. Pero los distintos sistemas de salud muestran tipos diferentes de estructura. Además, dentro de la estructura burocrática, si se acepta lo que señala Mayntz ⁶, que todas las organizaciones, voluntarios o dentro de la organización, casi todo el comportamiento está, o puede estar, orientado por la tarea, y en ocasiones es eficaz para alcanzar sus objetivos. De ahí que una explicación del comportamiento humano en la organización, debe ofrecer un lugar al comportamiento racional.

Los sociólogos, por otra parte, han denominado a la organización como "Sistemas de Funciones." El concepto del "rol" o del "papel" en una interpretación sociológica explica el tipo de comportamiento, así como en el desempeño de un "papel" social hay lugar para toda clase de variaciones según cita el Premio Nobel de Economía 1978, Simón⁷: Las organizaciones permiten que cada individuo forme expectativas en cuanto al comportamiento de los demás miembros en determinadas condiciones.

Una manera de entender la organización formal es la que nos da J. A. C. BROWN: "La organización formal de una empresa es el orden jerárquico oficial que consta en documentos" ⁸. Desde el punto de vista teórico, le señala tres características:

a) Es definitivamente impersonal

⁶ Mayntz, Renate. Sociología de la Organización. Editorial Alianza S. A. Madrid, 4ª. Ed. 1982

⁷ Simón, Herbert. El Comportamiento Administrativo. Edit. Aguilar 3ª. Ed. Argentina 1988.

⁸ Brown, J.A.C. La Psicología Social de la Industria. Fondo de Cultura Económica. 2ª. Edic. en español. 1963.

- b) Se basa en relaciones ideales.
- c) Se basa en la "hipótesis del populacho", de la naturaleza del hombre.

Considera que ésta última conduce a la eficiencia a través de la competencia, en tanto que los dos primeros suponen que todo miembro de la organización no reacciona ante los demás en términos personales de agrado o desagrado, sino con relación a las responsabilidades de la función que tiene que cumplir, determinando su conducta la posición oficial que ocupa.

En lo relativo a la organización informal el mismo Brown señala que se manifiesta en cinco niveles diferentes:

- a) La organización informal total de la fábrica , considerada como un sistema de grupos muy diversas relacionados entre sí.
- b) Grandes grupos que generalmente insisten sobre algún aspecto particular de la política interna de la fábrica.
- c) El grupo primario fundado en mayores o menores grados sobre igualdad de igualdad de labores en determinada parte de la fábrica; las relaciones entre los miembros son más o menos íntimos, porque siempre trabajan, comen y hablan juntos. Semejante grupo se denomina comúnmente "palomilla".
- d) Grupo de dos o tres amigos particularmente íntimos, que pueden ser miembros agregados mayores.
- e) Individuos aislados que rara vez participan en actividades sociales.

Renate Mayntz ⁹ considera que el objetivo de la organización se muestra, en una observación más detenida, como una característica pluridimensional, por lo cual no es fácil hacer de él la base de una clasificación. Además, para las fases del análisis de la organización resulta infructuosa una clasificación empírica a base de la simple clasificación de los objetivos, según sea económico, religión, política o de otra naturaleza, su propuesta destaca diferencias y son decisivas para la estructura y su modo de funcionar.

Con arreglo a su objetivo, este autor distingue tres categorías de organización, los cuales a su vez están subdivididos:

En la Primera categoría se encuentran aquellas organizaciones cuyos objetivos se limitan a la coexistencia de los miembros, a su actuación común y al contacto recíproco que esto exige.

A esta categoría pertenecen los círculos de esparcimiento, clubes y asociaciones recreativas. Estos objetivos recreativos secundarios de otra especie como muchos que sirven para fines benéficos. Están estructurados, por regla general, conforme al modelo democrático, los miembros deciden en común, los dirigentes son elegidos. La pertenencia es voluntaria lo que no quiere decir abierta para todos. Su estructura de estas organizaciones se encuentra relativamente poco diferenciada, no está muy burocratizada ni adecuada de una manera excesivamente racional, y los papeles de los miembros están casi siempre tan sólo bosquejados.

En la segunda categoría se pueden incluir organizaciones que tienen por objetivo actuar de una manera determinada sobre los grupos de personas que son

⁹ Ibidem.

admitidos para éste fin, al menos transitoriamente en la organización. La especie de actuación propuesta puede ser muy diversa. Ejemplos de esta categoría son: escuelas, universidades, hospitales, iglesias y prisiones; los grupos de personas en cuestión se someten a la actuación de la organización de una manera voluntaria o forzosa. Por regla general, cuando el reclutamiento es forzoso, el estudio respalda a las organizaciones respectivas. La organización que por su objetivo pertenecen a esta categoría, están integrados por dos grandes grupos de miembros separados por una línea divisoria tajante. De un lado tenemos el grupo inferior, es decir, aquel sobre el que se actúa, generalmente menos articulado entre sí que el grupo actuante. En este grupo superior se denomina de una manera especial la burocratización y la ordenación racional. Sus miembros son reclutados, por lo general voluntariamente que ejercen su profesión en la organización. Entre ambos grupos de miembros no existe, típicamente, movilidad.

Es decir, normalmente no tiene lugar ascenso del grupo inferior al superior. Hay ciertas excepciones a esta regla, especialmente cuando la relación entre ambos grupos no tiene carácter creativo. En la universidad casi se ha institucionalizado el reclutamiento de los futuros profesores entre los ex - alumnos. Pero aún aquí constituye la regla semejante ascenso, el cual representa un poco decisivo y más difícil que el ascenso en otras organizaciones.

En la tercera categoría se incluyen las organizaciones que tienen como objetivo el logro de ciertos resultados o una determinada creación hacia fuera. A esta categoría pertenecen las organizaciones de la vida económica, la administración, la política, los partidos, los consorcios de intereses, las constituciones de previsión social y las asociaciones benéficas.

En esta categoría pueden distinguirse los subgrupos según la relación característica del grueso de los miembros con el objetivo correspondiente. En primer lugar los miembros pueden ver en el objetivo de la organización un valor al

que están dispuestos a contribuir sin obtener a cambio ventajas personales dignas de mención; las asociaciones benéficas, las partidas basadas en una comisión, las organizaciones para combatir el alcoholismo, para el fomento de la ciencia, de la higiene, de la lactancia o del comportamiento cívico, son claro ejemplo de este tipo. En segundo lugar, el objetivo de las organizaciones puede identificarse con el interés personal de los miembros. A este subgrupo pertenecen la mayoría de las organizaciones de interés, las corporativas, los sindicatos, etc. Finalmente los miembros pueden al objetivo de la organización porque su cooperación les proporciona ventajas que no se identifican con el objetivo mismo; ejemplo de este subgrupo son ante todo las empresas y otras organizaciones de la vida social, la administración, la policía, etc. La mayoría de los miembros pertenecen a estas organizaciones no porque busquen para sí mismas los bienes que producen o los servicios que prestan, sino porque en la organización ganan su sustento.

Las organizaciones del primero y segundo subgrupo están generalmente estructurados según el modelo democrático; los del tercero en cambio, tienen una estructura autoritaria jerarquizada, con poder de mando de arriba hacia abajo.

En nuestra sociedad la pertenencia como miembro a esta organización es generalmente voluntaria. Se puede subrayar que las organizaciones que persiguen varios objetivos pueden pertenecer a más de una categoría formando grupos mixtos. Los colegios profesionales por ejemplo pueden perseguir objetivos de las categorías: solidaridad y cooperación entre sus miembros, representación de sus intereses mediante la acción hacia fuera y tal vez también una acción educativa sobre los propios miembros.

1.3 LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO ADMINISTRATIVO EN EL SISTEMA DE SALUD

La evolución del pensamiento administrativo ha permitido desarrollar diferentes enfoques de la organización conceptualizada como ente. Reflexionar sobre ello nos da la flexibilidad y capacidad necesaria para la superación y crecimiento personal, profesional y social en este mundo global que requiere de una constante revisión sobre la calidad que nos concierne.

Entre los directivos seleccionados para dirigir acciones en un sistema de máxima complejidad como es el sector salud, podemos señalar funcionarios de diversas profesiones que habitualmente han tenido éxito en alguna actividad de la vida social. Solo algunos de ellos logran (después de mucho tiempo y reflexión) comprender las múltiples interrelaciones de cada subsistema y sobre todo, hacer suyos los valores asociados a los problemas propios de la Administración de Salud. La movilidad de éstos funcionarios es muy alta, lo que genera la esperanza de que el recién llegado tenga los conocimientos, habilidades y sensibilidad para orientar adecuadamente las acciones; y esta situación se vuelve a repetir poco tiempo después, y se generan meramente las mismas expectativas.

En otras ocasiones se seleccionan profesionales que han trabajado en el campo de la atención médica, en general médicos, que tienen las mismas características que el grupo anteriormente mencionado. La única diferencia es que suponen que todas las acciones deben ser frecuentes alocuciones sobre la necesidad del trabajo participativo, la delegación de autoridad, la responsabilidad compartida, la asesoría de los expertos y otras fases similares. Su faceta de conocimientos teóricos y conceptuales es tan crítica como en cualquier otra profesión, aunque tienen la ventaja de tener los valores que el sistema requiere.

Generalmente muchos de los profesionales que participan cometen en el pecado de contemplar parcialmente al sistema, principalmente desde la óptica de su preparación profesional y tratan con entusiasmo de lograr resultados en el plano de preferencia profesional

Desgraciadamente, entre más avanzan en su cometido, más se alejan del sistema y de las demás áreas funcionales, que a su vez persiguen objetivos diferentes, ya que cada servicio o persona está centrado en su particular problema y trata de resolverlo aisladamente. Esto es fácil de comprobar si entrevistan separadamente a varias personas de su servicio o departamento del sistema de salud, veremos que cada uno hará una explicación diferente de un programado.

Si el sistema sigue funcionando aceptablemente es gracias a que en los mandos intermedios generalmente persisten funcionarios que conocen tanto la organización formal como la informal y gracias a sus relaciones personales y a su cariño a las instituciones, basan su trabajo en el andamiaje normativo que estructuran a las instituciones.

Sin embargo, existen casos en los que un directivo recién llegado, por no conocer la organización se interesa en su cambio estructural básico, y con ello causa retrocesos importantes ya que un subsistema que se modifica afecta a cada uno de los elementos de los demás. Es sólo por excepción que algún nuevo directivo aprenda de la organización y con sólidos conocimientos teóricos y prácticos y apoyo de expertos modifique el sistema en su totalidad y lo haga funcionar de acuerdo a la realidad social, económica y laboral.

Cuando así sucede, las nuevas normas son aceptadas y se logran avances importantes que perdurarán a pesar de la movilidad de funcionarios mencionada anteriormente.

En los últimos años han ocurrido cambios muy grandes en la economía, en las estructuras competitivas de los sectores, en las estrategias corporativas de las empresas y en las funciones organizativas que se adoptan para hacer frente a los retos del futuro.

Este último aspecto, demanda estrategias de Administración ante un contexto competitivo cada vez más complejo y dinámico. A lo largo de la historia las instituciones se han ido adaptando a los cambios en las circunstancias competitivas. La administración abarca múltiples elementos, como la estructura de autoridad y responsabilidad, los procesos de dirección y coordinación, los sistemas de conformación, de evaluación, de control, de desarrollo y de recompensas, políticas de recursos humanos. Todo ello debe adaptarse de forma coherente para desarrollar la estrategia de la Institución con la que deseamos confrontar los retos del futuro. Esto es, debe haber un claro conocimiento de sus áreas funcionales para una clara consistencia entre la estrategia, los distintos elementos de la organización, así como de ésta entre sí.

Entre las fuerzas que originan el cambio organizativo cabe destacar la complejidad y simultaneidad de las áreas competitivas que la empresa debe utilizar.

Competir en éstos, ya no es suficiente, pero también sigue siendo necesario. Competir en calidad ya no es suficiente, pero sigue siendo necesario. Adaptarse a las necesidades de cada cliente, dar servicio y satisfacción al cliente ya no es suficiente, pero sigue siendo necesario. El último elemento añadido a esta lista de costos, calidad y servicio, es velocidad. Reducir el tiempo de diseño y desarrollo, reaccionar rápidamente a la información del mercado.

El avance tecnológico impulsado por la aplicación intensiva de las tecnologías de la información, es una fuerza de cambio en sí mismas; además, es uno de los motores centrales en la globalización de la competencia.

Otra característica estructural que se manifiesta últimamente es el aumento de poder de los compradores. Estos son cada vez más sofisticados, o se globalizan, o se concentran. En cualquier caso, aumentan sus demandas y su poder de compra. Ello facilita el aumento de los servicios en la economía, serán éstos independientes o parte de un proceso individual que debe competir en forma creciente en base al servicio añadido al producto.

Todos estos cambios modifican las demandas de habilidades y conocimientos que se requieren en las instituciones. Conocimientos y habilidades se convierten en su elemento clave para competir en la "clave del conocimiento".¹⁰

La respuesta organizativa a este reto viene facilitada por el desarrollo de las tecnologías informativas y de telecomunicaciones permiten formas de organizativas que no eran factibles hace algunos años.¹¹

Este factor se complementa con un aumento general del nivel conceptual de los trabajadores y de la difusión tecnológica que apoya la utilización de esquemas más descentralizados.

¹⁰ Quinn, J.B. "The Core of Competence of the Corporation", Harvard Business Review, mayo – junio 1990.

¹¹ Scott – Morton, m.s (ED) "The Corporation of the 1990's Information technology and organizational transformation", Oxford University Press, Nueva York, 1991

También varía la naturaleza del control organizativo. Las organizaciones han estado acostumbradas a utilizar controles burocráticos formales y supervisión vía autoridad – jerarquía. Sin embargo, hay otras formas emergentes de control cuya importancia es creciente.

Algunas organizaciones utilizan a los “clientes” como elementos de control interno, ya sea midiendo su satisfacción o involucrándolos en los equipos internos de mejora. Ello contribuye a ubicar al cliente como clave y centro de todas las actividades de la Institución, pero también a descargar a la organización de unas necesidades de control que sólo se justificaban por la necesidad de servir bien al cliente. Si el cliente hace este trabajo, no es necesario interpretar sus deseos y fijarlos en procedimientos tan difíciles de cambiar si varían sus necesidades y expectativas.

Otras organizaciones orientan el control hacia la formación de equipos autogestionados donde se produce una colaboración mutua entre iguales que hace innecesario el control formal.

Así mismo, otras organizaciones utilizan sistemas automáticos de control formal, en base a una utilización intensiva de las tecnologías de información que elimina la necesidad de control burocrático típico¹².

Los directivos visionarios son aquellos entendidos de la conveniencia de desarrollar y asimilar nuevas capacidades y recursos útiles para competir, ¿Qué características debe compartir una organización con capacidad para innovar, aprender y cambiar? Según Peter Sange, en su famoso libro “La Quinta

¹² Galbraith J.R. Lawler, E. E. “Organizing In the Future: The new Lusic for Managing Complex Organizations”. Jossey Bass. Sn. Francisco, 1993

Disciplina”¹³, las organizaciones que aprenden se distinguen por destacar en cinco disciplinas o capacidades específicas:

1. Pensar en Sistemas. Eso es, ser capaces de entender las interrelaciones entre las acciones y decisiones que se toman en la empresa y su entorno. No hay causas efecto aislados, sino relaciones sistemáticos entre las partes, cuya comprensión es fundamental para poder aprender.
2. Capacidad Personal. Eso es, necesidad de individuos en la organización que enfoque su vida como un camino de aprendizaje continuo, de mejora en su tarea o especialidad, como un artista que constantemente intenta mejorar su arte y su obra.
3. Modelos Mentales. Todos creamos modelos de la realidad para entender la información que nos llega del entorno y hacer previsiones sobre las incertidumbres relevantes. La disciplina aquí considerada en la habilidad de someter estos modelos al escrutinio de la realidad a la adaptación a la nueva información, a la constante discusión de sus suposiciones básicas y fundamentales.
4. Construir una visión compartida. Crear imágenes movilizadas del futuro, compartir una visión y enfocar los intereses de los miembros de la organización. De ésta forma orientamos el aprendizaje personal que se deriva de los tres puntos anteriores hacia un objetivo común, facilitando la organización que aprende.
5. Aprender en equipos. La disciplina de aprender en equipo se fundamenta en el diálogo y la interacción entre los miembros del equipo. Es necesario aprender a pensar conjuntamente para ser capaces de reconsiderar nuestros modelos mentales y crear visiones compartidas.

¹³ Senge, Peter M. “La Quinta disciplina”. Ediciones Granica. México, S. A. de C. V. 1998.

Este enfoque que aunque no es totalmente nuevo si viene a reforzar aspectos que los profesionales de la administración hemos venido postulando desde hace tiempo y creo que representan herramientas muy útiles para incorporarlas en el desarrollo de las organizaciones de los Sistemas de Salud; a saber el Enfoque de Sistemas permite comprender la trascendencia de las acciones y visualizar sus repercusiones en áreas diferentes de donde se generan; el desarrollar las capacidades del personal integrante de las organizaciones y la importancia de ofrecerles opciones de realización a corto, mediano y largo plazo a través de programas completos de capacitación, debidamente sustentados en diagnósticos reales, sin duda que representa una destacada fuente de motivación; al compartir los tomadores de decisiones sus visiones del futuro con sus equipos de trabajo permite involucrarlos en la construcción de una visión compartida; y el trabajo en equipo una de las actividades que más dificultad cuesta realizar tanto en las actividades académicas como las laborales permitirán fortalecer los grupos interdisciplinarios en los Sistemas de Salud.

Los servicios adquieren una importancia creciente en la economía. En todos los sectores industriales aumentan la importancia de los servicios.

Los servicios dominan la economía norteamericana, y de la mayoría de los países de la OCDE. En 1991 los servicios representaban el 77% del empleo y el 74% del valor añadido en la economía americana.¹⁴

Las compañías de servicios se han transformado en grandes empresas, inversión de capital, utilizándonos de tecnología de punta y muy poderosas estratégicamente.

¹⁴ Ricarte J. E. – Alvarez J. L. “Como prepararse para las Organizaciones del futuro”. Biblioteca IESE DE GESTIÓN DE EMPRESAS. Barcelona, 1996.

En productos para la salud, Jonson & Jonson y Merck tienen en tamaño de 15.734 y 14.970 millones de dólares, respectivamente, mientras que en distribución, la división farmacéutica de Mckesson Corp. Representa 12.428 millones, y Walgren C. 9.235.¹⁵

El Sector de Servicios de Salud no puede ni debe ser la excepción de ahí la intención del presente trabajo para inducir el estudio y conocimiento de sus áreas funcionales a través de programas que permitan al estudioso adentrarse en sus sistemas y procedimientos para buscar alternativas que los vuelvan más eficaces en el manejo de sus recursos humanos, materiales y técnicos.

Y al mismo tiempo se orientan a buscar meras estructuras de organización que les disminuya el riesgo para sortear las críticas situaciones que actualmente atraviesa, sobre todo, el sector de la seguridad social.

Y son las instituciones educativas, que actualmente preparan a los estudiosos en la administración de Instituciones de Salud, los que deben corresponsabilizarse socialmente en la búsqueda de soluciones alternas que contribuyan a desarrollar las capacidades de los profesionales que buscan el convencimiento amplio y profundo de las estructuras funcionales, para poder encontrar en ellos mismos sus alternativas de solución.

Sólo así los trabajadores, derechohabientes y demandantes del servicios encontrarán soluciones a sus demandas de salud, que proyectadas a las organizaciones laborales permitan un desarrollo económico y conjunto de las fuerzas laborales y organizacionales productivas del país.

¹⁵ Ibídem.

1.4 EL PAPEL DE LA ADMINISTRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

La administración de Sistemas de Salud ha tenido múltiples enfoques, que se derivan, ya sea de un proceso racional que en algunos países tienen un determinado tipo de atención para el cual desarrollan un modelo administrativo, o bien, una tendencia que por desgracia ha tenido una gran expansión en América Latina: la copia acrítica de modelos que operan en países con una estructura social, política y económica totalmente diferente.

Uno de los problemas de mayor trascendencia en el estudio de los sistemas de salud lo constituye la comprensión del contexto donde se llevarán a cabo sus acciones.

La situación de los países en desarrollo generalmente de gran complejidad y los factores que se autorrelacionan son mal identificados, pero además, pobremente estudiados. Los elementos conocidos son sujetos a la pronta intervención y control; los sociales, políticos y económicos son manipulados en razón de lo urgente y no siempre de lo importante. El hecho de que todas esas partes se interactúan y producen resultados que necesitan ser conocidos con claridad por el administrador de salud, ya que ese será su punto de partida para dirigir el sistema al logro de un propósito.

El conocimiento debe ser total para incidir en sus partes, estudiarlas e interrelacionarlas para no perder la visión del sistema en su totalidad.

Existen otros elementos que dentro del conocimiento de los sistemas de salud que merecen atención particular, que son los elementos de organización política y social, entre ellos podemos distinguir: la filosofía de la vida, sus prácticas cotidianas, congruencia en el desarrollo educativo, la ética, o su antítesis, la corrupción; el grado de coherencia interna y externa de los fenómenos sociales; el uso de la retórica, y de la demagogia, el carrerismo político, el oportunismo, etc., son aspectos que afectan el espacio social y laboral ya sea directa o indirectamente.

No existe un método que tenga la aprobación general para que el directivo de salud pueda aprender todo el contexto en poco tiempo. Berger y Luckman, citados por Cordero y Botbenrieth ¹⁴, hacen referencia a que lo mejor del análisis fenomenológico, o sea, la descripción de cada uno de los rubros, con la interpretación propia del observador, le permitirá conocer que su contexto consiste de múltiples vialidades que interactúan constantemente.

Es necesario que el administrador de salud adquiriera conocimientos básicos sobre el espacio social, no se trata de que se vuelva experto en cuestiones sociales, sino interpretar, lo que sea necesario para llevar a cabo acciones aceptables que sean traducciones de la realidad social, entendiendo que cada individuo habita su propio mundo con su historia, normas, valores, expectativas, etc., y reconoce esas características en grados diferentes según su interpretación particular de ellos.

¹⁴ Cordero, Armando y Bonberrieth. Administración de Sistemas de Salud 1983.

Los resultados positivos que se obtienen en los países desarrollados y con mejores estándares de salud, sin duda se derivan de una cultura en que se han desarrollado en forma armónica el trabajo, la educación, la tecnología, el reparto de la riqueza y otras formas de participación social. Tal caso no es el de nuestro país por lo que el conocimiento de la realidad organizacional, en su fuero interno así como el entorno social en su fuero externo de la organizacional, son fenómenos sociales que el profesionalista de la organización esta preparado para tomar en cuenta, cuando se trate de realizar el análisis fenomenológico de las organizaciones, sobre todo las de salud.

II INSTITUCIONES QUE OTORGAN SERVICIOS MÉDICOS DE TERCER NIVEL

2.1 INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

**2.2 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**2.3 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS
ARMADAS MEXICANAS**

2.4 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**2.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ADMINISTRATIVA DE
UNIDADES MÉDICAS DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

II INSTITUCIONES QUE OTORGAN SERVICIOS MÉDICOS DE TERCER NIVEL

La finalidad de conocer la necesidad de un conocimiento previo a la ocupación de un puesto rector en el área administrativa de un hospital de tercer nivel me indujo a la realización de esta investigación de campo para saber la opinión que sobre el particular tenga un directivo del área administrativa en funciones; ya que las características que identifican el ésta área de un hospital, contienen un común denominador que podríamos identificar como el de la oportunidad en la prestación de los servicios principalmente para los egresados de la licenciatura en administración, sin por ello marginar otras disciplinas económico-administrativas; ya que en estas organizaciones como plantea Guzmán Valdivia¹ el desarrollo de la administración y e por el ente la actuación del administrador encuentra el marco ideal para orientar su acción (al bien común), al considerarla como “poseedora de la técnica de la eficacia en la dirección de grupos humanos”, orientada a ocupar una destacada posición entre las ciencias sociales, por encarnar la administración de cosas toda la filosofía del éxito, y agrega: “Son sus técnicas las que han hecho posible el bienestar material del que disfrutaban los países altamente industrializados”; aunque difiero en concepto de Ciencia de la Administración tomando en cuenta lo que tan acertadamente plantea Silva Camarena² al respecto: “la técnica como respuesta ante la necesidad, existen las comunidades humanas desde tiempos remotos en los que nunca hubo ciencia. Donde nace la ciencia – en Grecia- la técnica existe muchísimo antes del saber científico”; así mismo señala “no existen técnicas con fundamento científico o sin él. El fundamento científico solo es fundamento para el conocimiento científico”.

¹ Guzmán Valdivia, Isaac. La Ciencia de la Administración, Edit. Limusa. México 1985.

² Silva Camarena, Juan Manuel. Artículo “Sobre la Administración. Comentarios a n texto de Bunge”. “Revista Contaduría y Administración No. 213. Facultad de Contaduría y Administración. UNAM. Mayo-Agosto 2004

Para ubicar los niveles que integran el sistema de atención médica es necesario considerar lo que señala el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de Atención Médica señala³ :

“Artículo 16.- La atención médica será brindada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la secretaria determine.

Artículo 70.- Los hospitales se clasificarán atendiendo su grado de complejidad y poder de resolución en:

I. HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencia, consulta externa y hospitalización.

II. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica y,

III. INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel destinado principalmente a la investigación científica la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencia, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad”.

Todos los procesos de la unidad médica deben estar orientados a solucionarle al paciente su problema de salud con pertinencia, calidad humana y cortesía, entre otros atributos. De ahí que la adaptación del trabajador a su puesto requiera un conocimiento previo de las funciones administrativas que tendrá a su cargo.

³ Publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el día 14 de mayo de 1986.

2.1 INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Por acuerdo presidencial publicado el 03 septiembre de 1982⁴, las entidades de la administración pública paraestatal, se agruparán por sectores para su relación con el ejecutivo federal. Los hospitales e Institutos de Salud que realizan actividades de investigación, docencia y prestación de servicios de salud a población abierta en el tercer nivel de atención, por ser de tal naturaleza, se agrupan bajo la coordinación de la Secretaría de Salud de tal manera que fortalecen oficialmente su vinculación con las unidades administrativas de esta secretaría.

Para tal efecto la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, dependiente de la Secretaría de Salud tiene entre sus principales funciones:

I Apoyar la coordinación del subsector integrado por los Institutos Nacionales de Salud;

II Promover que los Institutos Nacionales de Salud, desarrollen investigación y formación de recursos especializados para la salud y la atención médica de alto nivel, conforme a los requerimientos del Sistema Nacional de Salud;

III Proponer medidas tendientes al mejoramiento técnico y administrativo de los institutos que integra el subsector.

Los organismos descentralizados que son enlazados por la comisión coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, son:

⁴ Diario Oficial de la Federación.

- Instituto Nacional de Cancerología;
- Instituto Nacional de Cardiología;
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”;
- Instituto Nacional Neurología y Neurocirugía;
- Instituto Nacional de Pediatría;
- Instituto Nacional de Perinatología;
- Instituto Nacional de Psiquiatría;
- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”;
- Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

2.2 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

La Dirección de Pensiones Civiles creada por la Ley de Pensiones Civiles de retiro del 12 de agosto de 1925, se transforma por Decreto⁵ de la Ley de los Institutos de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Organismo de carácter público descentralizado con formalidad jurídica y patrimonio propio y con domicilio en la Ciudad de México, teniendo a su cargo el otorgamiento de las prestaciones que la mencionada ley establece para los trabajadores del servicio civil de la Federación, del Departamento del Distrito Federal, y de los Territorios Federales, así como a los trabajadores de los organismos públicos y a la familia del trabajador.

⁵Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de Diciembre de 1959.

2.3 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS

El 28 de diciembre de 1961, se expidió la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas que establece un Sistema de Seguridad y Servicios Sociales y recoge todas las prestaciones que se encontraban sin relación ni definición precisa. Esta ley revoca la del seguro de vida militar del 1 de enero de 1936, así como su reglamento y el decreto reformativo del 1 de septiembre de 1956.

El 1° de julio de 1967, por Decreto del Ejecutivo Federal situada en la Comandancia General de la Armada de México, de la Secretaría de Marina y en la Secretaría de la Defensa Nacional, una Dirección de Seguridad Social que tiene a su cargo el estado, trámite y resolución de los asuntos relacionados en las diversas prestaciones que otorga la Ley y que tiende al mejoramiento moral, profesional y económico en forma integral del personal militar.

Son sujetos de esta Ley, los militares miembros del ejército, la Armada y la Fuerza Aérea Nacional, sus cónyuges o en defecto la mujer con quien haga vida marital, los hijos solteros menores de 18 años, los mayores de esta edad que se encuentren estudiando en planteles oficiales con un límite hasta los 25 años, los hijos de cualquier edad inútiles total y permanentemente, y el padre y la madre.

2.4 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

La fracción XXIX del artículo 123 Constitucional consignaba:

“Se considera de utilidad pública la Ley del Seguro social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.”

El anhelo del Seguro Social que quedó plasmado en la Constitución de 1917, hubo de sufrir un compás de espera, ya que en sus primeros años estuvo muy lejos de poder alcanzar su meta, pues no disponía de la instrumentación indispensable para cometer la tarea.

Los cursos poblacionales prácticamente no existían, apenas se contaba con algunas muestras, no había tablas de natalidad, mortalidad, invalidez, vejez, cesantía, cifras sobre la oferta y demanda de trabajo y menos sobre la composición familiar.

En la sesión del 23 de diciembre de 1942, la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de Ley del Seguro Social y el 29 de diciembre del mismo año la Cámara de Senadores dio también su aprobación. Así fue aprobado el llamado en su momento, El Código de Seguridad Social de la Nación y publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 19 de enero 1943.

Por la factibilidad de tener información y por la amplitud de su cobertura para identificar las áreas funcionales que integran la administración de la unidad médicas se seleccionaron como marco de referencia para el presente trabajo los hospitales de tercer nivel del ISSSTE, del IMSS y de los Institutos Nacionales de Investigación.

Dentro del contexto de la atención médica es necesario referir su estructura, de acuerdo con los diversos grados de complejidad para definir lo más claramente posible el marco de actuación del administrador en los sistemas de salud.

De acuerdo con Torregrosa Ferraez⁶, lo que el IMSS reconoce por niveles de atención y de cómo, desde la década de los 60, se han incrementado. En este sentido, entiéndase la atención médica en niveles de distribución de los recursos humanos y materiales mediante la administración y el costo racionalizados, en función de la frecuencia de los padecimientos, los motivos de la demanda y la complejidad tecnológica para resolverlos.

Bajo el criterio de que las prestaciones médicas resultan directas e integrales, y están orientadas a cubrir al núcleo familiar completo del trabajador dentro de un marco que incluye a más del 50% de la población en el territorio nacional, los recursos han quedado distribuidos en tres grandes niveles.

El primer nivel satisface el 85% de la demanda de atención médica. Esta constituido por unidades de medicina familiar y del programa de solidaridad. En él se atiende en forma ambulatoria a la totalidad del núcleo familiar y se realizan actividades de promoción de la salud, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, tanto en los consultorios de las unidades médicas cuanto en los domicilios de los usuarios y dentro del ambiente de la propia comunidad. Aplican ahí programas de enseñanza continua, y se impulsa la investigación epidemiológica y social.

Torregrosa Ferraez Luis. Subdirector médico del IMSS. VII congreso americano de medicina de la seguridad social. México 1981

El concepto modular de una Unidad de Medicina Familiar consta de:

- Consulta externa
- Laboratorio de análisis clínicos
- Servicios para médicos
- Atención médica continua
- Servicios generales
- Administración
- Enseñanza

Las unidades que integran el segundo nivel de atención médica atienden el 12% de la demanda total de servicios. Comprende las cinco especialidades básicas⁴:

- Medicina interna
- Gineco-obstetricia
- Pediatría
- Cirugía general y medicina del trabajo

Y en determinadas ocasiones ciertas especialidades de apoyo. Implica consulta externa, hospitalización y urgencias; como unidades de concentración que son, constituyen el soporte de las unidades de medicina familiar en una circunscripción dada, por lo demás realizan programas de enseñanza continua, educación médica de posgrado y a veces hasta de posgrado. Hay en ellas investigación clínica, epidemiológica y social. Además el de los accidentes y padecimientos producidos en el trabajo, y también, el de los programas preventivos y de asesoría a empresas y fábricas para la prevención de los riesgos de trabajo. Estos hospitales generales de zona o de segundo nivel cuentan con servicio de laboratorio, rayos X, anatomía patológica, banco de sangre, terapia física, servicios paramédicos, servicios generales, comedor, cocina, lavandería, administración y enseñanza.

⁴ Torregrosa. *Ibíd*em

Las unidades de tercer nivel atienden el 3% de la demanda total de servicios. Corresponde a hospitales de especialidades, estructurados según las necesidades específicas de una determinada región y, por ende, con problemas particulares. Los hay generales, pediátricos, gineco-obstétricos, oncológicos y de traumatología y ortopedia. Absorben la concentración de pacientes que requieren del concurso de personal o recursos sobre especializados, y desde luego irradian su acción a toda una región, mucho más vasta, que en sí incluye varios hospitales generales de zona y las unidades de medicina familiar ligadas en actividades con estos. Además del trabajo asistencial que desempeñan controlan la investigación clínica y la investigación básica. Importantes unidades para el sistema porque solucionan los problemas médicos más delicados, también permiten mantener actualizado el ejercicio de la ciencia moderna, junto al desarrollo tecnológico propio y la selección de la tecnología extranjera conveniente.

En el presente podemos decir que la seguridad social mexicana, de no muy larga vida, ha dotado al país de una red hospitalaria moderna, bien equipada en general con exceso en ciertas oportunidades, atendida por especialistas competentes egresados de las residencias existentes en las propias unidades médicas de concentración.

No obstante que la impartición de prestaciones se realiza bajo la fórmula cada vez más extendida y deseable de servicios directos, integrales, con protección al núcleo familiar global, los procedimientos aplicables varían. De cualquier manera, las instituciones tropiezan con problemas que en la prestación de los servicios resultan universales: la administración de la atención médica, y el ejercicio profesional no solo de la medicina sino de disciplinas administrativas y contables.

En los países en desarrollo los costos de la atención médica no son la excepción frente al crecimiento constante de incrementos superiores frente al alza en el costo de la vida. El presupuesto nunca alcanza; en ocasiones diversas también la falta de un programa específico en dicha asistencia genera u orilla al gasto excesivo.

Han de considerarse muchos otros renglones contribuyentes al desperdicio económico o costo exagerado de la atención medica.

Según planteo Torregrosa Ferraez⁷, los hospitales de especialidades, dedicados en un tercer nivel a la enseñanza y la investigación, acusan saturación habitual por que resuelven problemas de primero y segundo niveles, es decir, de clínicas y hospitales generales. La acumulación de las consultas asegura el desembolso en gastos superfluos, así como exploraciones complementarias repetitivas, por descuido de una misma unidad o por desconfianza tratándose de otra, dando por resultado la elevación de los costos en forma exorbitante. De igual manera, la prescripción excesiva o no justificada de medicamentos relacionados con un diagnostico determinado, más el abuso en la demanda de la atención médica resultante de la ignorancia por posesión de una mínima o nula educación médica autentica, representan claras señales de la deficiencia funcional en ciertos ángulos de la estructura hospitalaria que nos atañe directamente.

La fenomenología expuesta es motivo múltiple nacido de la complejidad tecnológica, del apremio de satisfacción a las necesidades sociales abrumadoras que rigen el contexto de crisis económica mundial al que nos enfrentamos los hombres y las sociedades hoy en día. Estos aspectos demandan un conocimiento al que puede responder el profesional de la administración, en cuanto a planeación de servicios optimización en la

⁷ Ibidem

reducción de recursos, minimizaron de los costos sin detrimento en la calidad de los servicios, participación en el desarrollo organizacional, análisis situacional del entorno y en general un participante activo dentro del sistema de salud.

La realidad de hoy y del mañana puede concretarse en el hecho de que la oferta y la demanda de servicios seguirá creciendo, la problemática mayor que se presenta ante nosotros es la del ofrecimiento de una calidad optima de esos servicios a costo permisible, sin que tal conducta redunde en detrimento de los estados financieros, propios de cada institución.

Sostenidas en estas premisas, el racionalizar la administración de los servicios médicos institucionales significa una mejor organización. Ella incluye:

- Una mejor distribución y utilización de recursos;
- Normas de operación más eficaces;
- Supresión de duplicación o multiplicidad de procedimientos, y la utilización de éstos a costos elevados;
- Procedimientos que permitan la atención adecuada sin restricción de los recursos indispensables, pero con eliminación de gastos inútiles por superfluos de índole física o tecnológica;
- Educación hacia la salud a los usuarios y la población en general, mediante el fomento de la autorresponsabilidad en la atención médica;
- Optimización en la utilización de servicios auxiliares de diagnóstico;
- Mejor aprovechamiento de los servicios médicos y paramédicos;

Por lo anterior la responsabilidad de las instituciones educativas que imparten estudios de posgrado para preparar a los futuros tomadores de decisiones en esas instituciones resulte insoslayable; así como orientarlos al conocimiento de herramientas administrativas que les permitan ubicarse adecuadamente en el entorno institucional para que el ejercicio de sus responsabilidades repercuta positivamente en su actuación

Al preparar los recursos humanos de todo el sistema, en última instancia garantiza el enriquecimiento del aporte científico, impiden la esclerosis del conocimiento y favorecen los avances de las disciplinas médica y administrativa.

2.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ADMINISTRATIVA DE UNIDADES MÉDICAS DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Respecto a la estructura organizacional de las unidades médicas como ya se ha mencionado, difieren tanto en su nivel de atención, como el grado de complejidad y poder de resolución.

De los contados autores que hacen referencia a estructura de hospitales, Kast y Rosenzweig⁸ señalan que las estructuras de los hospitales difieren sustancialmente del diseño de otras organizaciones debido a las diferencias de sus medios y tecnología; “en donde el administrador tiene un papel estratégico de coordinador y un papel coordinador de negocios e integrador de los diversos recursos y la actividad de los participantes en la organización”... “la forma matricial es utilizada frecuente en los hospitales”... “donde el médico es el administrador del proyecto que integra actividades de enfermeras, dentistas, terapistas físicos, trabajadores sociales y otros profesionales”.

Al respecto en la tesis de Patlan Pérez⁹ se encuentra una referencia a la estructura organizacional administrativa, sin que precise las áreas o servicios que la integren, ni se identifiquen las funciones que lo constituyen situación que pretendemos abordar más adelante.

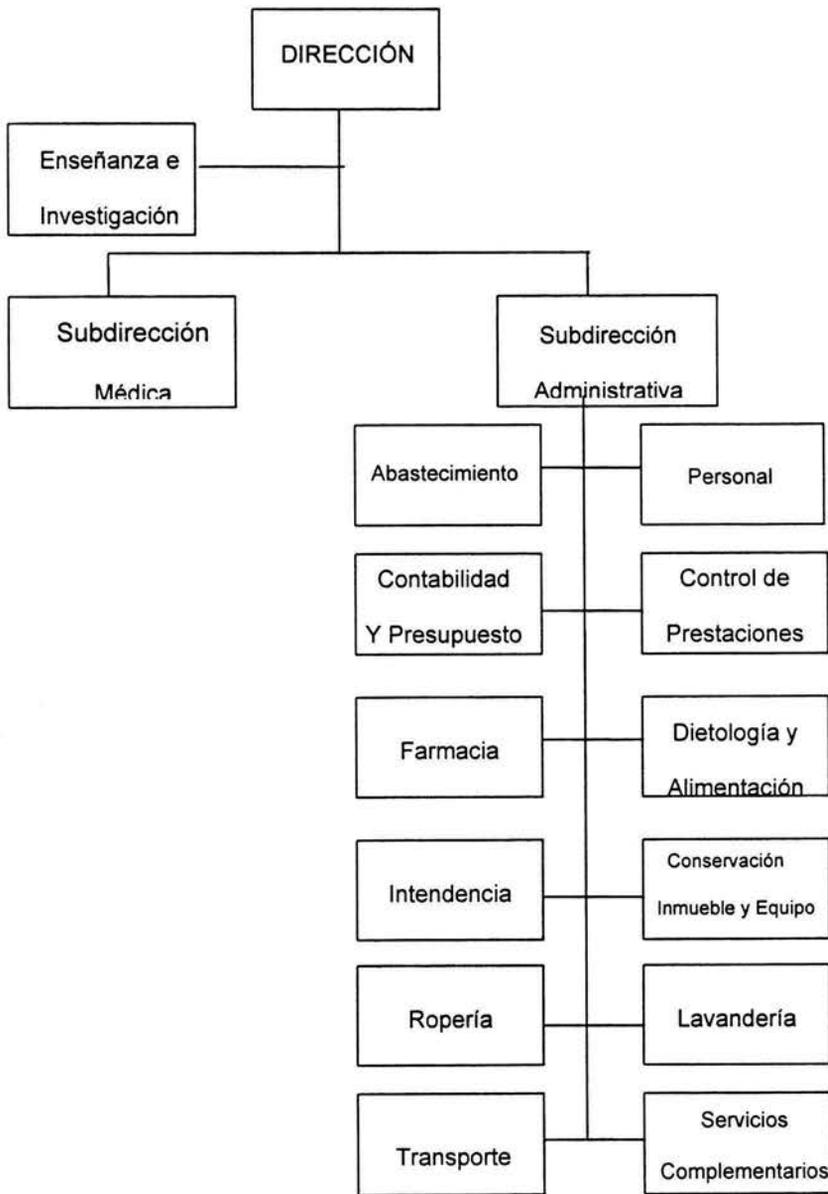
Aún cuando hemos señalado que los hospitales funcionan de acuerdo a una complejidad médica, la parte administrativa generalmente conserva sus mismas áreas, quizás con mínimas diferencias.

⁸ Kast y Rosenzweig. Administración en las Organizaciones. Edit. Mc Graw Hill Interamericana de México 1990

A continuación señalamos el organigrama con las principales funciones de los servicios que integran la estructura administrativa de los hospitales del tercer nivel de atención y que son la parte medular de este trabajo, toda vez que es la omisión de su conocimiento en los programas de estudio que se señalan en el capítulo IV de este trabajo.

⁹ Patlan Pérez. Algunas variables de la efectividad organizacional en los hospitales del sector salud. Tesis para obtener el grado de: Maestra en Administración de Organizaciones FCA 1994.

**ORGANIGRAMA EN QUE GENERALMENTE SE CONSTITUYEN LOS
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE LOS HOSPITALES DE ATENCIÓN
MÉDICA DE TERCER NIVEL.**



FUNCIONES:

- Abastecer de los artículos de consumo necesarios para la oportuna prestación de servicios según especificaciones requeridas.
- Establecer las dotaciones fijas de los artículos de consumo requeridos por las áreas de servicios, según necesidades y políticas institucionales.
- Determinar la eficiencia del abastecimiento, número de renglones surtidos, y porcentaje de lo recibido en comparación con lo solicitado.
- Analizar las justificaciones de las solicitudes de reposición extraordinaria de las áreas de servicio.
- Comprobar la oportunidad en la elaboración de solicitudes de reaprovisionamiento, según calendario establecido.
- Revisar la oportunidad de las compras por fondo fijo y la congruencia entre lo adquirido y el consumo registrado.
- Analizar estadísticas de consumo y su congruencia con los servicios otorgados.
- Comprobar la oportunidad en la elaboración de solicitudes de reaprovisionamiento, según calendario establecido.
- Revisar y analizar las justificaciones de las actas de baja elaboradas.
- Comprobar la oportunidad en las dotaciones de ropa contractual.

FUNCIONES:

- Analizar el cálculo de la fuerza de trabajo de la unidad hospitalaria por áreas y servicios.
- Analizar la congruencia de las cargas de trabajo para establecer las plantillas de personal por área de servicio.
- Analizar los registros, el funcionamiento y procedencia de los registros de incidencias (puntualidad, ausentismo, incapacidades, altas y bajas) del personal de acuerdo a políticas institucionales.
- Comprobar la congruencia de trámites del proceso de empleo (selección, contratación e inducción).
- Confirmar los informes de aptitudes del personal de nuevo ingreso.
- Revisar y analizar la conciliación de plazas.
- Comprobar la tramitación oportuna de las sustituciones requeridas.
- En base a reportes y estadísticas, proponer Planes de Programas de Capacitación al Personal Administrativo de la unidad hospitalaria.
- Conocer el origen y la frecuencia de las actas por riesgo de trabajo del personal de la unidad hospitalaria.

FUNCIONES:

- Verificar el comportamiento de la aplicación presupuestal por área o centros costo y en su caso proponer medidas de corrección.
- Analizar y comentar el comportamiento de las dotaciones fijas establecidas por área de servicio y grupo de suministro.
- Analizar y comentar sobre los consumos mensuales de la unidad y variaciones por grupo de suministro.
- Examinar la procedencia de pedidos extraordinarias al almacén y a la C. E. Y. E.
- Analizar el comportamiento en el consumo de víveres.
- Cotejar los movimientos contables – presupuestales de la unidad hospitalaria.
- Examinar los flujos de efectivo, en su caso, y autorizar su procedencia.
- Analizar el movimiento de medicamento en la farmacia.
- Supervisar las dotaciones fijas de artículos de consumo así como los mínimos y máximos de los almacenes de la unidad hospitalaria.

- Analizar los costos de la unidad por área de servicio y su relación con los servicios. Centro de costo.
- Vigilar y comprobar el manejo del fondo fijo.
- Realizar el inventario anual de los diferentes almacenes de la unidad hospitalaria (almacén general, de la farmacia, dietología, del laboratorio clínico, de radiodiagnóstico y de mantenimiento y conservación)

FUNCIONES:

- Controlar el otorgamiento de los servicios médicos proporcionados por la unidad hospitalaria, en su caso, a los derechohabientes según la reglamentación legal vigente.
- Establecer y controlar la sección de expedientes.
- Registrar los movimientos de población adscrita. Comprobar vigencia del derechohabiente.
- Establecer los registros y glosar los informes:
 - Historias clínicas elaboradas.
 - Población atendida en urgencias.
 - Censo diario de pacientes hospitalizados.
 - Registro diario hospitalización.
 - Censo de Enfermería.
 - Estudios (post – mortem): Anatomía Patológica.
 - Registro de los servicios:
 - Partos, abortos y productos.
 - Diario de intervenciones quirúrgicas.
 - Estudio de laboratorio clínico.
 - Estudio de RX.
- Pacientes en espera de ser hospitalizados.
- Elaborar la estadística de los servicios proporcionados por la unidad hospitalaria.
- Elaborar informe mensual de hospitalización.

- Elaborar informe mensual de servicios complementarios:
 - Banco de sangre.
 - Dietología y alimentación
 - Ropería / Lavandería
 - Conservación y mantenimiento.
 - Elaborar informe mensual de servicios proporcionados por la unidad hospitalaria.

FUNCIONES:

- Proporcionar eficientemente a los derechohabientes y a los servicios de hospitalización los medicamentos prescritos.
- Supervisar el consumo de medicamentos.
- Determinar los promedios mensuales de consumo y la congruencia con su prescripción.
- Determinar mínimos y máximos de existencias.
- Establecer el calendario de abastacimientos.
- Elaborar solicitudes de reaprovisionamiento.
- Elaborar informe mensual de medicamentos surtidos a derechohabientes y a los servicios de la unidad hospitalaria.
- Elabora estadísticas de consumo.
- Analizar la repercusión del costo de medicamentos en los servicios.

FUNCIONES:

- Proporcionar alimentación adecuada a pacientes hospitalizados y al personal autorizado de la unidad hospitalaria.
- Elaborar cuadro básico de minutas normales y especiales.
- Integrar el catálogo de proveedores (proponer su autorización al cuerpo de gobierno de la unidad hospitalaria)
- Elaborar cálculo de víveres para su adquisición.
- Autorizar vales extraordinarios al almacén de víveres.
- Elaborar los horarios para la distribución de alimentación a pacientes y personal.
- Elaborar el informe mensual de consumo de víveres y costos por ración.
- Analizar la congruencia entre el número de raciones servidas, informes de hospitalización y personal autorización y personal autorizado para tomar alimentos.

FUNCIONES:

- Conservar la limpieza efectiva, confiable y segura de las instalaciones que la unidad hospitalaria debe tener para otorgar sus servicios.
- Elaborar la distribución de fuerza de trabajo por área y turno, en base a los planos de la unidad.
- Determinar el equipo y materiales necesarios para la limpieza de la unidad hospitalaria.
- Programar actividades por áreas de servicio, por frecuencia y tipo.
- Establecer cédulas de evaluación por área.
- Verificar los resultados de evaluación de los programas establecidos.
- Establece sistema de manejo de desechos y desperdicios.
- Elaborar programas de adiestramiento en servicio.

FUNCIONES:

- Elaborar los inventarios de:
 - Obra Civil (Edificio e Instalaciones)
 - Equipo Médico
 - Casa de Máquinas
 - Sistema de Aire Acondicionado
 - Cocina
 - Lavandería
 - Transporte

Así como la información al respecto, tales como: planos, especificaciones, manuales e instructivos de instalación, manejo y mantenimiento, refacciones y proveedores, representantes y contratistas.

- Elaborar Planes y Programas de Mantenimiento Preventivo.
- Determinar y establecer los registros de Control, para el análisis de las condiciones de funcionamiento de equipos e instalaciones, costos e información, para la oportuna toma de decisiones.
- Supervisar la oportuna y correcta ejecución de los trabajos.
- Analizar los reportes de inspección y reparación
- Elaborar planes y programas de capacitación y actualización del personal.

- Elaborar los informes correspondientes con la oportunidad señalada.
- Estimar los recursos materiales (refacciones, herramientas, equipo, etc.) necesarios para satisfacer oportunamente las demandas de mantenimiento y conservación.
- Determinar volúmenes, calidad y oportunidad del suministro de fluidos y ambiente físico.

FUNCIONES:

- Abastecer, reponer y controlar con eficiencia y eficacia la ropa a los servicios de la unidad hospitalaria.
- Elaborar cálculo de las dotaciones de ropa hospitalaria.
- Verificar la oportunidad en la solicitud y recepción de ropa hospitalaria.
- Analizar causas de las mermas de ropa hospitalaria.
- Realizar inventarios físicos de las prendas.
- Establecer procedimiento de control interno de ropa hospitalaria.
- Establecer horarios de canje de ropa, en coordinación con los servicios del hospital.
- Determinar la eficiencia en el reaprovisionamiento de ropa hospitalaria.

FUNCIONES:

- Establecer procesos de lavado para la ropa hospitalaria según el tipo y grado de limpieza.
- Verificar la eficiencia de los procesos en el tratamiento a la ropa, según técnicas establecidas.
- Identificar la capacidad instalada del equipo.
- Registrar el consumo de materiales según fórmulas utilizadas.
- Analizar la congruencia entre capacidad instalada, volúmenes de ropa procesados y relación de costos.

FUNCIONES:

- Proporcionar los servicios de transporte necesarios a la unidad hospitalaria para que se otorguen con eficiencia y eficacia.
- Elaborar el inventario y control técnico de los vehículos de la unidad.
- Elaborar el programa de mantenimiento preventivo de las unidades de transporte.
- Establecer el control administrativo de consumos y reparaciones por vehículo.
- Elaborar calendario de vigencia de la documentación del personal y vehículos
- Establecer el registro de movimientos de vehículos.
- Analizar los servicios proporcionados por vehículo, consumo y costo de lubricantes y combustibles así como kilometraje recorrido.
- Verificar la congruencia de los costos unitarios con los servicios proporcionados.

FUNCIONES:

- Proporcionar a la unidad hospitalaria vigilancia, seguridad y comunicación necesario para su funcionamiento.
- Determinar el sistema de vigilancia y control de accesos, según horarios de visita, movimiento de vehículos y planos de la unidad hospitalaria.
- Establecer el sistema de vigilancia y consignas según los servicios de la unidad.
- Establecer la custodia de valores del derechohabiente hospitalizado.
- Analizar las necesidades de intercomunicación y revisar el registro de llamadas de larga distancia.
- Corroborar el adecuado manejo de desechos y desperdicios
- Comprobar el adecuado funcionamiento del control del estacionamiento.
- Supervisar el adecuado registro y control del mortuorio.

Estas áreas funcionales, esquematizadas de manera generalizada, serán la referencia para fincar nuestra investigación y conocer la importancia que sobre su conocimiento debe tener el profesional que llegue a desempeñar sus funciones como responsable de ellas o como base de un conocimiento de los sistemas de salud.

III INVESTIGACIÓN DE CAMPO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.2 SUJETO DE INVESTIGACIÓN.

3.3 UNIVERSO.

3.4 MUESTRA.

**3.5 DISEÑO DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN
DE DATOS.**

3.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

III INVESTIGACIÓN DE CAMPO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se trata de una investigación exploratoria, observacional, transversal en nivel directivo, no participante.

Exploratoria, debido a que *el objetivo es examinar un tema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.*¹ Por lo tanto se carece de un marco teórico suficiente y sólido que fundamente una hipótesis de trabajo, y por ello mismo, solo se plantean objetivos de investigación.

Observacional, porque es una investigación *en la cual el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por lo tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.*²

Transversal, ya que en este estudio *se mide una sola de las variables; se miden las características de un grupo de variables en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.*³

No participante ya que el investigador no se involucra con el fenómeno estudiado.

¹ HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto, *et al; Metodología de la Investigación*; México: McGraw Hill, 1998, 2° ed.

² MENDEZ Ramírez, Ignacio, *et al; El protocolo de investigación*; México: Trillas, 1994 2° ed.

³ *Ibidem.*

3.2 SUJETO DE INVESTIGACIÓN

Se consideran los sujetos de investigación a los titulares de la dirección de administración, subdirección administrativa o áreas análogas de la Unidad Medica de Tercer Nivel.

3.3 UNIVERSO

La cobertura que se pretende lograr, acorde a las necesidades de la investigación, es del Distrito Federal, puesto que se considera el mercado natural de la demanda de la maestría. En esta entidad se tienen identificadas 28 Unidades Médicas de tercer nivel que integran el sistema de salud. A continuación se relacionan:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MÉDICO SIGLO XXI

1. Hospital de Especialidades
2. Hospital de Cardiología
3. Hospital de Pediatría
4. Hospital de Oncológica

CENTRO MÉDICO LA RAZA

5. Hospital de Especialidades
6. Hospital General
7. Hospital de Gine-Obstetricia
8. Hospital de Infectología

- 9 Hospital de Traumatología. Magdalena de las Salinas
10. Hospital de Ortopedia. Magdalena de las Salinas
11. Hospital de Gineco-Obstetricia

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

12. Centro Médico 20 de Noviembre
13. Hospital Adolfo López Mateos
14. Hospital Gonzalo Castañeda
15. Hospital Darío Fernández

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

16. Hospital de Neurología y Neurocirugía
17. Hospital de Cardiología
18. Hospital Ciencias Médicas y nutrición
"Salvador Subirán"
19. Hospital de Cancerológica

- 20. Hospital de Pediatría
- 21. Hospital de Perinatología
- 22. Hospital en Enfermedades respiratorias

- 23. Hospital Juárez
- 24. Hospital General de México
- 25. Hospital General "Manuel GEA González"
- 26. Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

- 27. Hospital Central Militar
- 28. Centro Médico Naval

3.4 MUESTRA

Dada la cantidad de unidades médicas de tercer nivel, se consideró en un principio un estudio censal, sin embargo, debido a la indisponibilidad de algunos sujetos de investigación, se decidió desarrollar un muestro no probabilístico, por conveniencia, resultando al finalizar un total de 16 sujetos que representan el 57% del Universo.

3.5 DISEÑO DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Con base en las características y necesidades de la investigación y sus objetivos, se consideró adecuado el uso de cuestionario, debido a su facilidad de aplicación y por los datos estandarizados requeridos por la investigación:

Este instrumento se desarrolló tratando de resaltar la importancia relativa, con base en las áreas funcionales señaladas en el capítulo II y la experiencia profesional de quien esto escribe.

Asimismo, se decidió utilizar en el instrumento escalas de medición intervalar, así como categóricas.

Se considera que la escala intervalar es útil en esta investigación para determinar el grado de conocimientos sobre cada servicio, de quien pretenda desempeñar las funciones administrativas de una unidad medica, sin la pretensión de elaborar un cuestionario que profundizara en las funciones citadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



DIVISIÓN DE POSGRADO

CUESTIONARIO

Este cuestionario tiene el propósito de obtener información útil para la elaboración de una Tesis de Maestría en administración de la Atención Médica y Hospitales, por lo que agradeceremos sus respuestas al presente.

INSTRUCCIONES:

SUBRAYE EL INCISO QUE CONSIDERE REFLEJE SU OPINIÓN MÁS PRECISA ACERCA DEL GRADO DE IMPORTANCIA EN CONOCIMIENTOS QUE DEBE TENER QUIEN SE DESEMPEÑE EN LA ADMINISTRACIÓN DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA:

INTENDENCIA

1. ESTABLECER PROGRAMAS DE LIMPIEZA RUTINARIOS Y EXHAUSTIVOS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

2. CONOCER EL EQUIPO Y MATERIALES DE LIMPIEZA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

3. ¿DE IGUAL MANERA AUTORIZAR EL SISTEMA DE MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

ABASTECIMIENTO

4. ESTABLECER LAS DOTACIONES FIJAS DE LOS ARTÍCULOS DE CONSUMO REQUERIDOS POR LAS ÁREAS DE SERVICIO, CONOCER SUS NECESIDADES Y POLÍTICAS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

5. CONOCER DEL CONTROL DE EXISTENCIAS DEL ALMACÉN POR GRUPOS DE SUMINISTROS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

6. ANALIZAR ESTADÍSTICAS DE CONSUMO Y SU CONGRUENCIA CON LOS SERVICIOS OTORGADOS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

PERSONAL

7. ANALIZAR EL CÁLCULO DE LA FUERZA DE TRABAJO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA POR ÁREAS DE SERVICIO:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

8. ANALIZAR EL COMPORTAMIENTO DE LA FUERZA DE TRABAJO ES IMPORTANTE PORCENTUALMENTE EN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

9. ESTABLECER PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

TRANSPORTE

10. ESTABLECER EL CONTROL ADMINISTRATIVO DE CONSUMOS Y REPARACIÓN POR VEHÍCULO:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

11. SUPERVISAR LA VIGENCIA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PERSONAL Y DE LOS VEHÍCULOS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

12. ELABORAR EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS UNIDADES DE TRANSPORTE:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

CONTROL DE PRESTACIONES

13. ELABORAR LA ESTADÍSTICA DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LA UNIDAD HOSPITALARIA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

14. CONTROLAR EL OTORGAMIENTO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS POR LA UNIDAD:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

15. ESTABLECER Y CONTROLAR LA SECCIÓN DE EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

DIETOLOGÍA Y ALIMENTACIÓN

16. ELABORAR CÁLCULO DE VÍVERES PARA SU ADQUISICIÓN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

17. ELABORAR EL CUADRO DE MINUTAS NORMALES Y ESPECIALES:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

18. ELABORAR LOS HORARIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTACIÓN A PACIENTES:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

FARMACIA

19. SUPERVISAR EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

20. DETERMINAR LOS PROMEDIOS MENSUALES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y LA CONGRUENCIA CON SU PRESCRIPCIÓN :

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

21. DETERMINAR MÍNIMOS Y MÁXIMOS DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E IDENTIFICAR MERMAS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

22. PROPORCIONAR A LA UNIDAD HOSPITALARIA LA VIGILANCIA, SEGURIDAD Y COMUNICACIÓN NECESARIOS PARA SU BUEN FUNCIONAMIENTO:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

23. DETERMINAR EL SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE ACCESOS, SEGÚN HORARIO DE VISITA, MOVIMIENTO DE VEHÍCULOS Y PLANOS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

24. ESTABLECER LA CUSTODIA DE VALORES DE LOS DERECHOHABIENTES:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

CONSERVACIÓN

25. DETERMINAR VOLÚMENES, CALIDAD Y OPORTUNIDAD DEL SUMINISTRO DE FLUIDOS Y AMBIENTES FÍSICOS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

26. ELABORAR INFORME MENSUAL DE LOS TRABAJOS REALIZADOS POR EL ÁREA DE CONSERVACIÓN Y LOS PENDIENTES DE EJECUCIÓN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

27. ELABORAR EL PAO (PRESUPUESTO ANUAL DE OPERACIONES) :

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D) MÁS DE 75%

ÁREA PRESUPUESTAL CONTABLE

28. ELABORAR EL PRESUPUESTO POR ÁREAS O CENTRO DE COSTO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

29. ANALIZAR LOS CONSUMOS MENSUALES EN RELACIÓN CON LAS DOTACIONES FIJAS ESTABLECIDAS POR ÁREAS Y GRUPOS DE SUMINISTRO DESDE EL PUNTO DE VISTA PRESUPUESTAL:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

30. REALIZAR INVENTARIO ANUAL DE LOS DIFERENTES ALMACENES DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, ES IMPORTANTE PORCENTUALMENTE EN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

ROPERÍA

31. ABASTECER, REPONER Y CONTROLAR CON EFICIENCIA Y EFICACIA LA ROPA DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

32. ELABORAR EL CÁLCULO DE LAS DOTACIONES DE ROPA HOSPITALARIA:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

33. ELABORAR INVENTARIO FÍSICO DE LAS PRENDAS ASÍ COMO IDENTIFICAR Y ANALIZAR MERMAS:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

LAVANDERÍA

34. ESTABLECER PROCESOS DE LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA SEGÚN EL TIPO Y GRADO ES IMPORTANTE PORCENTUALMENTE EN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

35. REGISTRAR EL CONSUMO DE MATERIALES DE PROCESO DE LAVADO DE ROPA, SEGÚN FÓRMULAS UTILIZADAS ES IMPORTANTE PORCENTUALMENTE EN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

36. ESTABLECER EL COSTO DEL PROCESO DE LIMPIEZA DE LA ROPA PROCESADA, ES IMPORTANTE PORCENTUALMENTE EN:

A) MENOS DE 25% B) DE 25 A 50% C) DE 51 A 75% D)MÁS DE 75%

3.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para examinar los resultados de la investigación exploratoria se integra la siguiente tabla de frecuencias; el grado equivalente de importancia en el conocimiento o desempeño en las respuestas es como sigue:

A *menos del 25%*, B *del 25 al 50%*, C *de 51 a 71 %*, y D *más de 75%*.

***Las opciones sin respuesta NO se incluyen**

ÁREA: INTENDENCIA

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
1			
	C	1	6.7
	D	14	93.3

- En el establecimiento de los programas de limpieza, los sujetos señalaron una marcada significación en su establecimiento.

2

C	5	33.0
D	10	67.0

- A la respuesta del conocimiento sobre el equipo y material, solo las dos terceras partes le conceden mayor importancia.

3

D	15	100
---	----	-----

- Es unánime el interés que demanda el manejo de los desechos peligrosos.

➤ *Resulta evidente la prioridad en el manejo de desechos que supera en importancia el establecimiento de los programas.*

ÁREA: ABASTECIMIENTOS

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
4	C	1	6.7
	D	14	93.3
	▪ Marca lo relevante del establecimiento de las dotaciones fijas a los servicios.		
5	C	2	13
	D	13	87
	▪ Resulta determinante conocer el comportamiento de los grupos de suministro.		
6	C	1	6.7
	D	14	93.3
	▪ Nos muestra lo trascendente de estos elementos para la congruencia de la relación entre consumos y servicios otorgados.		
	➤ <i>En las respuestas obtenidas se observa que, ignorar el conocimiento de esta área de apoyo a la operación, puede generar trastornos graves en el otorgamiento de los servicios.</i>		

ÁREA: PERSONA

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
----------	-----------	------------	---

7

D	15	100
---	----	-----

- La unanimidad de esta respuesta resalta el interés de la distribución de este recurso, de por sí el más valioso para la Institución.

8

D	15	100
---	----	-----

- El analizar el comportamiento del recurso humano se distingue sin discusión.

9

C	4	26.7
---	---	------

D	11	73.3
---	----	------

- Es significativo que casi una tercera parte de los sujetos no demuestran un alto grado de involucramiento en los programas de capacitación.

➤ *El conocimiento sobre el manejo de los Recursos Humanos explica su importancia por sí mismo disminuyéndose en el aspecto de la capacitación, debido quizá, a que en algunas unidades hospitalarias se trabaja con programas institucionales.*

ÁREA: TRANSPORTE

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
----------	-----------	------------	---

10

B	1	6.7
C	3	20
D	11	73.3

- La respuesta al desempeño del control vehicular nos señala una opinión dispersa, aunque concentrándose en la opción de mayor importancia.

11

B	1	6.7
C	3	20
D	11	73.3

- Las respuestas concernientes a la vigencia de la documentación de personal y vehículos muestran dispersión.

12

A	1	6.7
C	1	6.7
D	13	86.6

- El conocimiento del programa de mantenimiento de los vehículos muestra el mayor grado de dispersión.

➤ *En algunas instituciones los vehículos y su personal operativo no se consideran adscritos a la unidad hospitalaria, lo cual podría explicar la dispersión de las respuestas.*

ÁREA: CONTROL DE PRESTACIONES

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
13			
	C	1	6.7
	D	14	93.7

- Las estadísticas de servicios prestados resaltan la importancia de su manejo.

14			
	D	15	100

- El control de los servicios médicos otorgados, muestran de manera unánime la importancia de su conducción.

15			
	B	1	6.7
	D	14	93.7

- El no controlar los expedientes de los pacientes de manera efectiva puede llegar a tener consecuencias legales para la institución.

➤ *Servicio fundamental para conocer el sustento estadístico del servicios proporcionados, como herramienta fundamental para los planes de desarrollo de la Unidad Hospitalaria.*

ÁREA: DIETOLOGÍA Y ALIMENTACIÓN

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
16	B	1	6.7
	D	13	87
	NO APLICA	1	6.7

- Las respuestas sobre el cálculo de víveres se diversifican.

17	A	1	6.7
	C	5	33.3
	D	8	53.3
	NO APLICA	1	6.7

- Las respuestas que los sujetos dan sobre el conocimiento de las minutas es muy dispersa.

18	B	1	6.7
	C	1	6.7
	D	12	80
	NO APLICA	1	6.7

- Es de llamar la atención la disgregación de las respuestas que sobre el establecimiento de los horarios de alimentación proporcionan los directivos.

➤ *Las respuestas proporcionadas sobre el conocimiento de las funciones de este servicio son las más dispersas del cuestionario, sin que pierdan importancia las labores del servicio*

ÁREA: FARMACIA

<i>PREGUNTA</i>	<i>RESPUESTA</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>%</i>
19	C	1	6.7
	D	14	93.3
<ul style="list-style-type: none"> • El involucramiento en la supervisión de los consumos de esta supervisión es evidente 			
20	B	1	6.7
	D	14	93.3
<ul style="list-style-type: none"> • Las respuestas escogidas sobre la determinación de los promedios mensuales, se dispersan, pero sin perder importancia. 			
21	C	2	13
	D	13	87
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer el comportamiento de los mínimos y máximos en las existencias cae dentro del rango de importancia de conocimiento. 			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>En los últimos años esta función ha desmerecido, significativamente en los servicios institucionales, la prestación del servicio</i> 			

ÁREA: SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
----------	-----------	------------	---

22

C	1	6.7
---	---	-----

D	14	93.3
---	----	------

- Las respuestas obtenidas sobre los aspectos de vigilancia, seguridad y comunicación en las unidades hospitalarias, demuestran lo significativo de su aplicación.

23

B	1	6.7
---	---	-----

D	14	93.7
---	----	------

- Aún cuando las respuestas se dispersan, mantienen su involucramiento en lo relativo al sistema de vigilancia y control de accesos.

24

A	1	6.7
---	---	-----

B	1	6.7
---	---	-----

C	5	33.3
---	---	------

D	8	53.3
---	---	------

- Estas respuestas sobre el control de valores se dispersan.

➤ *Los servicios de vigilancia comunicación, seguridad y control de accesos, muestran un mayor involucramiento de los sujetos, en tanto que la custodia de valores a derechohabientes atomiza.*

ÁREA: CONSERVACIÓN

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
25	B	1	6.7
	D	14	93.3

- Las respuestas proporcionadas sobre el suministro de fluidos y ambientes físicos, muestra lo esencial que es para los directivos.

26	C	2	13
	D	13	87

- El involucramiento de los directivos en los informes sobre trabajo de mantenimiento es relevante.

27	C	1	6.7
	D	14	93.3

- El presupuesto anual de operaciones muestra en las respuestas de los sujetos su importancia.

- *Sobre este servicio existen diferentes criterios sobre su ubicación en el organigrama de la unidad hospitalaria no en todos depende del área administrativa pero su impacto en la prestación de los servicios y en los costos es determinante.*

ÁREA: PRESUPUESTAL CONTABLE

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
----------	-----------	------------	---

28

D	15	100
---	----	-----

- La elaboración de los presupuestos por área o centros de costo, muestra su importancia en la unanimidad de sus respuestas.

29

D	14	93.5
---	----	------

NO APLICA	1	6.5
-----------	---	-----

- La respuesta "no aplica" resulta relevante, ya que el análisis de los consumos es parte fundamental en la prestación de los servicios.

30

C	1	6.7
---	---	-----

D	14	93.3
---	----	------

- La realización de los inventarios manifiesta su importancia con las respuestas de los directivos.

➤ *Función elemental que permite conocer los costos de la atención médica, y herramienta fundamental para la planeación en la prestación de los servicios de la unidad hospitalaria.*

ÁREA: ROPERÍA

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
----------	-----------	------------	---

31

B	1	6.7
C	1	6.7
D	13	86.6

- La respuesta de los sujetos respecto al manejo de la ropa hospitalaria muestra dispersión.

32

B	1	6.7
C	1	6.7
D	13	86.6

- Las respuestas de los sujetos, sobre el calculo de las dotaciones fijas de ropa hospitalaria señala disgregación.

33

C	1	6.7
D	14	3.3

- La importancia que señala las respuestas sobre el inventario físico de prendas, muestra el involucramiento de los sujetos.

➤ *El indebido desarrollo de esta función repercute en la imagen de la unidad hospitalaria y en el análisis de los costos.*

ÁREA: LAVANDERÍA

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	%
34	A	1	6.7
	C	1	6.7
	D	9	60
	NO APLICA	4	6.6

- Las respuestas obtenidas sobre procesos de lavado de ropa hospitalaria resultan marcadamente dispersas.

35	A	1	6.7
	C	1	6.7
	D	8	53.3
	NO APLICA	5	33.3

- Las repuestas proporcionadas acerca del registro de consumo de materiales, en el proceso de lavado, son significativamente disgregadas.

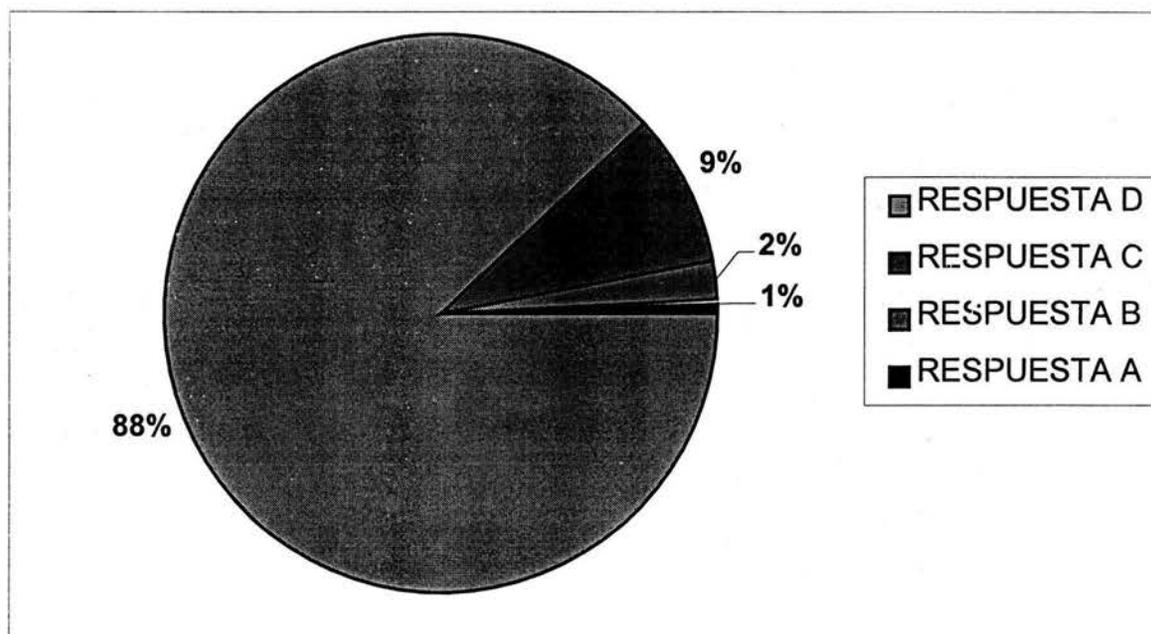
36	C	1	6.7
	D	19	6.7
	NO APLICA	4	26.6

- Las respuestas, referentes a los costos de procesos de limpieza de ropa hospitalaria son muy difusas.

➤ *La importancia prevalece a pesar de lo difuso de las respuestas. No todas las unidades hospitalarias tienen integrados este servicio, lo que puede generar la dispersión en las respuestas.*

Las respuestas que proporcionaron los sujetos de la investigación, quedaron de la siguiente manera:

Pregunta:	A: Con importancia de menos de 25% :	5	1%
	B: Con importancia de 25 a 50% :	11	2%
	C: Con importancia de 51 a 75% :	47	9%
	D: Con importancia de más de 75%:	460	88%
	No aplica	17	



IV. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE IMPARTEN ESTUDIOS DE MAESTRÍA EN SERVICIOS DE SALUD

4.1 LA EDUCACIÓN, PROPÓSITO E IMPORTANCIA.

4.2 LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD.

4.3 INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE IMPARTEN ESTUDIOS EN MAESTRÍA EN SERVICIOS DE SALUD

IV. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE IMPARTEN ESTUDIOS DE MAESTRÍA EN SERVICIOS DE SALUD

4.1 LA EDUCACIÓN, PROPÓSITO E IMPORTANCIA

Implica un conocimiento claro y preciso de la realidad social en que se ubica; la facultad de buscar la información importante y permanente para plantear alternativas con inteligencia y con espíritu crítico, así como los medios de difusión necesarios pero planteados con claridad y precisión; capacidad para seleccionar las más premisorias en razón de los valores sociales; y la habilidad para establecer la comunicación con grupos y personas adicionadas actuando con lealtad, honestidad y seguridad para guiar a sus equipos de trabajo al alcance de los objetivos propuestos.

Paul Freire¹ hace notar que la verdadera educación es aquella que capacita a la persona para la vida, ser independiente, autónoma y consolidar sus propias opiniones. Capaz de adoptar su personalidad a las expectativas sociales. Es, dice el autor, praxis, reflexión y acción del hombre sobre su mundo para transformarlo.

El tener un enfoque técnico – conceptual de la educación que es necesaria para apoyar los programas sociales y comprender los aspectos filosóficos, psicológicos y sociales que se fijan a ellos, nos permitirá la posibilidad de señalar

¹ Freire, Paulo. Pedagogía del Oprimido. Siglo XXI Editores, S. A. México, 1970

con la mayor claridad y precisión el producto que necesitamos como consecuencia de la acción educativa.

John Dewey ² filósofo norteamericano que desarrollo importantes contribuciones a la educación desde los últimos años del siglo XIX hasta su muerte en 1952, hizo notar la frecuencia en que el método docente se centra en el maestro y no en el educando.

De igual manera señaló que el defecto más grave de los métodos de enseñanza es el divorcio que existe entre el saber y su aplicación; de allí su señalamiento de que la educación no es la preparación para la vida, sino la vida misma. Allí se origina el uso cada vez mayor de los hechos reales como objeto de estudio y la actual tendencia del enfoque de “docencia – servicio” y la solución de problemas como la puerta de la verdad o del valor de la reflexión hecha por el alumno sobre la información recabada. Afirmaba que este tipo de enseñanza es un gran motivador para estudiar.

Álvarez Manilla ³ señala que hay dos grandes concepciones del aprendizaje. Una de ellas parte de la idea de que el individuo es un ser incompleto y para completarlo hay que darle información, por lo que la transmisión de ésta se hace el elemento central de la enseñanza. La segunda concepción reconoce que el individuo tiene potencialidades que puede desarrollar mediante acciones que se complementan con información.

El papel de la educación es facilitar al individuo las acciones que le permitan hacer realidad su pensamiento.

² Azevedo, Fernando de. Sociología de la Educación. Fondo de Cultura Económica. México, 1973

Al respecto los aportes de Jean Piaget ⁴ fundamentan las bases para el estudio de aspectos tan importantes como la inteligencia, el aprendizaje, el conocimiento, la memoria y otros. Gracias a sus estudios ahora sabemos que el individuo es el que organiza su universo debido a una serie de invenciones en las que estructura objetos, espacio, tiempo y causas en un todo coherente y lógico.

Sin duda que en nuestro país, como en toda Latinoamérica, se requiere mano de obra calificada, generalmente a nivel técnico o profesional y son los sujetos que requieren del conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, responsabilidades y actitudes que como trabajadores deben desarrollar en condiciones específicas, acorde al análisis y descripción de puestos, por lo que se hace necesario definir por medio de abstracción, cuales son los elementos psicológicos y técnicos que el individuo posee, desarrollar sus aptitudes para aprender lo que necesita, y en una etapa posterior, lo que puede hacer.

En relación a este punto, García Cortés ⁵ señala que a los educadores les ha interesado la medición y la evaluación de estos dos grandes campos: lo que la persona puede hacer y lo que la persona hará. A la primera se le llama medición y evaluación de la capacidad; la cual se divide en las de aptitud, lo que puede aprender y, de aprovechamiento o rendimiento, lo que aprendió. Conforme a la segunda, lo que hará se relaciona con la medición y evaluación de la

³ Álvarez Manilla, José Manuel. Bases para la planeación curricular. Revista de la facultad de Medicina, UNAM. México.

⁴ Piaget, Jean. La Psicología en Tendencias de la Investigación en Ciencias Sociales. Alianza Editorial, S. A. Madrid, 1975.

⁵ García Cortés, Fernando. La medición y la evaluación en la educación. Comisión Nuevos Métodos de Enseñanza. Documento CHME/72.21. UNAM, México, 1972

personalidad, para que de acuerdo con sus acciones presentes, sea posible predecir su conducta en el futuro.

Un individuo para poder aprender, o sea para evaluar su aptitud, como señala Álvarez Manilla ⁶ debe cumplir con ciertos requisitos, que de hecho son objetivos alcanzados previamente. Al dicotomizar éstos, podríamos decir que se refieren a la experiencia y a los conocimientos que le permitan alcanzar el nuevo objetivo de aprendizaje. Para ello será necesario que posea la inteligencia suficiente para lo que va a aprender. Asimismo el individuo que quiere adquirir nuevos créditos tiene que estar dispuesto a trabajar, ya sea en condiciones estables o bajo presión.

La posibilidad de que las características personales sean utilizadas convenientemente dependen tanto de los docentes, como de los recursos técnicos utilizados.

Si todo lo anterior se ubica en un ambiente adecuado, las posibilidades de que el alumno logre un alto rendimiento serán bastante optimistas. Es de reconocerse que la función educativa deberá ser de gran calidad para no caer en posiciones simplistas de control y represión, en los cuales en ocasiones se centra, pues se considera que es más fácil su aplicación, sin tener en cuenta que es una barrera para el aprendizaje.

Sin embargo, no todas las características que son necesarias para aprender son suficientes para lograr el adecuado desempeño, pues el individuo que ya adquirió nuevos conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, tiene que aplicarlas en un medio competitivo. Es necesario que desarrolle sus relaciones

⁶ Álvarez Manilla, José Manuel. Metodología General de la Planeación de la Enseñanza, en Planificación y Además de la Enseñanza en Graduados en Medicina. Facultad de Medicina. UNAM. México. 1976

humanas para trabajar armoniosamente con sus compañeros y para tener una actitud digna, respetuosa y leal con las autoridades, lo que a su vez será igual con sus colaboradores. Para poder realizar adecuadamente su trabajo deberá actuar con madurez, entendida como una ubicación en la realidad empírica; tendrá que manejar el conflicto, operar la presión, adecuar su comportamiento, su presencia y manera de expresarse, todo lo anterior relacionado con las expectativas del puesto.

Las formas de vida morales y materiales son transmitidas directamente por la sociedad, pero las formas intelectuales necesitan del lenguaje como modo de aprendizaje para su adquisición. Al nacer el hombre encuentra patrones culturales que actúan sobre él, algunos son primarios como la familia, y otros secundarios. Durante su vida pertenecerá a grupos múltiples que le permitirán multiplicidad de relaciones y por ende una mayor libertad. Además de sus grupos de pertenencia el individuo tiene modelos de referencia, o sea, formas de vida o de actuación profesional, que valorará más que otros y a los cuales deseará llegar.

La sociedad actúa en diversas formas sobre el individuo para moldearlo a su cultura, el aspecto cultural es muy marcado en sitios y épocas. Un hecho fundamental ocurre cuando se desarrolla progresivamente el lenguaje escrito como medio de aprendizaje, lo cual condiciona el nacimiento de un "Magíster", el nacimiento de la escuela. Como señala Fayre ⁷ "esta precedencia de lo escrito sobre lo hablado sigue estando profundamente anclada en la mayoría de los sistemas actuales de enseñanza". La educación debe ser la rama de mayor actividad en el mundo en términos presupuestales. Así mismo se consideran tres fenómenos sociológicos en la educación:

⁷ Fayre, Edgar; Herrera, Felipe; Kavddora, A; López, H. *Aprender a ser. Alianza – Universidad. Madrid 1973.*

1. Precede al nivel de desarrollo económico;
2. Se emplea conscientemente en preparar para un tipo de sociedad que todavía no existe;
3. La sociedad rechaza los productos de la educación; hecho paradójico y contradictorio que se deriva del desfase epistemológico entre una población mal informada y un conocimiento científico cada vez más amplio y profundo.

Algunas instituciones prefieren la selección previa y restrictiva de los alumnos que serán admitidos en la educación superior; en tanto que otros tienen como práctica común la educación abierta y a distancia, lo cual implica recursos amplios en calidad y cantidad para satisfacer la demanda.

No podemos dejar de recordar a Durkheim⁸ quien señala que la educación es un fenómeno social, pues sus fines son la socialización del individuo por medio de las instituciones educativas, cuyas propiedades le son impuestas desde afuera; es decir, por la sociedad en su conjunto, y después tendrán resultados que afectarán a todos.

Las instituciones educativas, como todo órgano social no son ligadas por las generaciones anteriores. Como no hemos tomado parte en su formación, lo primero que nos debe interesar conocer son los orígenes de su creación y desarrollo para conocer las causas de su procedencia y encontrarnos restos de una educación concebida para otro tipo de sociedad.

Específicamente en el campo de la educación se aprecia el interés para preparar individuos para puestos que cada vez demandan mayor especialización,

⁸ Durkheim, Emile. Education et Sociologie. Presses Universitaires de France. Paris 1966

y en nuestro caso, para personal directivo en sistemas de salud, muchos profesionales se ven limitados por problemas económicos y de responsabilidades familiares que limitan la factibilidad de disponer de tiempo y recursos para hacerlo. En relación a las escuelas también han cambiado los enfoques en la forma de enseñar, de ahí la necesidad de tener un conocimiento lo más completo posible del campo social donde vamos a actuar para que nuestras acciones sean útiles, ya que de otra forma se hace evidente la afirmación de Mayntz⁹, “La ausencia de conocimientos estimula mitos y la confortable ilusión de que no es necesario avanzar”.

4.2 LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Se debe considerar que la educación del administrador en el campo de la salud tiene que basarse en una capacitación intelectual que le permita adquirir conocimientos que aplicará en forma natural para la toma de decisiones de manera adecuada y coherente, y para ejecutar acciones técnicas en diversos contextos que tengan como propósito contribuir a mejorar la salud de la población.

La importancia de éstos puntos de vista aplicados a la Administración de la Salud resulta significativa sobre todo para los países latinoamericanos que necesitan lograr su identidad para aplicar teorías y conceptos de aceptación general, a la solución de sus problemas específicos.

⁹ Mayntz, Renate. Sociología de la Organización.

Esta alternativa de la Educación en Administración de Salud es diferente a aquella que pretende mejorar un estudiante para que adquiera los conocimientos necesarios para la generación de técnicas, de acuerdo a situaciones concretas relacionadas con prácticas actuales de una disciplina específica.

El enfoque se justifica considerando la escasez de personal calificado para su ejercicio, pero si es indudable que lo menos deseable será un administrador rígido, inseguro, con miedo al cambio, limitado para la toma de decisiones y sin un claro sentido de espíritu de servicio.

Específicamente en el campo de la salud se aprecia el interés por proponer personal para puestos específicos que requieren mano de obra calificada, pues es evidente la demanda de personal especializado debido a las tendencias sociales y laborales y al mismo tiempo las limitaciones institucionales para autoproverse de personal calificado para mandos directivos.

Las posibilidades de acceso a la educación para funcionarios del sector salud también se relaciona en opciones de oferta – unidad, ya que por las características mismas de su especialización no abundan las instituciones que brinden la oportunidad de preparación, aunado a los problemas económicos, pues en muchas ocasiones los profesionales que aspiran a ella tienen responsabilidades familiares que limitan la facilidad de disponer de tiempo y recursos para hacerlo; y las instituciones de Salud hace mucho tiempo que han abandonado la práctica de desarrollar su recurso humano en la función de administrar los servicios de salud.

4.3 INSTITUCIONES DONDE SE IMPARTEN LAS MAESTRÍAS EN ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD.

A continuación presentamos los programas de las maestrías en sistemas de salud de las instituciones educativas: Instituto Nacional De Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad La Salle, Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma del Estado de México y Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM; en donde podemos observar que dentro de sus mapas curriculares no se incluye el estudio de las áreas funcionales administrativas de unidades de atención médica descritos en el capítulo II y materia medular de este trabajo:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Maestría en Administración de Servicios de Salud

OBJETIVOS GENERALES

La Maestría en Ciencias de la Salud con Área de Concentración en Economía de la Salud (MCES) busca ofrecer un entrenamiento riguroso en los aspectos teóricos y técnicos del campo de la Economía de la Salud así como en las diversas vinculaciones entre la economía y la salud pública. Los estudiantes recibirán la formación necesaria para poder realizar investigación de alta calidad en cualquiera de los campos de estudio de la disciplina. Por otro lado, la formación que reciben nuestros estudiantes les permite desarrollarse en cualquiera de las organizaciones que forman parte del Sistema de Salud. Sin excluir a otro tipo de profesionales, se busca formar a dos tipos de estudiantes, fundamentalmente: Por un lado, profesionales de la salud interesados en aprender la metodología y la teoría económicas; y por otro, economistas con interés en especializarse en el campo de la Salud.

COORDINACIÓN DEL PROGRAMA

Formar profesionales de la salud pública capaces de identificar e interpretar las necesidades, los riesgos y daños a la salud de la población y los factores que los condicionan; capaces de proponer, ejecutar, dirigir y evaluar programas de capacitación de recursos humanos en salud pública y participar en el desarrollo de proyectos de investigación en el área.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Mapa curricular

Maestría en Administración de Servicios de Salud

Niveles de formación	Semestres			
Ejes curriculares	I Básico	II Intermedio	III Avanzado	IV Tesis
Conceptual	<p>Bases éticas y filosóficas de la salud pública 30/30</p> <p>Ciencias sociales en salud pública 40/4</p> <p>Organización de los sistemas de salud 40/6</p>	<p>Economía de la salud 80/8</p> <p>Sociología aplicada a los Servicios de Salud 30/3</p> <p>Diseño y evaluación de programas y servicios de salud 40/4</p>		
Metodológico-instrumental	<p>Epidemiología I(b) 80/8</p> <p>Bioestadística básica y procesamiento de datos (b) 100/9</p> <p>Metodología de la investigación I 20/2</p>	<p>Gerencia y administración de sistemas y servicios de salud 80/7</p> <p>Métodos aplicados de investigación en servicios de salud 40/4</p> <p>Planeación estratégica 40/4</p>	<p>Sistemas de información 60/6</p> <p>Investigación de operaciones 60/6</p> <p>Administración de recursos para la salud 60/6</p>	
Integración		<p>Seminario de Tesis I 20/1</p>	<p>Seminario de tesis II 20/1</p>	<p>Tesis 300/15</p>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Mapa Curricular

Maestría en Ciencias de la Salud con

Área de Concentración en Economía de la Salud

Niveles de formación	Semestres			
Ejes curriculares	I Básico	II Intermedio	III Avanzado	IV Tesis
Conceptual	Organización de los sistemas de salud 40/4	Análisis económico de sistemas e intervenciones de salud 80/8 Economía de la Salud 60/6	Microeconomía I 80/8 Macroeconomía I 80/8	Microeconomía 80/8
Metodológico – instrumental	Bioestadística I 100/9 Epidemiología 80/8		Estadística I 80/8 Matemáticas I 80/8	Econometría 80/7
Integración		Métodos cualitativos de investigación en salud pública 60/6	Seminario de tesis en economía 40/2	Seminario Avanzado en Economía de la Salud 80/8 Tesis 400/2

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

I. Mapa curricular

Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Administración en Salud

Niveles de formación	Semestre		
	I Básico	II Intermedio	III Avanzado
Conceptual	Bases éticas y filosóficas en salud pública 30/3 Ciencias sociales en salud pública 40/4 Organización de los sistemas de salud 40/4	Diseño y evaluación de programas de salud 40/4	
Metodológico – Instrumental	Epidemiología I (b) 80/8 Bioestadística básica y procesamiento de datos (b) 100/9 Fundamentos de Salud Ambiental 30/3	Gerencia y administración de sistemas y servicios de salud 80/7 Métodos aplicados a la investigación en sistemas de salud 30/3 Promoción y Educación para la Salud 40/4	
Integración	Metodología de la Investigación en Sistemas y Servicios 20/2	Seminario de tesis en administración en salud 40/2	Tesis 300/15

UNIVERSIDAD LA SALLE
DIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE
LA SALUD**

OBJETIVO CURRICULAR

Formar posgraduados a nivel maestría con alto nivel de conocimientos, habilidades y actitudes gerenciales, orientados a la consolidación de organizaciones de salud como empresas sociales rentables y competitivas, a través del manejo estratégico de fundamentos teóricos, métodos y tecnologías de la administración moderna, y bajo un marco ético-humanista.

UNIVERSIDAD LA SALLE
DIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

LÍNEAS DE FORMACIÓN	ASIGNATURAS BÁSICAS	ASIGNATURAS INTERMEDIAS	ASIGNATURAS AVANZADAS
ADMINISTRACIÓN GENERAL	Modelos de Administración de Sistemas de Salud La Organización de Salud como Empresa		
NORMATIVA	Marco Legal	Bioética	
MÉTODOS CUANTITATIVOS		Bioestadística	
ECONÓMICO-FINANCIERA	Procesos Financieros de Salud	Economía de la Salud	
BASES PARA EL CAMBIO	Comportamiento Organizacional	Administración del Capital Humano Bases para Elaborar Modelos de Calidad	Modelos de Calidad para Sistemas de Salud

DIRECCIÓN		Desarrollo de Habilidades Directivas	Juego de Negocios
PLANEACIÓN			Planeación en Salud
MERCADOTECNIA			Administración de la Mercadotecnia
APOYOS INFORMÁTICOS		Sistemas de Información en Salud	
INTEGRADORA			Seminario Integrador
SOCIO- HUMANISTA		Responsabilidad Ética y Social del Ejecutivo.	

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Formar Recursos humanos a nivel posgrado que respondan a la meta de salud para todos en el año 2005, a la estrategia de atención primaria, al concepto de Sistema Nacional de Salud y a la política de descentralización y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.
- Formar a los jefes de jurisdicción, coordinadores municipales del Instituto de Salud del Estado de México y otras instituciones del Sector Salud, para la gestión en el desarrollo de jurisdicciones sanitarias que se transforman en Sistemas Locales de Salud.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

PRIMER SEMESTRE		
ADMINISTRACIÓN	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	TEORÍAS DE LA CONDUCTA HUMANA
Conocer las principales teorías de la administración.	Analizar e interpretar los paradigmas vigentes de la ciencia, así como implicaciones sociales, económicas y políticas.	Comprender las teorías de la conducta en el ámbito de las organizaciones.
	ECOLOGÍA	
	Capacitar en los contenidos básicos de la ecología y su relación con la salud humana, promoviendo la integración multidisciplinaria y multisectorial.	
SEGUNDO SEMESTRE		
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	ESTADÍSTICA APLICADA A SISTEMAS DE SALUD	COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL Y EN LAS ORGANIZACIONES
Conocer las características de la administración pública para ubicar al sector salud en toda su amplitud y composición, así como su relación con otros sectores.	Conocer las bases estadísticas descriptivas e inferenciales para una mejor interpretación.	Desarrollar en forma estructurada un eje conceptual de algunos aspectos básicos de las llamadas "ciencias humanas", aplicadas a las organizaciones y a los miembros de ellas.
	EPIDEMIOLOGÍA	
	Valorar la importancia de los estudios epidemiológicos para la programación de actividades de salud.	

TERCER SEMESTRE		DESARROLLO ORGANIZACIONAL
ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD	INFORMÁTICA APLICADA A SISTEMAS DE SALUD	MEDICINA SOCIAL
Identificar los conceptos básicos de la administración aplicados a los sistemas de salud en México.	Aplicar las herramientas que proporciona la informática para la redacción y análisis de información correspondientes a su tesis.	Poner de manifiesto que el carácter social del proceso salud-enfermedad está presente y determina tanto la modalidad como la evolución de cada una de sus fases a nivel individual y grupal.
		Desarrollar un marco de conceptos y técnicas para intervenciones en desarrollo organizacional, en la consultoría interna o externa de procesos organizacionales que impliquen cambios.

CUARTO SEMESTRE		DIDÁCTICA
FINANZAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD	PROBLEMAS ACTUALES DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD	SALUD PÚBLICA
Conocer la conformación, montos y fuentes de financiamiento de los servicios de salud	Analizar y comprender los procesos económicos que hacen posible interpretar el fenómeno de la salud como una cuestión eminentemente social y política.	Ejercer la salud pública para hacer llegar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas que administren los recursos en función de las necesidades de la comunidad.
		Formar y capacitar en la enseñanza-aprendizaje que permita transmitir conocimientos en el área.

QUINTO SEMESTRE		
MERCADOTECNIA DE LA SALUD	INTEGRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	EDUCACIÓN Y SALUD
Reconocer y aplicar los principales procedimientos, teorías y estrategias de la mercadotecnia.	Al término del curso se debe tener concluido el proyecto de investigación.	Reflexionar sobre la problemática de la formación de recursos humanos y optimizar las actividades educativas que se llevan a cabo en los servicios de salud.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
(SISTEMAS DE SALUD)**

OBJETIVO

Promover la búsqueda de soluciones a los problemas de tipo administrativo, político, social y económico que se manifiestan en el campo de los sistemas de salud, mediante la formación de académicos, investigadores y profesionales de alto nivel, capaces de crear e innovar métodos y técnicas que permitan ofrecer un servicio de calidad, a los usuarios de los sistemas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
(SISTEMAS DE SALUD)

Nombre de la Actividad	Modalidad	Carácter	Hora-crédito	Horas semestre	Créditos
PRIMER SEMESTRE					
Teoría de la administración y de la organización	Curso	Obligatoria	8	48	6
Economía de la salud	Curso	Obligatoria	8	48	6
Bioética y ética de los negocios	Curso	Obligatoria	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
SEGUNDO SEMESTRE					
Seminario de investigación en ciencias de la administración	Seminario	Obligatoria	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
TERCER SEMESTRE					
Aspectos legales en las organizaciones de la atención médica	Curso	Obligatoria	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
CUARTO SEMESTRE					
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
Optativa de campo	-	Optativa	8	48	6
Actividad académica complementaria	-	Optativa	8	48	6
Actividad académica complementaria	-	Optativa	8	48	6

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
(SISTEMAS DE SALUD)

OPTATIVAS DE CAMPO

- Administración financiera de los sistemas de salud
- Sistemas de información en los sistemas de salud
- Investigación de operaciones
- Mercadotecnia en salud
- Sistemas de costos en las organizaciones de la atención médica
- Formulación y evaluación de proyectos de inversión en salud
- Seminario de investigación en ciencias de la salud
- Administración de los recursos humanos en los sistemas de salud
- Administración estratégica en los sistemas de salud
- Administración de la calidad en los sistemas de salud
- Seminario de caso práctico
- Bases jurídicas y ética profesional
- Teoría general de sistemas
- Teoría de las finanzas
- Sistemas de información empresarial
- Administración de materiales
- Psicosociología aplicada a las organizaciones
- Análisis de la problemática social y política de México
- Administración de la producción
- Economía industrial

- Seminario de desarrollo Organizacional
- Estrategia y desarrollo industrial
- Temas selectos de producción
- Seminario de administración de operaciones
- Control presupuestal
- Formulación, evaluación y desarrollo de proyectos industriales
- Seminario de finanzas corporativas
- Promoción y desarrollo de negocios industriales
- Seminario de desarrollo de habilidades directivas
- Dirección de recursos humanos
- Dirección de mercadotecnia
- Mercadotecnia industrial
- Negocios internacionales
- Planeación estratégica
- Calidad y normalización
- Propiedad intelectual
- Derechos mercantil y del trabajo
- Política industrial y competitividad
- Elaboración y conducción de estrategias industriales
- Teoría de decisiones y métodos multicriterio

COMPLEMENTARIAS

- Prácticas hospitalarias en la administración
- Diseño médico – arquitectónico

Después de haber analizado la información de los programas de estudios presentados en este apartado, se puede hacer notar que ninguno de ellos incluye la enseñanza de las funciones administrativas expuestas en el Capítulo II de este trabajo

CONCLUSIONES

- ◆ Cuando las Instituciones de Salud han dejado de preparar a sus directivos, principalmente en lo que a la Administración de Unidades Médicas se refiere, ésta responsabilidad la han adquirido las Instituciones Educativas, y de manera destacada aquellas que cuentan con estudios de Posgrados, para subsanar la demanda de personal especializado que se refiera para respaldar de manera eficiente la prestación de la atención médica.

- ◆ Un aspecto fundamental para integrar planes y programas de estudios en Sistemas de Salud requiere identificar las áreas de responsabilidad administrativa en Unidades de Atención Médica, para facilitar su conocimiento teórico y que el responsable de realizarlas pueda identificarlas con rapidez.

- ◆ Las funciones básicas en la administración de la Unidad Médica que demandan mayor conocimiento, según la opinión obtenida de los sujetos del trabajo de investigación son:

1. Abastecimiento	4. Farmacia	7. Presupuesto-
2. Control de	5. Intendencia	Contable
Prestaciones	6. Lavandería	8. Ropería
3. Conservación		9. Servicios
		Complementarios

- ◆ Este señalamiento se basa en el análisis del Capítulo III en donde se identificó que en todas las preguntas aplicadas, más del 50% de las respuestas indican la opción "D", es decir que demandan un grado de conocimiento mayor a 75% de la función cuestionada.

- ◆ Los mapas curriculares de los Posgrados que se analizaron, no incluyen el conocimiento de las funciones que tiene a su responsabilidad quien ocupe una Subdirección o Dirección Administrativa de una Unidad Médica. Por lo anterior se infiere la conveniencia de su inclusión en los planes de estudio.

- ◆ Oportunidad para que los egresados de esta disciplina participen de manera más amplia y objetiva en la planeación y la dirección de los sistemas de salud, toda vez que por su preparación pueden acceder a importantes niveles de toma de decisiones.

- ◆ Uno de los problemas que enfrentó este proyecto fue el aspecto bibliográfico por lo limitado y poco actualizado en cuanto al tema de Administración de Hospitales. Ojalá que este trabajo pueda prestar alguna ayuda a los interesados en el tema.

BIBLIOGRAFÍA

Hernández Sampieri, Roberto. ***Metodología de la Investigación***. Mc Graw Hill. 2º Ed. México. 1998.

Méndez Ramírez, Ignacio. ***El Protocolo de Investigación***. Trillas. 2º Ed. México. 1994..

Michel, Guillermo. ***Ecología De La Organización***. Edit. Trillas. México. 1978.

Torregrosa Ferráez, Luis Dr. ***Niveles De Atención Y Cuadros Básicos Como Elementos De Racionalización En La Administración De Servicios Médicos***. Ponencia. VII Congreso Americano De Medicina De La Seguridad Social. México. 1981.

Morones Prieto, Ignacio. ***Tesis Mexicanas De Seguridad Social***. Instituto Mexicano De Seguridad Social México, 1970.

Ortiz Quezada, Federico. ***Salud En La Pobreza***. Editorial Nueva Imagen. México. 1982.

Attkinsson, C Cliford; Hargneaves, William A.; Horowitz Mardi A.; Sorensen James E. ***Administración De Hospitales***. Fundamentos Y Evaluación Del Servicio Hospitalario. Edit. Trillas. México, Argentina, España, Colombia, Puerto Rico, Venezuela. Primera Edición 1988.

Barquín Calderón, Manuel Dr. Dirección De Hospitales. ***Organización De La Atención Medica***. Nueva Editorial Interamericana. México, Argentina. España, Brasil, Colombia, Chile, Perú, Uruguay, Venezuela, 1972.

Patlan Pérez, Juana Lic. ***Algunas Variables De La Efectividad Organizacional.*** En Los Hospitales Del Sector Salud. Tesis Para Obtener El Grado: De Maestra En Administración De Organizaciones. F.C.A. UNAM 1994.

Savage P.E.A. ***Planteamiento Hospitalario Para Desastres.*** Editorial Harla, S.A. De C.V. México, 1989.

Mintzberg, Henry. ***El Poder De La Organización.*** Edit. Ariel. España 1997.

Guzmán Valdivia, Isaac. ***La Sociología De La Empresa.*** Edit. JUS. México. 1967.

Etzioni, Amital. ***Organizaciones Modernas Unión Tipográfica.*** Edit. Hispano Americana. México 1972.

Sexton, William P. ***Teoría De La Organización.*** Edit. Trillas. México. 1982.

Mackenzig, R. Alec. ***La Trampa Del Tiempo.*** Edit. Técnica. 1975.

Fayol, Henry. ***Administración Industrial Y General.*** Edit. "El Ateneo". Argentina. 1961.

Mooney, James D. ***Principios De Organización.*** Instituto De Estudios Políticos. Madrid 1958.

Bridgman R.F. Dr. ***El Hospital Rural Su Estructura Y Organización.*** Editorial Interamericana, S.A. México, 1964.

Cordera Armando Y Bobenrieth Manuel. ***Administración De Sistemas De Salud.*** Tomos I Y II, Edición De Los Autores, México, 1983.

Donabedian Avedis. ***La Calidad De La Atención Medica.*** La Prensa Medica Mexicana, S.A., México. 1984.

Fonseca Renaud, Jorge, De La O Espinosa, Alban. **Manual De Administración Financiera Para Gerentes De Salud.** Organización Panamericana De La Salud. Organización Mundial De La Salud. 1996.

Guzmán Valdivia, Isaac. **La Ciencia De La Administración.** Edit. Limusa. México. 1985.

Reyes Ponce, Agustín. **Administración De Empresas 1 Y 2 Parte.** Edit. LIMUSA. México. 1982.

Raia, Anthony P. **Administración Por Objetivos.** Edit. Trillas. México. 1985.

Blake, Robert R. Y Mouton, Jane Soygley. **El Grid Gerencial.** Gulf Publishing Company. Houston, Texas. 1964.

Handy, Charles. **Los Dioses De La Administración.** Edit. LIMUSA. México. 1993.

Guzmán Valdivia, Isaac. **Humanismo Trascendental Y Desarrollo.** Edit. LIMUSA. México. 1973.

Odiorne, Georges. **Administración Por Objetivos.** Edit. LIMUSA-WILEY. México. 1973.

Kras, Eva S. **El Desarrollo Sustentable Y Las Empresas.** Grupo Edit. Iberoamérica. México. 1994.

Simón, Herbert A. **El Comportamiento Administrativo.** Edit. Aguilar, Altea, Taurus, Alfajara. Argentina 1988.

Guzmán Valdivia, Isaac. **El Conocimiento De Lo Social.** Edit. Jus. México. 1983.

Hay, Edeward J. **Justo A Tiempo.** Grupo Edit. Norma. Colombia. 1992.

Prokopenkp, Joseph. **La Gestión De La Productividad.** Edit. LIMUSA., O.I.T. Ginebra. México. 1991.

Miklos, Tomás, Tello. Ma. Elena. **Planeación Prospectiva.** Edit. LIMUSA: México. 1991.

Dale, Ernest. **Organización.** Edit. Técnicas. México, 1978.

Díaz González Iturbe, Alfredo. **Introducción A Las Técnicas De Investigación Pedagógica.** Edit. Kapelusz Mexicana. S.A. De C.V. 1986.

Kast, Fremonte y Rosenzweig James E. **Administración en las Organizaciones.** Edit. Mc Graw Hill. México 1990

Articulos:

Silva Camarena Juan Manuel. Sobre la Administración. Comentarios a un texto de Bunge. Revista Contaduría y Administración. Edit. Facultad de Contaduría y Administración. México Mayo-Agosto 2004.

Ley Del Seguro Social. 1996.

Ley Del Instituto De Seguridad Social Para Las Fuerzas Armadas Mexicanas. 1998.

Ley Del Instituto De Seguridad Y Servicio Social De Los Trabajadores Del Estado. 2001.

Ley General De Salud Tomos I Y II Editorial Porrúa. México. 2002.

Manuales De Servicio Administrativo En Unidades De Atención Medica. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Mexico 1995.

Manual De Conservación. Administración. Ingeniería Civil. Equipo Medico. Equipo Eléctrico, Casa De Maquinas. Aire Acondicionado. Refrigeración Y Gases. Lavanderías. Cocinas. Mobiliario. Comunicaciones Eléctricas. Seguridad. Jardinería. Editorial Instituto Mexicano Del Seguro Social 1968.

Manual De Servicios De Intendencia. Manual Básico De Operaciones Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Manual De Expediente Clínico En La Atención Medica. Instituto Mexicano Del Seguro Social 1973.

Manual De Archivo Clínico. Procedimientos Instituto Mexicano Del Seguro Social 1973.

Manual De Formularios Estadísticos De Medicina Preventiva. Instituto Mexicano Del Seguro Social 1977.

Manual De Conservación Y Limpieza. Guía Del Instructor. Nueva Editorial Interamericana. Mexico 1972.

Manual Básico De Operaciones De Limpieza. Instituto Mexicano Del Seguro Social 1975.

Manual Básico Para Manejo De Deshechos Sólidos. Instituto Mexicano Del Seguro Social 1975.

Manual Básico Para El Control De Gases, Humos Y Polvos. Instituto Mexicano Del Seguro Social. Mexico 1975.

Manual Para Determinaciones Analíticas En El Control De Tratamiento De Aguas Instituto Mexicano Del Seguro Social 1974.

Manual De Operaciones Y Mantenimiento De Sistemas De Suministro De Agua Fría. Instituto Mexicano Del Seguro Social 1976.

Manual Básico De Control De Fauna Nociva Urbana, Instituto Mexicano Del Seguro Social.1975.

Manual Básico Para El Control De Deshechos Líquidos. Instituto Mexicano Del Seguro Social. 1975.



**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/GA/2004

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **Andrés Moreno Ocaña** presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración de la Atención Médica y Hospitales toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité Académico de las Maestrías, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dr. Raúl Mejía Estañol	Presidente
E. en N. Jorge Ruiz de Esparza García	Vocal
Dr. José Ramón Torres Solís	Secretario
M.A. Rolando García Morales	Suplente
Dr. Ignacio Mercado Gasca	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad Universitaria, D.F., 20. de septiembre del 2004.

El Coordinador del Programa

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez

M.G.E.