



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

T e s i s

Un modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias

Que para obtener el grado de:

Doctor en Ciencias de la Administración

Presenta: Jesús Lavín Verástegui

Tutor: Dr. Roberto Moreno Espinosa

México, D.F.

2008



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.



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración
Facultad de Contaduría y Administración

T e s i s

Un modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias

Que para obtener el grado de:

Doctor en Ciencias de la Administración

Presenta: Jesús Lavín Verástegui

**Tutores: Dr. Roberto Moreno Espinosa
Dr. Ignacio González Sánchez
Dr. Francisco García Fernández**

México, D.F.

2008

A mi esposa Sandra, a mis hijas Sandy y Jessica y a mi hijo Jesús, por haber ocupado el tiempo que legítimamente les pertenece.

A mis padres Dr. Jesús Lavín Toledano y Edna Verástegui Guerra por tener el privilegio de su presencia y cercanía al igual que mi hermana Edna Lavín Verástegui y su Familia

*Dr. Roberto Moreno Espinosa,
Dr. Ignacio González Sánchez y
Dr. Francisco García Fernández, a
Ustedes, mi eterna gratitud.*

*Al Dr. Ricardo Varela Juárez;
Agradeciéndole profundamente la
fructificación de un proyecto y su amistad.*

*Al Dr. Danilo Díaz Ruiz, mi respeto y
admiración*

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Importancia del Capital de Trabajo en la Gestión Pública	4
Capítulo II. Marco Teórico	13
2.1 La Administración Pública	13
2.1.1 La Reforma de la Administración Pública	22
2.1.2 La Administración Pública del Sector Salud	26
2.1.3 La Gestión Pública de Unidades Hospitalarias	30
2.2 Teoría de la Organización	35
2.2.1 Recursos	36
2.2.2 Eficiencia	36
2.2.3 Gestión Financiera en Instituciones de Salud	38
2.3 Teoría de la Calidad	43
2.3.1 Concepto de calidad y sus dimensiones	44
2.3.2 Teoría de la administración basada en la calidad total	47
2.3.3 El 80/20 o Ley Pareto	50
2.3.4 SERVQUAL	54
2.4 Administración Estratégica	56
2.5 Teoría Contable	64
2.5.1 Normatividad	67
2.6 Teoría del Capital de Trabajo	73
2.6.1 Aspectos generales del Capital de Trabajo	73
2.6.2 Administración del Capital de Trabajo	76
2.6.3 Estrategias de Administración del Capital de Trabajo	81
2.6.4 La evaluación de la Administración del Capital de Trabajo: Las razones financieras	85
2.6.5 Estructura del Capital de Trabajo y decisiones financieras	90
2.6.6 Eliminación y reducción de Costos	91
Capítulo III. Metodología de la Investigación	93
Introducción a la metodología de investigación	93

3.1 Planteamiento del problema.....	94
3.1.1 Marco Conceptual del Estudio.....	99
3.1.2 Objetivo del estudio	101
3.1.3 El diseño de un modelo	102
3.2 Metodología: Estudio de Caso	104
3.2.1 Estudio de Caso Instrumental.....	105
3.2.2 Método de recopilación de Información.....	106
3.2.3 Métodos de Análisis de Resultados.....	110
3.2.4 Análisis y Codificación de Resultados	111
3.3 Descripción de la Unidad de Análisis	112
3.3.1 El Concepto de Unidad Hospitalaria.....	113
3.3.2 Unidad de Análisis: Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata.....	115
Capítulo IV. Análisis de resultados	119
4.1 Percepción de la Calidad del servicio prestado en la Unidad de Análisis ..	119
4.1.1 Instalaciones físicas	120
4.1.2 Confiabilidad.....	121
4.1.3 Respuesta oportuna	121
4.1.4 Trato al paciente.....	122
4.1.5 Empatía	123
4.1.6 Costos	124
4.1.7 Nivel de Satisfacción por Turno.....	127
4.1.8 Nivel de Satisfacción por tipo de Servicio Recibido.....	128
4.2 Análisis de la Gestión Financiera	128
4.2.1 Cuentas y Documentos por Cobrar	133
4.2.2 Inventarios	133
4.2.3 Proveedores	134
4.2.4 Cuentas por Pagar	135
4.3 Análisis de las fuentes de información mediante el diagrama causa – efecto de Ishikawa	136
4.4 Identificación del Ciclo de deficiencia en la calidad del servicio ocasionada por la ineficiencia en la Administración del Capital de Trabajo	137

Capítulo V. Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias	141
Conclusiones	152
Referencias Bibliográficas	155
Referencias Electrónicas	162
ANEXOS	164

Índice de Gráficas

Gráfica 3.1 Comportamiento del flujo de efectivo	98
Gráfica 4.1 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Instalaciones Físicas	120
Gráfica 4.2 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Confiabilidad.....	121
Gráfica 4.3 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Respuesta Oportuna	122
Gráfica 4.4 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Trato al Paciente	123
Gráfica 4.5 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Empatía	124
Gráfica 4.6 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Costos	124
Gráfica 4.7 Índice de satisfacción por dimensión	125
Gráfica 4.8 Nivel de satisfacción de los pacientes por turno	127
Gráfica 4.9 Nivel de satisfacción de los pacientes según el tipo de servicio proporcionado.....	128
Gráfica 4.10 Comportamiento del flujo de efectivo	131
Gráfica 4.11 Análisis del comportamiento del almacén	134

Índice de Tablas

Tabla 2.1 Problemas de Política en el Sector Público	14
Tabla 2.2 Clasificación de los servicios	33
Tabla 2.3 Concepto de Capital de Trabajo según diversos autores	75
Tabla 3.1 SERVQUAL, estructura por dimensión y su significado	107
Tabla 3.2 Elementos de un Gráfico	111
Tabla 4.1 Determinación del Capital de Trabajo para el Hospital Dr. Norberto Treviño Zapata por los años de 2000 al 2004	129
Tabla 4.2 Estado de flujo de efectivo comparativo para el Hospital Dr. Norberto Treviño Zapata por los años de 2001 al 2004	130
Tabla 4.3 Análisis concentrado de variaciones porcentuales en los elementos del Capital de Trabajo del Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata por los años de 2001 al 2004	132
Tabla 5.1 Propuesta de Estrategias de Administración del Capital de Trabajo por área según Modelo propuesto	149

Índice de Diagramas

Diagrama 2.1 Estructura del Marco Teórico del estudio “Un Modelo de Administración del Capital de Trabajo de Unidades Hospitalarias”	15
Diagrama 2.2 Perspectivas de estudio de la Administración Pública	17
Diagrama 2.3 Delimitación del Sector Público Mexicano	21
Diagrama 2.4 Modelos de Administración Pública. NAP	25
Diagrama 2.5 Sector salud. Interrelaciones de la atención médica	27
Diagrama 2.6 Servicios clínicos, centrales y generales de un hospital.....	32
Diagrama 2.7 Impacto de la calidad en el desempeño organizacional	36
Diagrama 2.8 Diagrama de causa-efecto	48
Diagrama 2.9 Ciclo PHEA-Deming	50
Diagrama 2.10 Proceso de Planeación Estratégica.....	57
Diagrama 2.11 Ciclo de conversión del Efectivo	80
Diagrama 3.1 Marco Conceptual del “Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias. El caso del Hospital General Norberto Treviño Zapata”.....	100
Diagrama 3.2 Organigrama de la Unidad de Análisis.....	117
Diagrama 4.1 Diagrama causa-efecto del Modelo de Administración del Capital de Trabajo	137
Diagrama 4.2 Ciclo de deficiencia en la calidad del servicio ocasionada por la ineficiencia en la Administración del Capital de Trabajo.....	139
Diagrama 5.1 Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias	148

Índice de Figuras

Figura 3.1 Modelo de la Investigación	93
Figura 5.1 Modelo de eficiencia en la gestión del Capital Neto de Trabajo	142
Figura 5.2 Estrategia de Administración de Inventarios.....	143
Figura 5.3 Bloque de ingresos del Modelo de Administración del Capital de Trabajo	144
Figura 5.4 Bloque de costos del Modelo de Administración del Capital de Trabajo	145
Figura 5.5 Bloque de gastos del Modelo de Administración del Capital de Trabajo	146

Introducción

Uno de los retos de la Administración Pública es conciliar conceptos relacionados con la eficiencia en el uso de los recursos, como el Capital de Trabajo, con la calidad del servicio ofrecida a sus usuarios, quienes resultan ser los ciudadanos que contribuyen a la operatividad de esa Administración Pública. Este estudio se orienta al análisis de la problemática del manejo eficiente de los recursos financieros disponibles para la administración de instituciones públicas de salud, quienes deberán proporcionar el mayor nivel de satisfacción a sus usuarios también denominados pacientes o clientes. Esta investigación aborda el análisis de esta problemática desde una perspectiva original en la cual se identifican las estrategias de capital de trabajo y a su vez las percepciones de calidad del servicio de los usuarios de una Unidad Hospitalaria del Sector Público. En el Capítulo I se describe y fundamenta la importancia del Capital de Trabajo en la gestión pública, vinculando su relación con el nivel de eficiencia que se exige al sector público al prestar servicios de salud, mientras que trabaja en impulsar el crecimiento y la planeación del desarrollo basándose en los principios y lineamientos de la Nueva Administración Pública que transforma la orientación del servicio hacia la satisfacción del usuario en un marco de transparencia y eficiencia en la utilización de los recursos públicos.

En el Capítulo II se establece el Marco Teórico que sustenta el análisis, estructurando, el desarrollo del capítulo a partir del concepto de Administración Pública por representar el contexto y a la vez la condición de operación de la institución pública de salud. A partir de ello el Marco Teórico se configura de un eje central basado en la Teoría del uso de los recursos como contexto teórico relacionado con la organización, a partir del cual deriva el instrumental teórico relacionado con la operación, usando para ello las Teorías de la Calidad y de la Teoría de la Administración Estratégica, mediante la cual se introduce la Teoría Contable describiendo los principios de normatividad definidos en México para entidades con propósitos no lucrativos y derivada de ella la Teoría del Capital de Trabajo, en donde se describen las principales estrategias de administración del Capital de Trabajo utilizadas para efficientar el uso de los recursos, así como el instrumental analítico financiero. Como bloque transversal en este Marco Teórico se introducen los conceptos y principios de la calidad en el servicio.

La Metodología de Investigación para abordar el problema de la administración eficiente del Capital de Trabajo, se sustenta en el Capítulo III; el problema se plantea a la luz del modelo de la Nueva Administración Pública destacando sus criterios de orientación hacia el desempeño y su orientación al cliente, en este caso el usuario de los servicios públicos. A partir del planteamiento del problema que delimita las fronteras de la presente investigación, se estructura el Marco Conceptual que conforma el mapa de elementos que permiten estructurar el análisis y a partir de él, derivan dos preguntas de investigación, la primera relacionada con la identificación de la percepción de la calidad del servicio prestado en una institución hospitalaria del sector público y la segunda dirigida a la identificación de las estrategias de administración del Capital de Trabajo que constituye el marco en el cual se presta el servicio. Es claro que el abordaje de las dos preguntas de investigación requiere dos enfoques metodológicos, el primero, relacionado con la calidad del servicio, se analiza a través de una estrategia de investigación orientada a identificar la percepción de los usuarios, para lo cual se utiliza el instrumento SERVQUAL que se aplica a una muestra de 332 usuarios de los servicios del hospital y el segundo enfoque se relaciona con el análisis de la información financiera y el vínculo con los datos sobre el Capital de Trabajo y el flujo de efectivo, que se generan en los estados financieros de una unidad de análisis en un periodo de 5 años. Al realizarse el análisis utilizando como sujeto a una Unidad Hospitalaria de la Zona Centro del Estado de Tamaulipas identificando la estrategia general de investigación como un estudio de caso instrumental, ya que la unidad de análisis es un instrumento para ilustrar un problema práctico que trasciende a la unidad de análisis en sí misma.

En el Capítulo IV se presenta el análisis de los resultados generados por la obtención de la percepción de la calidad del servicio y los rangos en los que se maneja, seguidos por un análisis de la gestión financiera el cual es intensivo al efectuar comparaciones entre cada uno de los años en los periodos analizados en materia de flujo de efectivo así como de los componentes del capital neto de trabajo, en cada uno de los conceptos integrantes se hace un análisis financiero comparativo correlacionando el Estado de Flujos de Efectivo (E.F.E.) al Estado de Situación Financiera (Balance General) por los periodos referidos. Es de resaltar que en este análisis se genera evidencia de la entrada o salida del efectivo al saldo que refiere el concepto en el Balance, todo este análisis conduce al Capítulo V donde se genera la propuesta de un Modelo de Administración del Capital de Trabajo, recomendando estrategias y tácticas para el mejor aprovechamiento de cada uno

de sus componentes. Posteriormente se llega a una conclusión sustentando las respuestas a las preguntas de investigación, las cuales se orientan a identificar un rango bajo en la percepción de la calidad relacionado con ineficiencias en la Administración del Capital de Trabajo. Haciendo énfasis en el ciclo de la cobranza, la administración de los inventarios y el correspondiente pago a los proveedores, así como la vinculación de este ciclo con la gestión financiera integral de la Unidad de Análisis y su contribución a elevar la percepción de los usuarios de la calidad en el servicio considerando las respectivas estrategias operativas, señalando la contribución del estudio, así como las implicaciones de la implantación del modelo propuesto. El sustento al análisis se presenta en los datos fuentes de los anexos 1 al 6.

Capítulo I. Importancia del Capital de Trabajo en la Gestión Pública

La confianza que se le ha dado a los novedosos criterios de la gestión pública son un gran avance, si pensamos en una disciplina que se plantea de manera explícita: mejorar la calidad de los servicios y de la responsabilidad del gobierno. El hecho de observar, medir, comprometerse con resultados, asumir desde el principio que las organizaciones gubernamentales están compuestas de seres humanos, son todos ellos avances importantes para hacer más capaz y práctica a la administración pública (Guerrero, 2004).

Las políticas de gestión pública

Un comunicado del Banco Interamericano de Desarrollo declara que un crecimiento sostenible y equitativo depende también de la calidad y eficiencia de las políticas y de la gestión pública, en particular, resaltando lo prioritario de adaptar los sistemas de asignación de recursos para que respondan a las necesidades de los más desfavorecidos y adaptar los sistemas de prestación a sus circunstancias específicas, posibilitando su participación e implicación directa.¹

Las políticas de gestión pública las define Barzelay (2003) como la suma de reglas institucionales que guían, compelen y motivan a la función pública en su conjunto. Las políticas de gestión pública pertenecen a categorías establecidas como planteamiento de los gastos y gestión financiera, función pública y relaciones laborales, contratación, organización y métodos, auditoría y evaluación.

Bajo este contexto es posible mencionar lo que considera el Grupo de Trabajo de Sistemas de Información Financiera, Contable y Presupuestal del Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas en su propuesta de Reforma de la Gestión del Gasto Público hacia un Enfoque a Resultados², en esta, se hace una crítica a las políticas de gestión pública exponiendo que no se ha desarrollado una gestión gubernamental eficaz, que permita aprovechar mejor los recursos con los cuales se

¹ http://www.iadb.org/sds/SCS/site_4631_s.htm3

² <http://www.indetec.gob.mx/cnh/propuestas/254a.pdf>

cuenta para satisfacer demandas de la población, a lo que proponen una modificación de las políticas de gestión pública para orientarlas hacia la gestión financiera, la gestión estratégica y la gestión de la calidad, elementos que reanalizan en su estudio, esbozando la necesidad de implantar una gestión financiera que asegure las E's de la Administración Pública:

Economía

Eficacia

Eficiencia

Efectividad

Lo que significa que es necesario transformar los principales instrumentos de la acción de gobierno, el presupuesto y el control, en una herramienta para el Control del Gasto y la Inducción / Promoción del Desempeño Gubernamental.

Una vez expuestos el significado y la importancia de las políticas de gestión, aunados a la ya existente crítica a los actuales sistemas de gestión de los mismos, es posible puntualizar la clara participación de la administración de los recursos financieros en la gestión pública, y la importancia de analizar las posibilidades de mejora de su manejo para contribuir a una reforma de la gestión pública, necesaria para todos los individuos que intervienen en las actividades que desarrollan las instituciones públicas para facilitar el logro de sus objetivos y se refleje en la mejora de la percepción de la calidad de dichos servicios por parte de los usuarios.

Capital de Trabajo y Eficiencia

El tema de la eficiencia de las empresas e instituciones del sector público, ha sido motivo de reflexión y análisis a partir de las últimas décadas del Siglo XX en que se intensifican las acciones de privatización de empresas públicas (Olías, 2001), ya que a pesar de ellas la presencia del sector público no sólo se mantiene, sino que incluso aumenta en los años de reforma del Estado y de las políticas de ajuste (Gisbert, 2002). Las opiniones adversas respecto a la eficiencia de las empresas públicas son ampliamente compartidas en casi todos los países en desarrollo y desarrollados, ya que a pesar de las conocidas debilidades del sector público las autoridades gubernamentales tienen que jugar el papel que les corresponde en el proceso de desarrollo tomando decisiones para impulsar el

bienestar económico nacional, a partir del supuesto de que existen diversas formas de mejorar la eficiencia de las unidades del sector público aproximando sus operaciones tanto como sea posible a las del sector privado. En este orden de ideas, la operación de las empresas e instituciones del sector público se atribuye a factores como:

- 1) El control de precios ejercido por el gobierno para favorecer a determinados estratos de consumidores, aún cuando la utilidad contable pueda ser negativa;
- 2) El establecimiento de empresas para lograr el mayor bienestar posible, aunque sus costos sean altos, como se ilustra con el caso de los servicios públicos;
- 3) La búsqueda del desarrollo de una región aún a costos elevados, por requerir la creación de infraestructura, como es el caso de los polos de desarrollo.

Al inicio del Siglo XXI, autores como Olías (2001) y Barquín (2003) señalan que la administración del sector público ha estado sujeta a fenómenos tales como la creciente internacionalización de la actividad económica, los cambios tecnológicos, y los cambios en diseño organizacional que han generado modificaciones en las condiciones de monopolio natural y de opciones públicas en la dotación de bienes y servicios. Adicionalmente han contribuido a esta tendencia el estímulo de la competencia, el desmantelamiento de los subsidios, y el hecho de que la industria ha perdido protagonismo como instrumento de política económica de forma tal que los complejos industriales de propiedad pública han visto reducida su importancia estratégica. Por tanto ya se trate de gobiernos capitalistas, socialistas o de gobiernos liberales controlados por una mayoría de izquierda, el problema del alcance y de los métodos de gestión del sector público permanece como una preocupación general y constante.

La eficiencia de la gestión del sector público es fundamental para atender problemas económicos relacionados con la escasez que surge cuando las necesidades de los ciudadanos de un país en materia de alimentación, vestido, vivienda, educación, vacaciones, asistencia médica y ocio son superiores a lo que la producción del mismo país puede realizar. Debido a que en un país no puede producirse todo lo que sus ciudadanos querrían consumir, debe existir algún mecanismo a través del cual se decida qué se hará y qué se dejará de hacer, qué bienes se producirán y cuáles no, qué cantidad de cada uno se producirá y qué necesidades quedarán satisfechas y cuáles se dejarán insatisfechas. Estas decisiones están influenciadas por diversas personas u

organizaciones, tales como los consumidores individuales, las empresas, los sindicatos de trabajadores y las instituciones de gobierno (Gisbert, 2002).

En este contexto, se reconoce que es muy difícil calcular lo gastado en atención médica en un país fundamentalmente debido a la falta de registros minuciosos del costo de las diferentes unidades de atención médica gubernamental y privada (Barquín, 2003). Además se considera que la restricción presupuestaria impedirá mantener con carácter incremental aumentos reales del gasto público sanitario, por lo tanto el futuro de los servicios de salud pasa, necesariamente, por una de las siguientes alternativas (Gisbert, 2002), o una combinación de ellas:

1. Racionar la cantidad
2. Disminuir la calidad
3. Congelar las prestaciones no incorporando novedades asistenciales
4. Privatizar los servicios de salud
5. Mejorar la eficiencia en la gestión y la producción
6. Compartir parte de los costos con el usuario

Finalmente, se considera que las instituciones prestadoras de servicios de tipo social (no lucrativos) como las de salud estatales, han entendido que no pueden seguir prestando servicios de mala calidad con un modelo de quiebra y bancarrota. Surge la necesidad de que estas instituciones enfoquen el servicio, sin perder su configuración y función social, como un compromiso que conlleva una transacción: esa transacción consiste en que las instituciones presten servicios de calidad, con valores agregados para los usuarios, pero que éstos a su vez paguen los servicios recibidos, ya sea en forma directa o subsidiariamente a los pobres, con valores monetarios que respondan no solo a los costos reales del servicio, sino que permitan una utilidad que asegure la supervivencia, crecimiento y desarrollo de las instituciones para beneficio de la misma comunidad (Malagón, et al., 2002).

Planeación del Desarrollo

Se señala que la importancia relativa del sector público de la economía para inducir el crecimiento y la planeación del desarrollo ha perdido influencia económica aún ideológica;

y en contraste, han ganado importancia los temas vinculados a la crisis de la economía pública. En la agenda de discusión aparecen nuevos temas: la crisis fiscal del Estado, la crisis de gobernabilidad y legitimidad, las fallas del gobierno y el fracaso de la planeación económica, la ineficiencia de la empresa pública, etc. Con razón o sin ella, es indudable que estos son los nuevos temas y campos hacia donde se dirigen los esfuerzos de reestructuración de la economía pública y a los cuales los analistas buscan dar respuesta (Ayala, 2001) por lo que en todo el mundo hay una creciente preocupación sobre la modernización de los servicios públicos, que Olías (2001) resume de la siguiente manera:

1. Característica común o punto de partida es que el funcionamiento de los servicios públicos debe ser mejorado;
2. Las administraciones públicas tienen que reflejar el progreso social manteniendo el equilibrio del sistema (económico, político y socio-cultural) del que aquellas forman parte inseparable;
3. La preocupación por la gestión de los servicios públicos, no es tanto una cuestión de orden ideológico como de orden pragmático, debido a las grandes dificultades presupuestarias que atraviesan estos servicios, incluyendo una reducción del financiamiento, que corresponde a las entidades locales;
4. Descentralización presupuestaria y de la responsabilidad entre y dentro de las esferas de gobierno;
5. Cambio de orientación de la gestión de regulaciones al suministro de resultados, implicando el enfoque sobre la calidad y la medida del rendimiento;
6. Eliminación de las trabas administrativas que, de modo innecesario, afectan a los ciudadanos. Elaboración del estatus del usuario de servicios públicos;
7. Mejorar la calidad del servicio con objeto de satisfacer las necesidades concretas de los ciudadanos de forma rápida, sencilla y a costo reducido (que expresen mejores costos), dando el máximo valor añadido a los usuarios del servicio;

8. Mayor flexibilidad dando respuestas variables a necesidades, circunstancias y expectativas cambiantes, y en la utilización del trabajo;

9. Una mayor tendencia a potenciar las formas indirectas de gestión, dando un mayor protagonismo a la iniciativa privada en la prestación de servicios públicos como consecuencia de las técnicas privatizadoras puestas en práctica.

En este dinámico ambiente de lineamientos y políticas de operación de la empresa e institución pública, se incorpora la perspectiva de operación, ya que por su propia naturaleza la Administración Pública busca dar una respuesta congruente a la sociedad que día con día exige a sus gobernantes una gestión pública, transparente, confiable, de calidad, que finalmente propicie en forma fehaciente una mejor calidad de vida en los ciudadanos.

Estas condiciones son extensivas a la gestión pública del Sector Salud, el cual es altamente sensible a las percepciones y exigencias ciudadanas en cuanto a la eficiencia en la calidad, ética, confiabilidad, oportunidad y cobertura de la prestación de los servicios, es decir, a la calidad del servicio de salud ofrecido por el sector público.³

Calidad de los Servicios Públicos de Salud

La calidad de los servicios de salud del sector público tradicionalmente se ha asociado con el esquema de recursos económicos limitados, lo que frecuentemente conduce a que la gestión pública, en el Sector Salud, comparta con la ciudadanía la obligación de optimizar la administración de los recursos financieros asignados para su operación, lo que impacta en forma directa a la Administración del Capital de Trabajo que incluye la optimización en la gestión y operación del efectivo, de la cobranza, de los proveedores, de los inventarios de medicamentos, material de curación, entre otros.⁴

Como señala Varo (1994), uno de los rasgos comunes a todas las organizaciones públicas es la posibilidad de existir una colisión de intereses entre los diversos grupos afectados por la gestión del organismo público: usuarios, personal, proveedores, sociedad

³ <http://www.virtual.epm.br/material/healthcare/spanish/E0101.PDF>

⁴ <http://www.virtual.epm.br/material/healthcare/spanish/E0101.PDF>

y responsables de la Administración; estos grupos son objeto de estudio de esta investigación con la intención de proponer un mecanismo que asegure la mejora de la percepción de la calidad de los usuarios tomando en consideración la administración del Capital de Trabajo, que en la gestión hospitalaria es de gran importancia al ser, unido al recurso humano, uno de los recursos de operación del hospital que tienen movilidad permanente durante los 365 días del año, por lo que la eficiencia en su administración es un factor fundamental para dar una respuesta a la ciudadanía con calidad en el servicio. La importancia del Capital de Trabajo en unidades hospitalarias del sector público adquiere una dimensión prioritaria para la Administración Pública al considerar la infraestructura existente a nivel país. La Guía HSP/HSO de Hospitales en América Latina y el Caribe (1996) registró la existencia en América Latina de 16,566 hospitales públicos de los cuáles el (39,2%) corresponde a hospitales públicos generales.⁵ Desde esta óptica cuantitativa, la búsqueda de eficiencias en la prestación de los servicios públicos de salud se asocia con las mejoras en la administración de unidades organizacionales denominadas hospitales, que por su naturaleza se ubican en el sector salud que forma parte del Sistema de Administración Pública de un país. Por su impacto social, las mejoras operativas de las unidades del sector público constituyen un tema de interés para las Ciencias de la Administración cuyo escenario de acción es la organización como unidad de generación de beneficios y/o utilidades como resultado de la producción de bienes o de la prestación de servicios. La búsqueda de soluciones para lograr la eficiencia en el manejo de los recursos de la organización, denominada según su objetivo empresa/institución, a nivel unitario o de célula, corresponde a las Ciencias de la Administración.

Para Uvalle (2002) la relevancia de la gestión pública tiene como sustento que se relaciona con las capacidades que las instituciones gubernamentales tienen para asegurar las libertades modernas, la democracia política, la calidad de vida y el bienestar continuo. Su relevancia permite situar que sin resultados favorables de la acción del gobierno, no es posible que los ciudadanos tengan confianza en él mismo. Lo que un gobierno realiza o no, alude de modo directo a la gestión pública, ya que es el eje de las políticas públicas, la eficacia de la gestión pública es producto no sólo de recursos

⁵ <http://www.virtual.epm.br/material/healthcare/spanish/E0101.PDF>

técnicos y tecnológicos, sino de la orientación institucional que se imprime a los mismos en el cumplimiento de las metas públicas.

Al observar la perspectiva global de la situación actual de las entidades públicas, se reflejan la necesidad de la mejora de la gestión pública que para Sánchez (2006) tiene que ver con la introducción en el sector público de las técnicas y métodos del sector privado con el fin de hacer eficientes y eficaces a las organizaciones públicas, refiriéndose a la puesta en práctica de los métodos y técnicas en el interior de la organización, así como para resolver los problemas que el exterior impone. El mismo autor, citando a Allison (1983) menciona que las categorías básicas que prevalecen en los análisis de gestión pública -estratégica, gestión de personal, gestión financiera y de control- debieran contribuir al cumplimiento de las tres funciones de la gestión pública:

- 1) Gestión estratégica (establecer objetivos y prioridades y diseñar planes operativos para alcanzarlos);
- 2) la gestión de los componentes internos (organizar, gestionar los recursos humanos y financieros y controlar los resultados obtenidos); y
- 3) la gestión de los componentes externos (tratar con las unidades externas de la propia administración pública, con otras organizaciones independientes).

Lo señalado en los apartados de Planeación del Desarrollo y la Calidad de los servicios públicos de salud expresa una gran necesidad de cambio para que se cumpla con las tres funciones de la gestión pública de Allison, que coincide con Guerrero (2003) en su obra ¿El fin de la administración pública?, que menciona los principales signos distintivos de la gestión pública como: a) la prestación de servicio al cliente, b) el establecimiento de mercados en el seno de los procesos gubernamentales, c) el desarrollo de la competencia mercantil entre dependencias, d) la orientación empresarial de tipo privada dentro del Estado, y e) la separación tajante entre política y administración.

Aguilar (2006) concuerda con Allison y Guerrero al exponer que los errores y las ineficiencias de los gobiernos se atribuyeron a defectos organizativos u operativos de la Administración Pública y que se señalarán como críticos varios campos de la gestión administrativa, tales como el manejo financiero, la elaboración de las políticas y programas, la asignación y uso de los recursos públicos, el control interno del gasto, la

forma de organización del trabajo, la gestión de los recursos humanos, los procesos de prestación de los servicios, el trato con los ciudadanos, etc. Este autor hace énfasis en la modificación sufrida por la Administración Pública obligada a reorganizarse de acuerdo con los imperativos básicos de una estricta dirección financiera, mayor economía, eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos, desaparición de entidades y programas innecesarios e indeficientes, recorte de personal sobrante e improductivos para convertirse en una nueva gestión pública que abarque la gestión estratégica y la gestión de la calidad como conceptos inseparables de una mejor administración orientada a los objetivos de su existencia.

En este punto se considera relevante mencionar lo descrito por Crainer (2005) en su obra "Los 50 mejores libros de gestión empresarial" en donde hace un breve descripción de la dirección, el liderazgo, la complejidad, el personal, los clientes el concepto "ser mundial", el futuro, la renovación, la competencia, la eficiencia, la estrategia y la diversión como los conceptos que han sido estudiados por los expertos en gestión a lo largo de los tiempos, y que esbozan una constante la notabilidad de la gestión en las instituciones y su inherente necesidad de mejora, todos los autores descritos por este autor buscaron en su tiempo y momento la forma de lograr un cambio en la forma de realizar la gestión ya sea de instituciones públicas o privadas.

De esta forma se da inicio al estudio bibliográfico realizado con el que se construye el marco teórico de la presente investigación, su enfoque está orientado a la Administración Pública, en él, se abordarán más detalladamente los temas de la administración pública, la teoría de la calidad, la teoría de la administración estratégica y la teoría del capital de trabajo en donde la aplicación de esta última se presentará como opción para el logro de una mejora de la gestión pública en particular en el sector salud.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1 La Administración Pública

El sector público de la economía comprende una parte relevante de los recursos económicos de una sociedad, factores productivos y de la producción que son apropiación pública. Los recursos están organizados, y sus objetivos y funciones sometidos a un determinado orden institucional y legal prescrito en la Constitución y las leyes reglamentarias, ello constituye su marco normativo. El sector público incluye todos los departamentos, agencias del gobierno, corporaciones y empresas públicas. Ello le confiere su organización y estructura orgánica. Desde otra perspectiva, el sector público es la autoridad formal para tomar decisiones que trascienden a los grupos privados y al mercado, lo cual le otorga un gran poder e influencia sobre los recursos totales de los cuales dispone la economía y la sociedad en su conjunto (Ayala, 2001).

A partir del marco normativo se conceptualiza la Administración Pública como una parte importante del gobierno; siendo la ejecutora principal de las políticas que éste emprende en los diversos ámbitos de la vida cotidiana de las comunidades. En sentido estricto la Administración Pública es tanto la acción como las instituciones públicas donde se desarrolla. En México, la Administración Pública se divide en dos grandes sectores: el central y el paraestatal. Con el primero se atiende propiamente las funciones administrativas públicas que demanda la sociedad y que en general son de dos tipos: la recaudación de impuestos para atender las funciones del Estado: salud, educación, en el terreno social por citar algunas, y de fomento y apoyo a la inversión tanto pública como privada. Con el segundo sector, interviene directamente en la economía y parte del gasto público lo dedica a inversiones improductivas o productivas.

Sobre esto es importante comentar que la Administración Pública Federal será centralizada y paraestatal conforme a la Ley Orgánica que expida el Congreso, que distribuirá los negocios del orden administrativo de la Federación que estará a cargo de las Secretarías de Estado y Departamentos Administrativos y definirá las bases generales de la creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación, las leyes determinarán las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal o entre éstas y las Secretarías de Estado y Departamentos

Administrativos.¹ Conforme a esta estructura, en México las tareas del sector público en un sentido amplio son las siguientes (Ayala, 2001):

Tabla 2.1

Problemas de Política en el Sector Público

Problemas de Política	Objetivos
Organización Gubernamental	Mantiene y adapta la creación de políticas e implanta agencias públicas.
Unidad Nacional	Atenúa o evita las tendencias al elitismo y fragmentación subcultural.
Desarrollo Económico	Mantenimiento o recuperación del crecimiento, apoyo a la inversión y al ahorro.
Estabilidad Económica	Combinación satisfactoria en proporción al incremento de la inflación, mantenimiento de la balanza de pagos y el empleo.
Bienestar Social	Abrir oportunidades de empleo, salud, educación, vivienda y protección a los vulnerables.
Participación	Responde a las demandas de la participación popular, estatus racial, étnico, grupo de sexo y edad.
Calidad de la vida	Preservar la calidad de la vida en zonas urbanas, proteger contra el deterioro ambiental, favorecer la cultura plural y tolerante.
Política exterior y de seguridad nacional	Defender la soberanía, resolución pacífica de controversias internacionales, desarrollo del libre comercio, libertades de migración y respeto a los derechos humanos.

Fuente: Ayala, José (2001). Economía de Sector Público, Ed. Esfinge, p. 28.

A partir de la década de 1990 empieza un cambio estructural en el proyecto de intervención estatal debido a que el Estado cambia de estrategia para lograr una modernización del sector público, pretendiendo básicamente tres puntos principales:²

1. Modernización del sector público.
2. Redimensión del sector público.
3. Elevación de eficiencia y eficacia en la Administración Pública.

En cuanto a la innovación de la Administración Pública, se observa que el sector público ha sufrido una serie de transformaciones como resultado de los debates en torno al grado

¹ <http://cnh.gob.mx/documentos/8/3/art/archivos/fehv3y6g.html>

² <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040609093600.html>

de participación del Estado en las economías. El perfil de la Administración Pública adquiere un matiz distinto desde la década de los 80, época en la cual el cambio y la innovación de las prácticas administrativas en el aparato público, son los ejes rectores de la nueva visión en la Administración Pública, yendo más allá de la propia estructura organizacional al abarcar tanto el proceso, como el resultado de las políticas públicas.³

En el caso particular de México, según Ayala (2001), el sector público puede ser estudiado desde cuatro perspectivas complementarias:

1. Su constitucionalidad o marco normativo,
2. su estructura orgánica o tipo de organización,
3. el proceso político de decisiones públicas, y
4. por la evolución de sus principales indicadores económicos o tamaño del Estado.



Diagrama 2.1 Estructura del Marco Teórico del estudio “Un Modelo de Administración del Capital de Trabajo de Unidades Hospitalarias”

Fuente: Diseño propio

En el Diagrama 2.1 se presenta la estructura lógica a partir de la cual se construye el instrumental teórico, utilizando el enfoque deductivo (del elemento más general al particular) en su configuración. Se parte del contexto teórico de la Administración Pública por considerar que es el espacio dónde se presenta el fenómeno del uso de Capital de Trabajo en los servicios públicos para dar beneficios que se traducen en la satisfacción de necesidades a la ciudadanía que es la usuaria del servicio público. La configuración del

³ <http://cnh.gob.mx/documentos/8/3/art/archivos/fehv3y6g.html>

diagrama de ninguna manera pretende establecer relaciones de dependencia entre las teorías que se manejan en este trabajo. Por ser el nivel macro del contexto de la investigación, se identifican las razones que justifican la optimización del uso de recursos en la Administración Pública y de las instituciones a través de las cuales canalizan los beneficios a los ciudadanos. En este diagrama se aprecia que una vez identificado los elementos teóricos que ofrece la Administración Pública, el análisis prosigue hacia el enfoque micro, en el cual ya se ubica en términos de organización a las entidades que prestan directamente el servicio a la ciudadanía. Como se aprecia, este enfoque deductivo permite ubicar el fenómeno del uso de un recurso como es el capital de trabajo, sustentado por la teoría de la administración estratégica, la teoría contable, y su impacto en la satisfacción del ciudadano, sustentado por la teoría de la calidad y la teoría de administración del capital de trabajo. Es claro que en el ámbito teórico, la administración pública y la administración de organizaciones y/o empresas, tienen su propio espacio, técnicas y herramientas metodológicas para el abordaje de los problemas. En este trabajo el fenómeno se analiza en el nivel micro de las organizaciones, pero por su ubicación en el ambiente de la Administración Pública, se plantean todas estas teorías como fundamentos del análisis.

Conforme a este orden de ideas el interés de esta tesis se direcciona hacia el análisis de la Administración Pública relacionado con la perspectiva de tamaño e indicadores, por considerarse que la administración del Capital de Trabajo conduce a una valoración del desempeño, es decir de la eficiencia en el manejo del recurso financiero de la organización pública en estudio, a la vez que se relaciona con la vertiente del tamaño por tratarse de los servicios de salud pública a los que tiene derecho toda la población de un país. El estudio entonces de las Estrategias de Administración de Capital de Trabajo, tiene como frontera de análisis la perspectiva cuantitativa, en particular la orientada a los indicadores de tipo financiero.

El estudio se aborda considerando como escenario de análisis a la Administración Pública, con un marco general teórico radicado en la Teoría de la Organización a partir del cual se profundiza utilizando conceptos clave de la Teoría de la Administración Estratégica por tratarse del uso de recursos estratégicos para la operación y la sobrevivencia de la institución pública, seguido por el marco de la teoría contable que contiene los elementos conceptuales para la administración financiera hasta llegar a la

Teoría del Capital de Trabajo que se enfoca al manejo del recurso financiero a nivel liquidez.

Todo con el objetivo de identificar las oportunidades de mejora en la Gestión Pública que se mencionan en el Capítulo I para lograr una contribución al bienestar, procurando un resultado bilateral, es decir, que se refleje tanto en el fortalecimiento de las instituciones públicas como en la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Enfoques analíticos de la Administración Pública

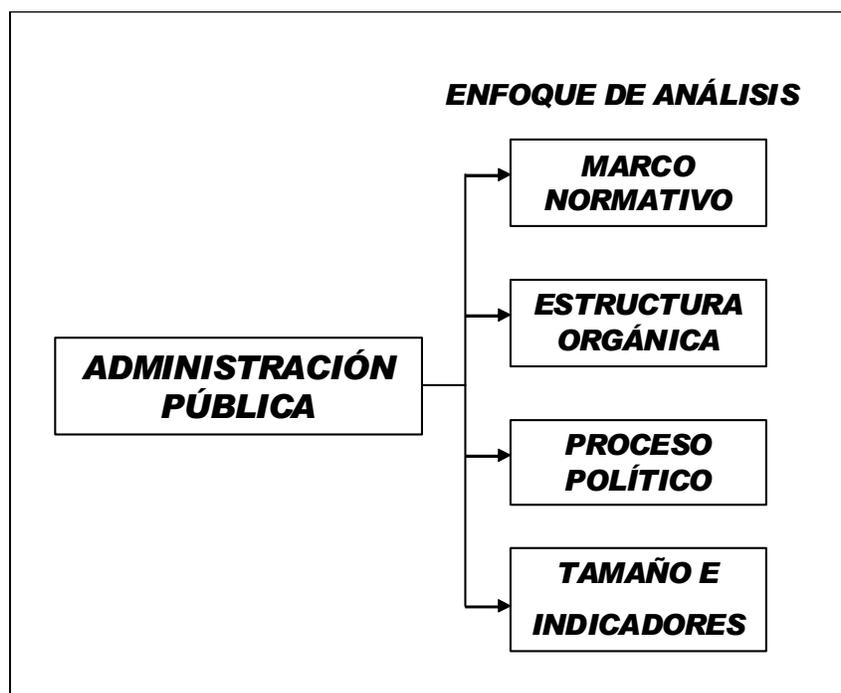


Diagrama 2.2 Perspectivas de estudio de la Administración Pública
Fuente: Diseño propio

Las categorías enunciadas en el Diagrama 2.2, delimitan los enfoques en que se aborda el análisis de la problemática relacionada con al Administración Pública así, el enfoque de estudio orientado hacia la *Institucionalidad*, agrupa el análisis de la estructura constitucional y de las leyes reglamentarias que establecen el marco jurídico en el cual se desenvuelven las actividades del sector público. En él se definen sus objetivos, funciones y atributos, es decir, fija el marco de restricciones institucionales o lo que es igual, aquello que la ley permite o prohíbe hacer. Al usar el enfoque de la *Organización*, la perspectiva de análisis se orienta al marco legal existente que determina la estructura del gobierno central, de los gobiernos de los estados y los municipios, del sector paraestatal y, en

general, de sus entidades y órganos. Considerando que además, la ley fija al sector público y sus agencias los distintos atributos, objetivos, competencias y funciones, de acuerdo con los cuales se deberá organizar:

1. Congreso de la Unión que reúne a las cámaras de diputados y senadores
2. Presidencia de la República
3. Administración Pública y sus distintas ramas
4. Suprema Corte de Justicia
5. Agencias públicas descentralizadas, organismos, empresas y fideicomisos.

Al trabajar el análisis desde la perspectiva *Política*, se aborda el proceso político es como el medio a través del cual se relacionan los distintos grupos de la sociedad con el Estado, pero también los distintos niveles del gobierno y sus distintos órganos y agencias. Finalmente el enfoque referido al *Tamaño* del sector público busca reflejar la importancia que le dan los distintos grupos sociales, las necesidades sociales y económicas acumuladas o futuras, y finalmente, la ideología política dominante en un régimen o sistema.

Con referencia al significado de Sector Público, Gobierno, Administración Pública o Estado, para (Ayala, 2001) se identifica que estos son conceptos que suelen utilizarse indiscriminadamente y de forma indistinta, lo cual suele conducir a confusiones.

Para ese mismo autor, el *Estado* es el concepto mas amplio e incorpora las nociones de soberanía, territorio, cultura y régimen político; el gobierno también tiene un grado de abstracción en su definición, es decir, se le concibe como la representación del poder público materializada en su poder de coerción y su capacidad de actuación sobre las fuerzas sociales, en cambio, la *Administración Pública* comprende el conjunto de organizaciones que operan la matriz institucional del gobierno en el ámbito del ejercicio directo del actuar del gobierno y la operación de sus políticas. El *Sector Público* es identificado como la conjunción de la institucionalidad pública, su organización y sus relaciones rebasando el ámbito ejecutivo para atender la parte pública de las relaciones sociales, políticas y económicas.

Características de la Administración Pública

Es importante comentar las características de la Administración Pública y su diferencia con la Administración Privada: Los argumentos a favor del carácter diferencial de la gestión pública respecto a la gestión privada son muy variados y numerosos, Ballart (2001) hace referencia a los siguientes:

1. La Administración Pública tiene definida su misión y su campo de actuación por la legislación o por un órgano externo de carácter político, mientras que la empresa privada decide libremente, cual es su misión y su ámbito de negocio.
2. La Administración Pública tiene en último extremo el monopolio del poder sancionador y coactivo, a pesar de que en la práctica gestiona los asuntos recurriendo a la negociación o buscando apoyo y formando coaliciones en defensa de sus objetivos.
3. El entorno de las administraciones públicas suele ser más complejo que el de las empresas privadas en el sentido de que las decisiones de las instancias gubernamentales y sus políticas están sujetos a múltiples presiones por el juego de los actores políticos o la presión de los mismos problemas sociales no resueltos.
4. Las administraciones públicas tienen dificultades para planificar a largo plazo y se ven obligadas a trabajar a corto plazo debido al ciclo electoral y político.
5. En la elaboración de sus políticas, las administraciones públicas se ven obligadas a acomodar una amplia variedad de valores e intereses. El interés público tiene una pluralidad de dimensiones y puede ser objeto de múltiples interpretaciones.
6. Los objetivos de las organizaciones públicas y de sus políticas son múltiples y a menudo complejos dada la relevancia social de las cuestiones tratadas. En la medida que los objetivos son más profundos y cualitativamente ricos resultan más difíciles de operacionalizar, medir y evaluar.
7. Las organizaciones públicas no sienten la presión por la eficiencia económica que sienten las organizaciones privadas, salvo que se ejerza una presión política específica

externamente.

8. Algunos bienes y servicios públicos se distribuyen de forma universal dado que por su naturaleza no es posible la exclusión de sus consumidores. En este contexto, el mercado no es posible y debe ser substituido por la gestión pública.

9. Las demandas de visibilidad, de cobertura y de transparencia son muy importantes en el sector público. Su gestión debe poder mostrarse a la opinión pública y a los medios de comunicación.

10. En el sector público existe una exigencia política de altos niveles de justicia, igualdad, equidad entre casos individuales y consistencia en la actuación administrativa en el tiempo.

11. Los objetivos sobre la forma en la que debe actuar la administración producen una tendencia a la búsqueda de seguridad sobre la base de la adopción de estructuras centralizadas y jerárquicas.

12. La Administración Pública sufre importantes limitaciones en la toma de decisiones sobre la utilización de los factores de producción. En particular en todo lo referido a gestión de recursos humanos.

13. El sector público tiene limitaciones en su capacidad para premiar los aciertos y los éxitos o penalizar los errores y los fracasos.

14. Las limitaciones en la gestión de las retribuciones obligan a buscar otros mecanismos de motivación del personal basados en el estatus, la identificación con el servicio público o la proximidad con el poder político.

Autores como Ayala (2001), delimitan la actividad del sector público (Diagrama 2.3) estableciendo su enlace con el sector privado y con el contexto de mercado, señalando específicamente las áreas de la economía que comprende, haciendo referencia a las siguientes:

1. Actividades estratégicas que corresponde a las funciones mínimas del Estado como el mantenimiento de la ley, el orden, la seguridad nacional y la defensa.
2. Actividades exclusivas que incluye la prestación de servicios que solo el gobierno puede realizar como el cobro de impuestos, la seguridad pública, regulación y educación básica.
3. Actividades *competitivas* en las cuales el sector público compite con el sector privado, hospitales, educación media y superior, investigación, etcétera.
4. Actividades de *mercado* en las cuales el gobierno busca la obtención de beneficios, la rentabilidad y la competencia en el mismo.

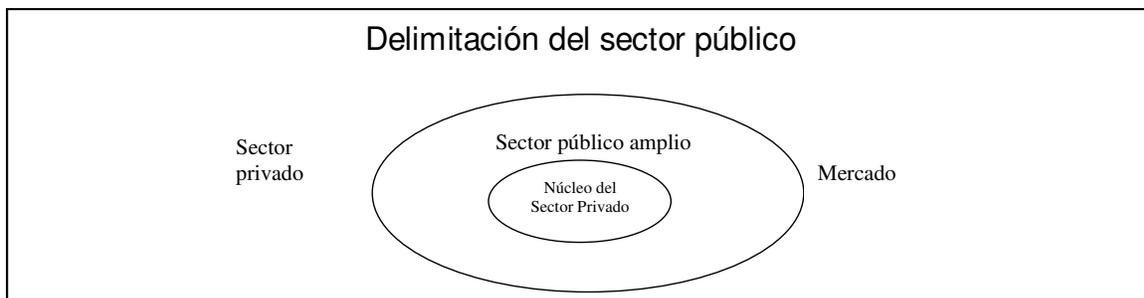


Diagrama 2.3 Delimitación del Sector Público Mexicano
Fuente: Ayala, José. (2001). Economía de Sector Público, Ed. Esfinge.

Los conceptos analizados revelan la ausencia de una definición del sector público unánimemente aceptada, en realidad, pueden construirse distintas definiciones, ello depende de las necesidades de análisis y de la información disponible. Por ejemplo, puede definirse restrictivamente y sólo incluir su núcleo básico, o bien puede haber una definición más amplia donde se incluyan actividades que están en la frontera del sector privado y el mercado como se aprecia en el Diagrama 2.3. Para efectos de esta investigación al situarse en el ámbito de la gestión pública hospitalaria, correspondiente al sector de salud pública, se tiene consistencia con la definición de mayor generalización en la cual la *Administración Pública* comprende el conjunto de organizaciones que operan la matriz institucional del gobierno en el ámbito del ejercicio directo del actuar del gobierno y la operación de sus políticas (Ayala, 2001).

2.1.1 La Reforma de la Administración Pública

El contenido de la reforma

El Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1997 del Banco Mundial⁴, fue el primero que se dedicó integralmente a analizar en forma específica al papel del Estado en el proceso de consolidación de las reformas económicas. En él se hicieron las siguientes recomendaciones sobre la Reforma del Estado, las cuales dan algunas directrices para detectar lo que pueda pasar en América Latina-Caribe (AL-C):

- Estado debe ser un facilitador del mercado.
- Los Estados débiles deben concentrarse en lo esencial: derechos de propiedad, estabilidad macroeconómica, control de enfermedades, agua potable, caminos y protección de los más necesitados.
- Hay necesidad de construir un mejor sector público a través del mejoramiento de la capacidad central de formulación y coordinación política, del establecimiento de sistemas eficientes y efectivos de provisión de servicios a través de medidas orientadas hacia el desempeño, meritocracias mejoradas, mejor información, fortalecimiento de los sistemas de "voz"; etc.
- La lucha contra la corrupción debe hacerse a través de: menores regulaciones, mayor transparencia y uso del mercado y mejor supervisión.
- La promoción del personal debe hacerse a través de la capacitación-motivación, de políticas de compensación adecuadas y de la formación de un espíritu de equipo.
- El Estado es un proveedor monopólico de servicios y el problema del monopolio es claro y bien conocido, el monopolio constituye un incentivo para producir ineficientemente.
- El Estado si bien no monopoliza, sí es el proveedor dominante en la producción de los servicios de salud, educación, vialidad, comunicaciones y es aquí donde se presentan los

⁴ <http://www.firgoa.usc.es/drupal>

problemas de ineficiencia.

Un modelo alternativo de Administración Pública

Según Pardo (2004)⁵, para mejorar la eficacia y la eficiencia de la Administración Pública (en AL-C), es necesario sustituir el Modelo Jerárquico existente por un modelo de Nueva Administración Pública (NAP).

a) El Modelo Jerárquico o Administración Pública Jerarquizada (APJ)

Este modelo es el que predomina en la Administración Pública de la mayoría de los países occidentales y su base es la utilización de dos técnicas para mejorar la relación mandante-mandatario y por lo tanto para fomentar el gobierno más eficiente y honesto en favor del interés público. Estas técnicas son:

- 1) El establecimiento de controles y equilibrios entre los diversos poderes políticos, y
- 2) Una forma jerárquica de organizar la Administración Pública sobre la base de un control centralizado.

Este modelo, entre otros antecedentes, es herencia de la época colonial y en general fue más o menos eficaz cuando los gobiernos eran pequeños. Pero la función del Estado ha crecido enormemente (al menos hasta la década de los 80) y en 1995, la porción destinada al gasto público llegó al 50%. Este crecimiento ha producido administraciones públicas muy grandes, difíciles de controlar y más fáciles de ser "capturadas" por intereses especiales. Esto ha conducido a ineficiencia e inflexibilidad. Este modelo de Administración Pública según el Banco Mundial, no ha sido tocado profundamente por las reformas de primera generación y la impresión general es la de que ha sido capaz de dismantelar gran parte del antiguo Estado, pero que no ha contado con los recursos o con la capacidad para reconstruir una Administración Pública apropiada "al nuevo Estado".

⁵ <http://www.inep.org>

El mal desempeño de la Administración Pública Jerarquizada (APJ), es que está demasiado centralizada, regulada, rígida y desmotivada. Un Estudio realizado a solicitud del Banco Mundial presenta las siguientes conclusiones: políticas y prácticas que les impiden reclutar y conservar funcionarios altamente calificados y motivarlos para que tengan el mayor desempeño posible; procedimientos excesivamente rígidos que limitan la capacidad de los jefes para afectar el desempeño de sus empleados; la estructura institucional está tan llena de trámites burocráticos y responsabilidades superpuestas que dificultan utilizar gran cantidad de empleados.

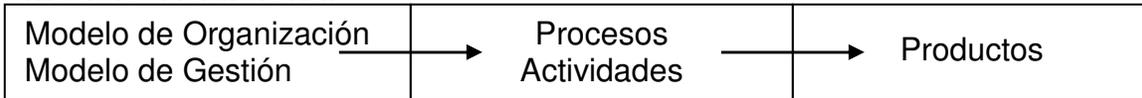
b) El Modelo de la Nueva Administración Pública (NAP)

Este modelo es el que el Banco Mundial está presentando y promoviendo como alternativo. Ha sido experimentado en casi todos los países avanzados modificando y está sustituyendo al modelo jerárquico. Existe consenso por parte de los defensores de este modelo que tiene los siguientes componentes fundamentales: 1) Delegación de la toma de decisiones; ya que así los encargados de ellas están más próximos al problema y tienen objetivos más claros; 2) Orientación hacia el desempeño, dando un énfasis a los productos más que a los insumos; 3) Orientación hacia el cliente: el informar y escuchar al público permite comprender mejor lo que quieren los ciudadanos y responder con productos más adecuados; 4) Orientación al mercado a través de contratos de gestión y personal y de la competencia entre los organismos públicos.

Uno de los principales cambios que plantea la NAP es el respectivo al modelo, esto es transitar de un modelo tradicional a uno innovador (Diagrama 2.4)⁶, para así maximizar el impacto externo y la eficiencia interna, dejando de lado el énfasis en la eficiencia del producto (generación y entrega del mismo).

⁶ <http://www.eumed.net/ce/2005/rcb-rend.htm>

Modelo Tradicional



Modelo Innovador

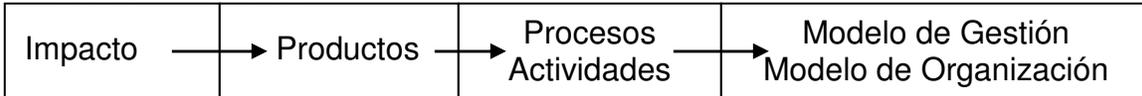


Diagrama 2.4 Modelos de Administración Pública. NAP

Fuente: <http://www.eumed.net/ce/2005/rcb-rend.htm>

La NAP busca la reestructuración del Estado y para ello ha y esta desarrollando diversas líneas de trabajo que con el tiempo se convierten en políticas nacionales como lo son la sociedad de la información, la meritocracia, la ética aplicada, las prácticas de buen gobierno, la función pública, el gobierno electrónico, entre otros. La Nueva Administración Pública se sustenta en la idea de que el conocimiento de la realidad en su totalidad es imposible, por lo cuál sus soluciones son limitadas. Se caracteriza por:

- a) La descentralización, la externalización y la privatización
- b) La separación de las estrategias políticas de la administración
- c) La creación de una administración descentralizada
- d) Sistemas de control central
- e) La creación de productos dirigidos a sectores de la organización
- f) Énfasis en los resultados más que en procesos y procedimientos
- g) Orientación a las necesidades del consumidor más que en los intereses de la organización o los burócratas
- h) Desarrollo de la cultura de la administración empresarial.

Nueva Zelanda es el ejemplo por excelencia de la Nueva Administración Pública. Las reformas se inspiraron en la idea de que los mecanismos del sector público estaban errados y podían ser mejorados, copiando lo que había en el sector privado. Las medidas que se implementaron fueron las siguientes: instituir un programa de gran envergadura para corporatizar primero y privatizar después una gran parte del sector público (servicios públicos, manufactura, actividades de servicios). Las reformas han estado dominadas por la idea del establecimiento de relaciones de tipo contractual entre el gobierno como

"comprador" y los organismos gubernamentales como "proveedores". En cuanto a las condiciones de trabajo la NAP está caracterizado por estos elementos: los titulares de departamento pierden su titularidad vitalicia y ahora trabajan como gerentes, conforme a contratos de desempeño especificados. Los empleados del sector público ahora trabajan conforme al derecho laboral privado (y en las mismas condiciones que cualquier empresa privada).

Finalmente la NAP enfatiza la orientación hacia el cliente, lo que comúnmente se conoce como un modelo de "voz"; enfatiza un mejor desempeño del sector público mediante técnicas de "escuchar" o "participar". Esta perspectiva es consistente con el marco de la Teoría de la Calidad aplicada a la gestión hospitalaria, que se apoya en tres pilares (Varo, 1994), que son (1) la orientación al cliente, en la medida que se satisfacen sus expectativas mediante la prestación de un servicio o de un producto; (2) la optimización de los costos de operación/producción, requeridos para la prestación del servicio; y (3) la orientación al cliente interno, orientada a la calidad del servicio interno ofrecido por los trabajadores en la operación de los procesos propios de la organización. Estos argumentos muestran la relación existente entre el enfoque económico y el enfoque social en la gestión pública hospitalaria. Profundizando en el tema, el análisis conduce a la identificación de dos aspectos básicos de la calidad: la calidad técnica o intrínseca, que se refiere a las características técnicas de un bien o servicio, y la calidad percibida, que se ubica en la dimensión de la impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un servicio/producto para satisfacer sus expectativas, a la que se refiere Juran (1988) en su definición: Calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso.

2.1.2 La Administración Pública del Sector Salud

En lo referente al sector salud, según Barquín (2003), en casi todos los países latinoamericanos se observa la tendencia a la integración total de la actividades preventivas, curativas y de rehabilitación en el área de la medicina, así como la unificación de la autoridad legal, administrativa y financiera en un poder ejecutivo de tipo nacional que en general estará asesorado por un consejo nacional. Para su operatividad, la Administración Pública del Sector Salud se integra por tres bloques: (1) el denominado Salud Pública o salubridad que agrupa aspectos de educación para la salud y de prevención y control de enfermedades; (2) el de Atención Médica, en la que se ubica

directamente a las unidades hospitalarias; y (3) el de Servicios Asistenciales y Sociales que atiende a los grupos especiales de rehabilitación y de enfermedades sociales como el alcoholismo, drogadicción, etc. El Diagrama 2.5 muestra estas interrelaciones, siendo de interés para esta investigación identificar la problemática de la eficiencia en el uso de recursos financieros y su impacto en materia de atención médica, que se presenta en los hospitales del sector público de México, en particular en el estado de Tamaulipas, como parte de las novísimas formas de Administración Pública que según Moreno (2006), llevan mayores responsabilidades públicas, tales como resultados, calidad de vida, transparencia.

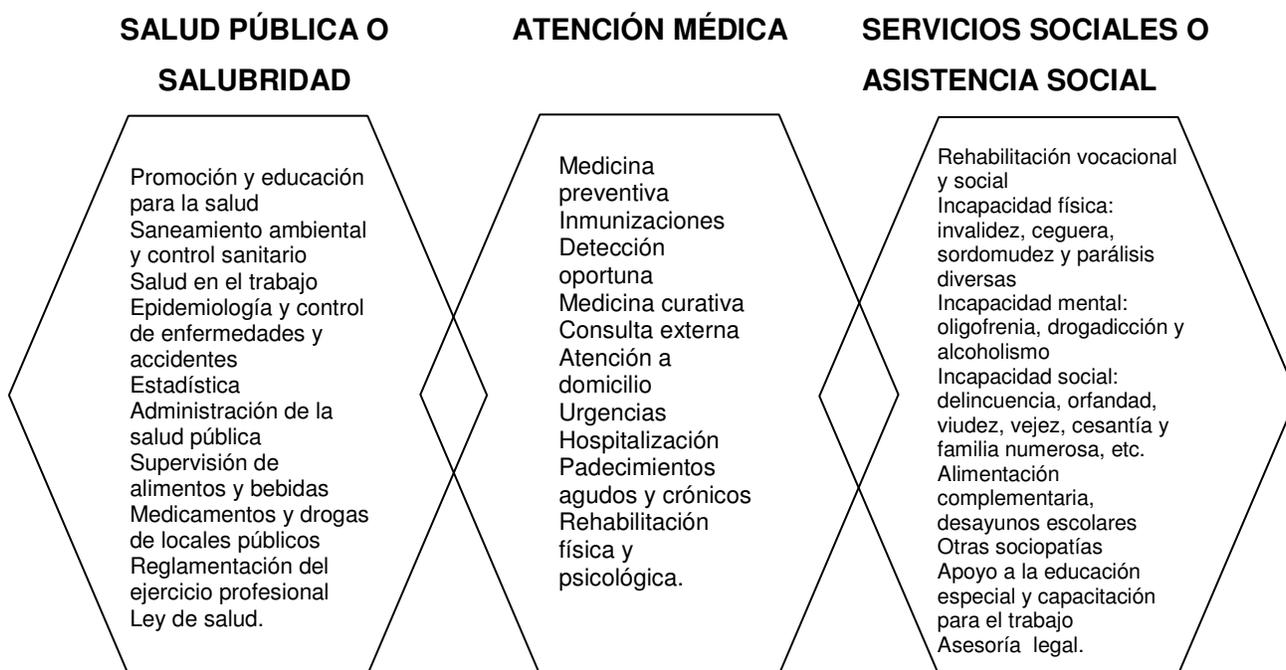


Diagrama 2.5 Sector salud. Interrelaciones de la atención médica

Fuente: Barquín, Manuel (2003). Dirección de hospitales, México, Ed. McGraw Hill, p. 16.

La descentralización

En América Latina y en la mayoría de los países del llamado “tercer mundo”, desde principios de los años ochenta, la descentralización emergió como una respuesta a la ineficiencia, inequidad, altos costos, baja cobertura y escasa efectividad de los servicios de salud asociada al centralismo.

En México en 1983 la protección de la salud se elevó a rango constitucional y se estableció que el gobierno federal y los estados concurrirían en materia de salubridad general (artículo 4º constitucional), estableciendo el derecho de toda persona a la protección a la salud, El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988⁷ incluyó, como parte de sus estrategias, la descentralización a los estados de los servicios de salud a la población abierta para los niveles de atención primero y segundo, compromiso también asumido por el Ejecutivo Federal en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006⁸, y reiterado durante la gestión administrativa del período 2007-2012, donde se establece seguir desarrollando los sistemas de salud en coordinación con los Gobiernos Estatales, a fin de potencializar su cobertura a toda la población mediante estrategias conjuntas que permitan mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, en beneficio de la salud de todos los mexicanos, evitando la duplicidad de las acciones. La Ley General de Salud fue promulgada en 1984, la cual distribuyó competencias sanitarias entre el gobierno federal y las entidades federativas. Sin embargo, la descentralización de los servicios incluyó exclusivamente a 14 estados de la República: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo.⁹

En paralelo, el país impulsa la reforma política desde la década de los setenta, añadiendo elementos, cambios y transformaciones en el régimen político administrativo local, lo que se traduce en una mayor autonomía local (Moreno, 2006), como resultado de las acciones de descentralización de los servicios de salud en 1997, cada estado conformó un Organismo Público Descentralizado (OPD), instancia administrativa con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de dirigir, administrar, operar y supervisar los establecimientos de servicios de salud transferidos por la Secretaría de Salud (SSA) a los gobiernos estatales, administrar los recursos asignados, las cuotas de recuperación o de cualquier otro título legal e integrar un acervo de información y documentación que posibilitara a las autoridades e instituciones competentes la investigación, el estudio y el análisis de la salud. Bajo el concepto de descentralización pueden incluirse diferentes formas organizativas que van desde la desconcentración hasta la privatización, ésta última forma es la que presenta mayores controversias para su inclusión como parte de

⁷ <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/55/doc/doc8.pdf>

⁸ <http://www.economia.gob.mx/pics/p/p1376/PLAN1.pdf>

⁹ <http://www.presupuestocide.org/documentos/salud/DT%2095.pdf>

los procesos descentralizadores.

Para Barquín (2003) el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) para servir a una población determinada en una región específica, no consiste solo en una nueva división de las tareas administrativas del sector salud, ni tampoco en la reasignación de responsabilidades por los recursos de salud. Además no se trata de un fenómeno aislado, ya que este esfuerzo representa la respuesta del sector salud al proceso de democratización y descentralización. Un sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud. La descentralización es en esencia un proceso político que implica un cambio en el uso y distribución del poder, ya sea dentro de un sector o en la sociedad como un todo. Como tal, requiere una decisión política firme para transferir recursos financieros, humanos, tecnológicos u otros. Este proceso no lleva a la automatización del sistema de salud; por lo contrario, reforzará el todo al permitir que sus partes componentes operen de manera más eficaz y con complementariedad.

Para Ochoa (1999), la evaluación de opciones para expandir o mejorar un servicio de salud se realiza en seis pasos:

1. Definir el problema y los objetivos.
2. Identificar las alternativas de solución del problema (por ejemplo, que incrementen la cobertura del servicio).
3. Calcular el costo monetario de cada alternativa.
4. Identificar y medir el impacto de cada alternativa.
5. Identificar y analizar las implicaciones de los costos de las alternativas para decidir que opciones adoptar.
6. Determinar que otros factores distintos a los costos influyen en la toma de decisiones (como capacidad y voluntad de pago de la comunidad, valores de ésta, y otros).

En México, los recursos públicos disponibles para el financiamiento de la salud son escasos, y aunque la información que existe es limitada, la Secretaría de Salud se ha dado a la tarea de sistematizar el gasto público en salud, en cifras totales, desagregadas

por rubro de gasto y funciones del sistema.¹⁰

Lo anterior coincide con la descentralización puede considerarse una manera de identificar mejor las necesidades locales y responder en forma más adecuada a ellas, y es también una forma de mejorar la gestión de los recursos. Sin embargo quizá lo más importante sea que constituye un medio esencial para establecer la participación de la comunidad y la autoconfianza local. La participación social es un factor clave para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para el logro de la cobertura universal y la eficiencia en los servicios de salud en países en desarrollo. La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud. No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución (Barquín, 2003).

2.1.3 La Gestión Pública de Unidades Hospitalarias

Como se ha mencionado, dentro de las actividades competitivas del sector público respecto al sector privado están los hospitales. Cuando se habla del hospital no se hace referencia solamente a un grupo de profesionales, en actitud solícita para prestar sus servicios a un puñado de enfermos, ante cuyas camas está una enfermera que aplica las medicinas o hace las curaciones. El concepto de hospital ha variado notablemente en las últimas décadas, en parte como resultado del papel que se le ha asignado dentro de los sistemas de salud de la mayoría de los países, en parte también como consecuencia de la necesidad de supervivencia institucional en momentos en la que la demanda de servicios es creciente, los costos de atención son exageradamente altos y los presupuestos gubernamentales para la salud son desproporcionadamente bajos; esta última circunstancia ha significado que el hospital en alguna forma debió transformarse de institución totalmente subsidiada por el presupuesto oficial a empresa autosuficiente desde el punto de vista económico (Malagón, et al., 2002). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el hospital como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia, médico – sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar.

¹⁰ http://www.insp.mx/salud/45/453_9.pdf

El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación. A esta característica general de reposición de la salud tan particular y específica de la empresa hospitalaria, Asenjo (2001) añade las de:

- Ser empresa de servicios cuyo principal recurso es el personal, del que más del setenta por ciento es doctor, licenciado o diplomado universitario, lo que implica que la dirección debe ser descentralizada y por persuasión objetivando las decisiones.

- Se financia, generalmente, con presupuesto, lo que exige una rigurosa planificación.

- Está muy regulado legalmente, normalizando los derechos y obligaciones de los usuarios, de los suministradores, especialmente de los médicos y enfermeras y de los administradores, así como los de los poderes públicos, e incluso de los propietarios o accionistas.

- El hospital a la vez que lugar de máxima interacción humana con fines asistenciales es una escuela, un centro de investigación y un hotel cuyos clientes, inválidos por sí mismos, permanecen en la habitación excepto si en ellos se realizan exploraciones especializadas o intervenciones quirúrgicas.

- En general, con la universalización del derecho a la asistencia, se ha transformado en una empresa pública, o al menos de interés público, que además de la eficacia, la efectividad y la calidad debe cuidar específicamente la eficiencia y la equidad.

El hospital, requiere de una estructura física funcional, estratégicamente localizada, resultante de una cuidadosa planeación; de una central de suministros de energía eléctrica, de agua potable, de oxígeno, de aire comprimido; de planta para comunicaciones internas y externas; de una dotación de equipos y elementos científicos y generales, conveniente y suficiente para atender la demanda prevista de servicios; de dirección y administración eficientes; de una nómina de personal científico, técnico, administrativo y auxiliar acorde con los servicios que va a prestar; de un centro de cómputo y sistematización; de unos servicios básicos de cocina, lavandería, ropería; de departamentos técnicos de farmacia, esterilización, mantenimiento y comunicaciones; de

oficinas de recepción, orientación, administración, hospitalizaciones; de áreas para reunión del personal científico y administrativo; de zonas de estacionamiento y circulación externa; lo anterior puede conformar lo que podría llamarse el esqueleto básico del hospital; pero la organización estructural del hospital, es más compleja, en proporción con la cobertura de servicios que va a prestar (Malagón, et al., 2002).

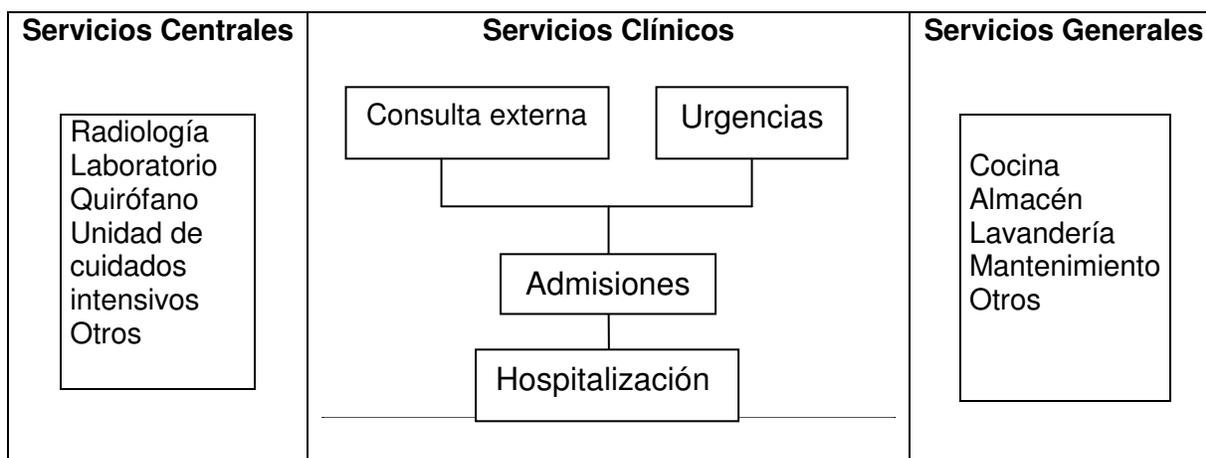


Diagrama 2.6 Servicios clínicos, centrales y generales de un hospital

Fuente: Asenjo, Miguel (2001). Las claves de la gestión pública hospitalaria, España, Ed. Panamericana, p. 51.

Para Malagón, (et al., 2002), la misión de hospitales de segundo nivel contempla la prestación de servicios de atención en salud con especialistas en: Salud oral, Mental, Ortopedia y Traumatología, Medicina interna, Cirugía general, Gineco-obstetricia, Pediatría, Anestesia, Radiología y Patología. Se pueden definir los niveles de atención como las agrupaciones de Instituciones de Salud que permiten clasificar las actividades finales, intermedias y administrativas que pueden realizar, para satisfacer las necesidades de las personas que demandan la atención.

Para una mayor descripción del tipo de servicio de la unidad de análisis utilizada en la presente investigación se presenta la Tabla 2.2.

Tabla 2.2

Clasificación de los servicios

Clasificación de tipos de servicio
<ul style="list-style-type: none">• Servicios finales: los que producen consultas o egresos, como consulta externa, hospitalización.• Servicios intermedios: servicios complementarios que apoya la atención de las personas. Se clasifican en servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio, radiología, etcétera) y servicios de apoyo terapéutico (quirófanos, dietética y otros).• Servicios generales: los que realizan funciones de apoyo generales a servicios finales e intermedios, como lavandería, administración, etcétera.

Fuente: Ochoa, Héctor et al. (1999). Economía de la Salud, México, Ed. Pax, p. 133.

Los servicios prestados por las unidades hospitalarias en el sector público según Ochoa (et al., 1999), se caracterizan por una alta dependencia hacia las asignaciones presupuestales del sector gubernamental, lo que conlleva frecuentes retos en materia de operatividad a consecuencia de un ambiente de restricción presupuestaria que dificulta los aumentos reales del gasto público en salud, trayendo en consecuencia que en el futuro de los servicios de salud tenga alguno de los siguientes impactos:

- Racionar la cantidad de servicios proporcionados, lo que no constituye una alternativa deseable, pero algunos de sus aspectos merecen tenerse en cuenta.
- Disminuir la calidad, es la típica huída hacia adelante en el caso de servicios que tienen que satisfacer una demanda determinada ante una situación de restricción presupuestaria y ausencia de ganancias de eficiencia.
- Congelar las prestaciones, implica que la comunidad de usuarios mantenga sus beneficios, pero que no se incorporen nuevos, es decir, que el sistema siga protegiendo a quienes ahora lo hace y en la forma que ahora protege.
- Privatizar los servicios de salud, es preciso distinguir entre dos sentidos muy distintos del término. El primero es la privatización total: aseguramiento,

financiación y producción de servicios privados. El segundo es la privatización total o parcial de la producción de servicios de salud manteniendo la financiación pública.

- Mejorar la eficiencia, la oferta de servicios de salud no puede realizarse de forma eficiente en un marco de privatización total desregulada.

Al hablar de eficiencia es importante definir este término de acuerdo a lo siguiente: Es el logro de los objetivos sin desperdicio de recursos o la relación entre los servicios producidos y los insumos requeridos para su producción. Por ejemplo, el caso de dos programas que utilizan la misma cantidad de recursos: el programa A, que atiende a 10 madres/día, es más eficiente que el B, que atiende a cinco madres/día. Sobre este tema Ochoa, (et al., 1999), menciona los siguientes tipos de eficiencia:

1. Operacional: se dice que los recursos son utilizados eficientemente si un producto determinado se produce al mismo costo, o la máxima producción se obtiene a un costo dado, mientras se mantiene un nivel adecuado en la calidad y equidad de los servicios.
2. Asignativa: se ocupa de la distribución de los recursos para la salud, en comparación con inversiones en otros sectores económicos, o a diferentes tipos de producción de servicios de salud.

Respecto a los problemas que afectan la eficiencia los cuales pueden detectarse mediante observaciones cualitativas son los siguientes:

- Deficiencias en los sistemas administrativos
- Diseño inadecuado de la organización
- Información rutinaria de mala calidad
- Datos deficientes sobre el abasto de medicamentos e insumos
- Desequilibrios en la cantidad disponibles de recursos
- Descentralización insuficiente (débil poder de los gerentes en áreas de salud)
- Falta de sistemas de control de inventarios y reconciliación periódica de inventarios
- Desperdicio sustancial de medicamentos
- Falta de capacitación de personal
- Falta de motivación del personal, bajos salarios, falta de incentivos.

Como se ha señalado, el hospital es una empresa con su misión, sus objetivos, sus políticas, sus normas y sus procedimientos, al igual que toda empresa, realiza actividades administrativas como son: la financiera, la contable, la de mercadotecnia, la de seguridad, la función técnica o razón de ser de la empresa y la administrativa. Como una organización, las características de las unidades hospitalarias se reflejan en:

1. Su integración por personas y grupos, tales como pacientes, médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y administradores;
2. su orientación hacia objetivos, como puede ser la prevención o curación de problemas de salud;
3. la diferenciación de funciones y procesos operativos, entre los que se identifican grandes bloques como las funciones técnicas, administrativas, médicas;
4. la coordinación racional e intencionada, basada en manuales operativos, reglamentos internos, sistemas y procedimientos administrativos;
5. la continuidad en el tiempo, su desempeño y operatividad se enmarca en el largo plazo.

Malagón, (et al., 2002), afirma que el concepto de hospital ha variado notablemente en las últimas décadas, en parte como resultado del papel que se le ha asignado dentro de los sistemas de salud de la mayoría de los países, en parte también como consecuencia de la necesidad de supervivencia institucional en momentos en la que la demanda de servicios es creciente, los costos de atención son altos y los presupuestos gubernamentales para la salud son desproporcionadamente bajos; esta última circunstancia ha significado que el hospital en alguna forma debió transformarse de institución totalmente subsidiada por el presupuesto oficial a empresa autosuficiente desde el punto de vista económico.

2.2 Teoría de la Organización

La organización formal es la coordinación planificada de las actividades de un conjunto de personas para el logro de un objetivo común y explícito, a través de una cierta división del trabajo y de una jerarquía de autoridad y responsabilidad (Varo, 1994). Tanto las organizaciones con fines lucrativos como las orientadas a la satisfacción de las necesidades sociales, producen bienes y/o servicio, que son consumidos/usados por clientes, lo cuál lleva a considerar que los pacientes son los clientes de una unidad

hospitalaria. Al ser los clientes el elemento vital de una organización, es importante que los administradores identifiquen a sus clientes y definan estrategias que respondan a sus necesidades. Jones, (et al., 2000), señala como preferencias generales de los consumidores la mejor calidad del producto/servicios, rapidez y eficiencia, precio justo/mayor valor por el precio, productos/servicios personalizados. Dado que la habilidad de una organización para satisfacer los requerimientos de sus clientes depende de la eficiencia de su operatividad, los directivos se apoyan en la filosofía de administración de la calidad, que es un concepto que aplica tanto en los casos de producción de bienes, como en la prestación de servicios. El impacto de la calidad en el desempeño organizacional se aprecia en el Diagrama 2.7.

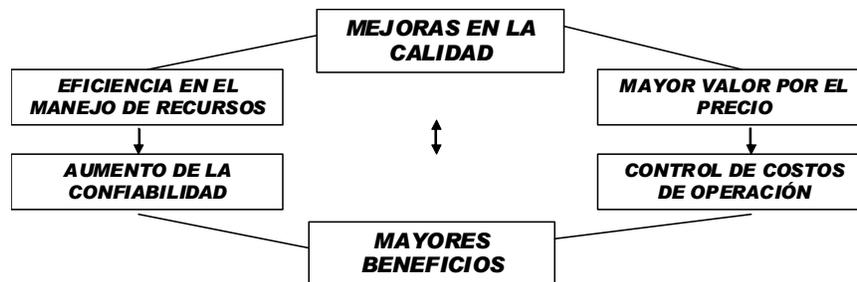


Diagrama 2.7 Impacto de la calidad en el desempeño organizacional
Fuente: Diseño propio

2.2.1 Recursos

La búsqueda de referentes diferenciales en el desempeño de las organizaciones remite a la identificación de recursos que conduce a la ventaja competitiva, por lo que la Teoría Basada en los Recursos (TBR) ocupa un lugar importante (Barney, 1996). Los recursos de la organización son tanto tangibles como los financieros o físicos que se reflejan en los estados financieros, como intangibles, que son recursos que contienen valor físico o financiero, y que son difíciles de obtener y de imitar, como es el caso del capital intelectual, las competencias operativas y el prestigio de una marca. La TBR concluye que los recursos más eficaces en su manejo causarán diferencias entre las organizaciones.

2.2.2 Eficiencia

Para Varo (1994) el uso de criterios económicos en el sector salud, ha propiciado asentar varios conceptos básicos, entre los que destacan los de eficacia, efectividad, eficiencia y

equidad, que definen y correlacionan diversas magnitudes.

Eficacia y Efectividad. La eficacia supone hacer las cosas. Es la acción para cumplir los objetivos previstos, la actuación administrativa en sentido estricto. El concepto de eficacia correlaciona la capacidad de una medida sanitaria con la consecución de un determinado efecto; mientras que el concepto de efectividad es comparativo: hace referencia a la capacidad de éxito real de esa medida en un momento dado, considerando las máximas posibilidades en las mejores condiciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la eficacia es la relación entre los objetivos/resultados previstos y los alcanzados. De forma similar, otros consideran que la eficacia es la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados y que la efectividad es la relación entre los resultados previstos y conseguidos en cada uno de los objetivos por separado. La eficacia es definida como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales, y la efectividad como esta misma relación, pero en condiciones reales.

Eficiencia. Es la expresión que mide la capacidad de la actuación de un sistema o sujeto económico de lograr el cumplimiento de un objetivo minimizando el empleo de recursos: es la actuación económica en sentido estricto y supone hacer bien las cosas.

Es un concepto que hace referencia a los recursos consumidos. La eficiencia de una intervención sanitaria es la consecución de los objetivos al menor costo posible. Es, pues, un término fundamentalmente económico que hace mención a la mejor de todas las alternativas posibles. Puede decirse que la eficiencia de la atención sanitaria es la mejora de la salud esperada a partir de la asistencia con la relación a los costos de dicha atención. Su medida se basa en la comparación de los costos con los beneficios esperados. La OMS y la mayoría de los autores coinciden al definirla como la relación entre los resultados y los recursos utilizados y sus costos. O lo que es lo mismo, la eficiencia mide el rendimiento de los recursos. El uso eficiente de los recursos implica el cumplimiento de dos criterios. El primero es la atención y los servicios se presten al menor costo (eficiencia técnica o clínica); el segundo, que la asistencia se valore mejor por la sociedad (eficiencia social).

Según el mismo autor (Varo, 1994) la equidad, como objetivo, constituye el fundamento de la configuración de los sistemas sanitarios públicos. Hablar de ella significa abandonar

el criterio de la disponibilidad a pagar –demanda- al asignar los recursos sanitarios, pues está ligada a la capacidad adquisitiva y, por tanto, a la distribución de la renta y la riqueza resultante del mercado, que no siempre se consideran justas. El concepto de equidad es una cuestión de derecho. En su significado más simple es la igualdad en el reparto y definirla implica juicios de valor que dan lugar a diversos criterios. Adoptar uno u otros tiene repercusiones en la financiación y asignación de recursos para la salud. Al considerar los costos de la asistencia en la evaluación de la calidad de la misma, Donabedian (1980) propone tres conceptos de atención médica: asistencia con eficacia máxima, asistencia eficiente y asistencia óptima. La primera, *Asistencia Eficaz*: Responde a una concepción maximalista de la atención sanitaria. La representa la asistencia considerada óptima para mejorar la salud, con independencia de los costos. Se logra cuando la asistencia sanitaria útil se presta de la forma más adecuada y se excluyen todos los efectos perjudiciales de la misma. La *Asistencia Eficiente* es la atención que procura mejorar al máximo el estado de salud al costo más bajo posible. Finalmente, la *Asistencia Óptima* es el resultado de una concepción óptima de la asistencia sanitaria. Intenta conseguir costo/calidad. La asistencia óptima persigue que el gasto del tratamiento más eficiente no supere el valor del grado de salud obtenido. Pretende lograr la utilidad de la asistencia a un costo razonable para el cliente.

2.2.3 Gestión Financiera en Instituciones de Salud

Impacto de los recursos financieros en la operatividad de los sistemas de atención médica

Para Barquín (2003) los sistemas de atención médica pueden ser influidos definitivamente por los recursos financieros que se les asignan, que se traducen no solo en cambios en la estructura de la producción de servicios, sino también en la calidad y costo de los mismos. En esa coyuntura, los sistemas de asignación de recursos suelen considerarse como poderosos instrumentos de incentivo para determinados comportamientos económicos (eficiencia) por parte de los prestadores de servicios de atención médica, ya son examinados bajo el prisma de la necesidad de contención de los gastos en atención médica mediante la reducción de los costos de los servicios de salud.

Financiamiento actual de los sistemas de salud

El financiamiento de los sistemas de salud es el principal elemento por analizar cuando se trata de determinar la factibilidad de determinada política sectorial. Esto es así por que allí se reflejan de manera más transparente las relaciones de poder que predominan, y cuales son las verdaderas prioridades vigentes en cierto momento. Además, mediante las alteraciones y transformaciones del flujo financiero son posibles o se impiden los cambios en el sistema de salud. Por estas razones, es de fundamental importancia detenerse a reflexionar acerca de este tema, pues sin una adecuada comprensión del mismo no será fácil desarrollar las propuestas de modernización del sector. Barquín (2003) considera que, el servicio público no consigue incorporar, salvo en el discurso, el concepto de que es justamente eso, un servicio para el público, y trata a sus usuarios como si les hiciera un favor, desconociendo el hecho de que la propia existencia del servicio esta ligada a la aquiescencia de los ciudadanos. El mismo autor señala que otro hecho que agrava este panorama de bajo compromiso con la sociedad y de poca o equivocada percepción de la misión del sector público es que hasta ahora el sector público trabajaba casi sin “techo” de presupuesto, debido a los aparentemente inagotables recursos del tesoro nacional. De esta manera, poco importaba la eficiencia y la disminución de los costos, ya que siempre era posible obtener nuevos recursos o aumentar el nivel de endeudamiento sin que existiera quien se hiciese cargo de las responsabilidades correspondientes.

El Presupuesto

De acuerdo con Barquín (2003) el presupuesto de un hospital es el instrumento administrativo que permite conocer los recursos económicos que dispone la institución para satisfacer sus necesidades, y que a medida que se va ejerciendo en el transcurso de un lapso dado se va gastando de acuerdo con un plan antes establecido. El presupuesto, por lo tanto, debe llenar dos requisitos fundamentales:

1. La determinación en forma clara de los recursos económicos necesarios para satisfacer las necesidades en un periodo dado.
2. La forma en que se ha de disponer de esos fondos en forma gradual para afrontar los compromisos económicos de acuerdo con el plan de inversión ya establecido.

En toda institución, el ejercicio del presupuesto es un principio regulador de las erogaciones a fin de mantener cierta relación entre los gastos y las posibilidades de recaudación de los fondos que constituyan la base primaria de financiamiento del hospital. La presentación del presupuesto en términos generales consta de dos grandes capítulos: los gastos que se requieren por erogación del pago de personal y los gastos de los materiales para la operación del mismo mas los gastos generales de administración así como los aspectos financieros relativos a la inversión en edificio y equipo, y la forma de amortizar este capital. Cada uno de estos capítulos estará subdividido en partidas, cuentas o subcuentas, a cada una de las cuales corresponde una estimación aproximada de la erogación.

La experiencia en instituciones que trabajan proporcionando todos los servicios hospitalarios arrojan los siguientes porcentajes, en términos generales: casi 55 a 60% del presupuesto se gasta en sueldos y prestaciones para el personal que atiende a los pacientes; 20% en medicamentos y material de curación; 12% en alimentos para enfermos y personal; 10% para diversos gastos de materiales de limpieza, papelería y diversos; 2% en lavandería; 4% en mantenimiento, sin considerar las cantidades que se calculan como necesarias para amortizar el capital invertido en el edificio y el mobiliario, y su depreciación.

En síntesis, Barquín (2003) plantea que el presupuesto es la representación numérica del programa de actividades del hospital, y si la realización de las operaciones contables del hospital sigue muy de cerca la previsión considerada, es posible que la operación del hospital sea razonable y económica, pues en todas las partidas hay gastos no previstos, en términos generales, se puede decir, que 95% por los menos de las erogaciones deben estar previstas, y solo 5% quedaran en el rubro de imprevisibles, pues cada vez se establece con más firmeza que los funcionarios de quienes depende la operación del hospital son responsables de los aspectos financieros de la institución, y serán mas hábiles y eficientes en la medida que se logre una calidad excelente en la prestación médica al menor costo posible, y cuando se ejerza el presupuesto en la forma mas aproximada a la que se ha planeado.

Economía de la Salud

El estudio del fenómeno financiero y de los servicios de atención médica tiene por objeto lograr una adecuada comprensión y utilización del recurso monetario en el sector salud, de manera que realice una atención de calidad a un costo justo. El contenido básico del recurso económico requiere que se tomen en cuenta las características económicas del sector salud, a saber:

1. El comportamiento del mercado en cuanto a la prestación de servicios de salud, la demanda de servicios de salud, el concepto de demanda y la necesidad, así como el conocimiento de las curvas y elasticidad de la demanda.
2. Conocer la oferta de servicios de salud en cuanto a atención médica, como consulta externa, hospitalización, urgencias y medicamentos.
3. Practicar un análisis de costos en relación con la producción, la productividad y la eficiencia de los servicios de salud, lo que debe conducir a comprender el concepto de las funciones de producción y la economía de escala.
4. Finalmente, efectuar una evaluación económica al conocer el costo-efecto y el costo beneficio, a fin de establecer con precisión y certeza la economía política de los servicios de salud.

Varo (1994) dice que todas las actividades sanitarias conllevan el empleo de unos recursos que tienen unos costos y dan lugar a unos resultados, en general beneficios. En el análisis económico sanitario se consideran dos cuestiones diferentes. La primera de ellas obliga a evaluar los costos y las consecuencias de las actividades sanitarias y da lugar a estudios descriptivos de costos, de resultados o de ambos; la segunda plantea la elección entre dos o más opciones posibles. En sentido estricto, el análisis económico sanitario es el estudio comparativo de acciones opcionales que incluyen los costos y los resultados y de ellos, el más completo es valorar conjuntamente alternativas, costos y resultados.

De acuerdo con la clasificación más aceptada de los métodos de evaluación económica, hay que centrarse fundamentalmente en los análisis costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad. El resto de los análisis que se pueden realizar (costo-productividad, costo-rendimiento, costo-eficacia y costo-eficiencia) únicamente describen costos, producción, beneficios y eficacia.

Análisis costo-efectividad

Este análisis aplica cuando no todos los conceptos incluidos en la evaluación se consideran en términos económicos (Varo, 1994). Los beneficios se cuantifican en unidades naturales o físicas, tales como años de vida ganados, mortalidad evitada, días de incapacidad evitados y casos correctamente diagnosticados. Una vez determinados los aspectos no económicos, se correlacionan con el costo de los recursos utilizados.

El principal problema que plantea este análisis, es la valoración de los resultados intangibles, por ejemplo, los resultados psicológicos de la implantación de un programa sanitario. El análisis costo-efectividad pretende conocer el costo de cada una de las unidades producidas por los programas sanitarios, su objetivo es determinar si existen patrones más eficientes de provisión de servicios en comparación con los modelos observados y suministrados habitualmente.

Análisis costo-utilidad

Surge de la valoración realizada por la sociedad del nivel de calidad de vida que genera un servicio sanitario de forma directa o indirecta. Es una forma de evaluación económica más amplia que el análisis costo-efectividad, con la que se analizan los programas opcionales de asistencia sanitaria, considerando sus beneficios en términos subjetivos, es decir los percibidos por el individuo.

Análisis costo-beneficio

El análisis costo-beneficio pretende evaluar las consecuencias de los programas en términos económicos y la relación entre los resultados de los programas y sus costos. Según Varo (1994) la idea básica es determinar si los beneficios de un proyecto

específico de salud superan sus costos reales en términos de recursos. Desde esta perspectiva, la decisión de seguir o no con una determinada línea de acción está vinculada a ambos factores: costos y beneficios. Para analizar problemas centrados en la administración de Capital de Trabajo, este enfoque resulta de utilidad por facilitar la incorporación al contexto financiero, del concepto de calidad percibida en el servicio como el componente de *beneficio*.

2.3 Teoría de la Calidad

A manera de introducción al tema de la teoría de calidad es necesario mencionar a los llamados cinco grandes de la calidad, William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby, dando una breve descripción de sus aportaciones a esta teoría¹¹:

Eduards Deming, desarrolló el Control Estadístico de la Calidad, demostrando en el año 1940, que los controles estadísticos podrían ser utilizados tanto en operaciones de oficina como en las industriales.

En 1949, Ishikawa, se vincula a la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (UCIJ) y empezó a estudiar los métodos estadísticos y el control de la calidad.

Juran señaló que el control estadístico de la calidad tiene un límite y que es necesario que el mismo se convierta en un instrumento de la alta dirección, y dijo que “para obtener calidad es necesario que todos participen desde el principio. Si sólo se hiciera como inspecciones de la calidad, estuviéramos solamente impidiendo que salgan productos defectuosos y no que se produzcan defectos”.

Feigenbaum fue el fundador del concepto de Control Total de la Calidad (CTC) al cual define como “un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de la calidad, realizados por los diversos grupos de la

¹¹ <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-asociados.htm>

organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes”.

Años más tarde, Ishikawa retoma el término de Feigenbaum de Control Total de la Calidad, pero al estilo japonés y prefiere llamarlo “control de calidad en toda la empresa”, y significa que toda persona de la empresa deberá estudiar, participar y practicar el control de la calidad.

Crosby, desarrolla toda una teoría basado fundamentalmente en que lo que cuesta dinero son las cosas que no tienen calidad, de todas las acciones que resaltan de no hacer las cosas bien desde la primera vez, de ahí su tesis de la prevención.

Todos coinciden en un conjunto de ideas que son básicas para que la calidad tenga un carácter total, ellas son:

1. Esta filosofía es una tarea que tiene que ser impulsada por el número uno de la organización.
2. Es un problema de todos.
3. Tiene que estar orientada al consumidor.
4. Es un proceso de mejoramiento continuo.
5. Requiere de una educación permanente, tanto de dirigentes como de trabajadores.
6. Necesita de una medición permanente que identifique cuál es el costo del incumplimiento.

2.3.1 Concepto de calidad y sus dimensiones

Juran (1993) define la calidad como: *“Adecuación al uso; es también el cumplimiento de las especificaciones”*, afirma que es posible planificar la calidad a alcanzar en la producción. Considera que los principales aspectos de la calidad son:

1. Técnicos: relativamente fáciles de cumplir.
2. Humanos: hoy en día los más difíciles de cumplir.

Este mismo autor señala específicamente que los problemas de la calidad se deben fundamentalmente a la mala dirección más que a la operación. Considera que todo programa de calidad debe tener:

- 1) Educación: (capacitación) masiva y continua.
- 2) Programas: permanentes de mejora.
- 3) Liderazgo: participativo para la mejora continua.

Proponiendo diez pasos para la mejora de la calidad:

1. Crear conciencia de la necesidad y oportunidad de mejoramiento.
2. Determinar metas de mejoramiento.
3. Organizarse para lograr estas metas.
4. Proporcionar entrenamiento.
5. Desarrollar proyectos para resolver problemas.
6. Reportar los problemas sin ocultar los errores.
7. Dar reconocimientos.
8. Comunicar los resultados.
9. Mantener consistencia en los registros.
10. Mantener la mejora en todos los sistemas.

La filosofía de Juran (1988) expuesta en *Planning for quality* y en sus otros libros se formó en torno a una trilogía de la calidad: planificación de la calidad, gestión de la calidad y puesta en práctica de la calidad, insistiendo que la calidad no se puede delegar y que fue uno de los primeros exponentes de lo que ha llegado a conocerse como asignación de autonomía: para él la calidad tiene que ser la meta de cada empleado, individualmente y en equipos, mediante la autosupervisión. Por lo que en base a la trilogía propuesta por Juran en esa misma obra describen las dimensiones de la calidad:

La planificación de la calidad

La planificación de la calidad consiste en desarrollar los productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes. Más específicamente la planeación de la calidad abarca las siguientes actividades básicas:

- Identificar a los clientes y sus necesidades,

- Desarrollar un producto que responda a esas necesidades,
- Desarrollar un proceso capaz de producir ese producto.

La gestión de la calidad

Para Aguilar (2006) la gestión de la calidad, llamada desde los ochenta gestión total de la calidad, integra los métodos de control estadístico del proceso, para los fines de verificar el cumplimiento de las especificaciones y disminuir las disconformidades de la orientación hacia el cliente y describe de manera compendiadora que los principios esenciales de la gestión de la calidad son:

1. Focalización en el cliente.
2. Organización por procesos, con atención al punto final de la prestación del servicio.
3. Empoderamiento (facultación y responsabilización) del personal, con énfasis en la calidad de la persona.
4. Sistema de medición o control estadístico del proceso.
5. Mejora continua.

Puesta en práctica de la calidad

Legault (2000) describe las diez condiciones para la puesta en práctica de la calidad:

1. Su implantación exige que el clima general favorezca la aceptación de un proceso de mejoramiento.
2. Debe existir un compromiso total e incondicional de la más alta dirección a incorporar en toda la organización los principios de administración integral de la calidad.
3. Exige un “portador de la antorcha” en el núcleo de la alta dirección, una persona preparada a arriesgar su carrera.
4. Exige una clara declaración de la política en cuanto a la calidad de servicio deseada.
5. Exige un programa masivo de capacitación de recursos humanos en todos los niveles de la organización.
6. Exige que los empleados apliquen lo que han aprendido en las sesiones de formación y que lo integren a sus actividades de trabajo.

7. Prevé que el proceso de mejoramiento se graduará durante un largo periodo de tiempo.
8. Exige la concentración repetida de atención de toda la organización sobre cuatro puntos principales:
 - a. La percepción que tienen los clientes en relación con la calidad del servicio
 - b. La percepción que tienen los empleados de la empresa
 - c. Los métodos y los procedimientos
 - d. La actitud de los empleados.
9. Exige que todos acepten el hecho de que las actividades no esenciales podrán suprimirse.
10. Para el éxito de la calidad total exige un enfoque rigurosamente estructurado de acuerdo con tres vectores:
 - a. Movilizar los recursos humanos hacia la excelencia
 - b. Medir la calidad utilizando las técnicas y de análisis de fallas
 - c. Optimizar el proceso cliente proveedor.

2.3.2 Teoría de la administración basada en la calidad total

Administrar para la calidad es el proceso de identificar y manejar las actividades necesarias para lograr los objetivos impulsados por los clientes de una organización. Una forma útil de introducir el concepto de administración de calidad es relacionarlo con otro concepto de administración bien conocido, es decir, la administración financiera.

La administración financiera se logra por el uso de tres procesos gerenciales: planeación, control y mejora. Los mismos tres procesos se aplican a la calidad. Los tres procesos financieros proporcionan un enfoque metódico para tratar las finanzas, mientras los tres procesos de la calidad se ocupan de esta última. De particular importancia es que los tres procesos de calidad puedan definirse aún más en una secuencia universal de actividades.

Las palabras claves son “cambio radical”, por lo que el Dr. Juran las definió en su libro de *Managerial Breakthrough* (1964), describiéndolas como un medio para lograr un cambio en el desempeño de negocios a partir del desempeño histórico. Esta transformación no ocurre sola, requiere un “proceso de cambio sistemático” centrado en un enfoque de proyecto por proyecto para lograr cambios radicales.

Ciclo de Control de Ishikawa:

Ishikawa, ingeniero japonés y discípulo de Deming y Juran, es el creador del concepto Calidad Total. Consideró que el término control, tratándose de calidad, sale sobrando ya que se entiende que un producto con calidad es aquel que reúne todos los requisitos. Se distingue por dos aspectos básicos:

A) Su metodología de análisis causal para la solución de problemas, comúnmente conocido como “Espina de Pescado”

DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO: Diagrama diseñado por el profesor Kaoru Ishikawa en 1950, también conocido como Diagrama de Ishikawa ó espina de pescado, lleva ese nombre ya que a través de un diagrama parecido a un pescado se busca conocer la raíz del problema (Diagrama 2.8).

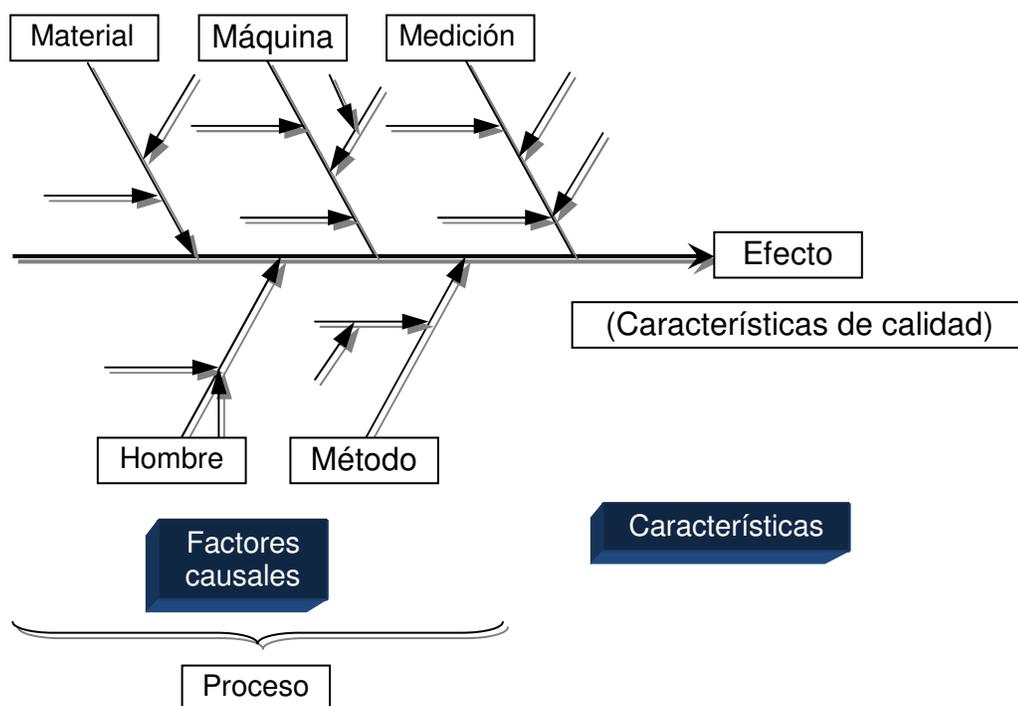


Diagrama 2.8 Diagrama de causa-efecto

Fuente: Kaoru Ishikawa (2007). ¿Que es el control total de calidad?: la modalidad japonesa, Ed. Norma, Colombia, p. 76.

Este diagrama fue desarrollado para representar la relación entre algún efecto y todas las posibles causas que influyen en él. Una vez identificados los aspectos no satisfactorios de

lo realizado, es necesario actuar para corregirlos; para obtener buenos resultados, deben conocerse las causas reales que ocasionan las desviaciones. La aplicación de esta herramienta permitirá tomar decisiones correctas y resolver los problemas de raíz, eliminando las causas y no sólo atacando el síntoma.

Ventajas de su utilización:

- Propicia el análisis de los problemas desde una visión integral.
- Promueve la participación y el aprovechamiento de la experiencia y conocimiento de todos los miembros de un grupo.
- Evita que los grupos den soluciones simplistas a los problemas, dado que deben identificar las causas prioritarias del mismo y sugerir soluciones.

Pasos para su elaboración:

- I. Determinar el efecto, situación o problema que se va a analizar; enunciándolo dentro de un rectángulo a la derecha. Luego dibuja una flecha gruesa apuntando hacia el efecto.
- II. Se enumeran los principales factores que podrían estar causando el problema. Estos se consideran causas primarias. Cuando se están analizando procesos de producción, se sigue la regla de las cuatro M's (mano de obra, métodos, maquinaria y materiales). Si el análisis no se refiere a procesos de producción, las categorías dependerán del tipo de problema que se esté analizando.
- III. Posteriormente se buscan las causas de las causas y se colocan como otra flecha en el lugar correspondiente. Estas se consideran causas secundarias el proceso continúa hasta llegar a causas básicas de detalle.
- IV. Se interpreta el diagrama, identificando aquellos factores que parezcan tener un efecto más significativo en el resultado.

B) Su proceso de Planear, Hacer, Ejecutar y Actuar.

1. **Planear:** a su vez es determinar metas, objetivos y métodos.
2. **Hacer:** es realizar el trabajo previa educación y capacitación de los ejecutores.
3. **Ejecutar:** consiste en aplicar el análisis estadístico al nuevo proceso para determinar la reducción de las desviaciones.
4. **Actuar:** implica tomar la acción correctiva necesaria.

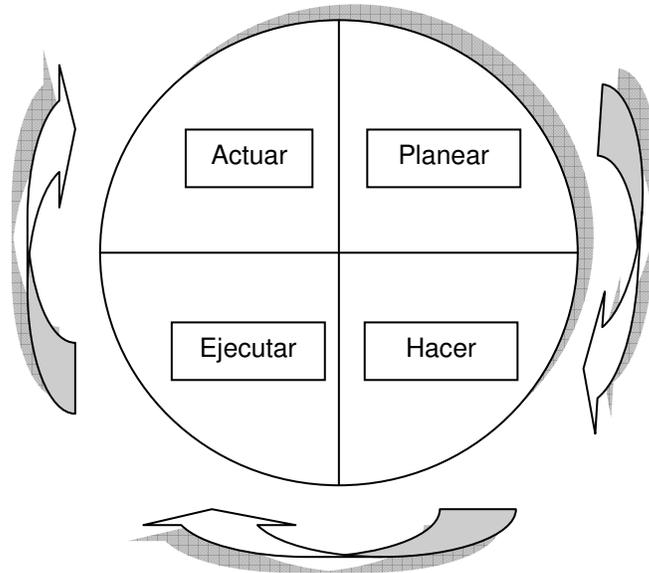


Diagrama 2.9 Ciclo PHEA-Deming

Fuente: Münch, Lourdes (2006). Calidad y mejora continua: principios para la competitividad y la productividad, Ed. Trillas, México, p. 35.

2.3.3 El 80/20 o Ley Pareto

Cuando se aplica al costo por mala calidad, el principio de Pareto (nombrado por J.M. Juran) establece que unos pocos contribuyentes al costo son responsables de la mayor parte de éste. Entonces, deben identificarse estos pocos contribuyentes vitales para los recursos de mejoramiento de la calidad pueden concentrarse en esas áreas.

Señala que hay muchos problemas sin importancia frente a solo unos graves, (pocos vitales, muchos triviales), ya que por lo general, el 80% de los resultados totales se originan en el 20% de los elementos. Algunos ejemplos de minorías vitales en hospitales son:

- La minoría de productos, procesos, o características de la calidad causantes del grueso de desperdicio o de los costos de reelaboración.
- La minoría de atenciones que representan la mayoría de quejas de la clientela.

- La minoría de áreas de atención que esta vinculada a la mayoría de problemas.
- La minoría de problemas causantes del grueso del retraso de un proceso.
- La minoría de servicios que representan la mayoría de los ingresos obtenidos.
- La minoría de elementos que representan al grueso del costo de un inventario.

El principio de Pareto se aplica mediante el Diagrama de Pareto, que es una gráfica en donde se organizan diversas clasificaciones de datos por orden descendente, de izquierda a derecha por medio de barras sencillas después de haber reunido los datos para calificar las causas. De modo que se pueda asignar un orden de prioridades.

El nombre de Pareto fue dado por el Dr. Joseph Juran en honor del economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923) quien realizó un estudio sobre la distribución de la riqueza, en el cual descubrió que la minoría de la población poseía la mayor parte de la riqueza y la mayoría de la población poseía la menor parte de la riqueza. Con esto estableció la llamada "Ley Pareto" según la cual la desigualdad económica es inevitable en cualquier sociedad.

El Dr. Juran aplicó este concepto a la calidad, obteniéndose lo que hoy se conoce como la regla 80/20. Según este concepto, si se tiene un problema con muchas causas, podemos decir que el 20% de las causas resuelven el 80% del problema y el 80% de las causas solo resuelven el 20% del problema. Por lo tanto, el Análisis de Pareto es una técnica que separa los "pocos vitales" de los "muchos triviales".

Una gráfica de Pareto es utilizada para separar gráficamente los aspectos significativos de un problema de los triviales, de manera que un equipo sepa dónde dirigir sus esfuerzos para mejorar. Reducir los problemas más significativos (las barras más largas en una Gráfica Pareto) servirá más para una mejora general que reducir los más pequeños. Con frecuencia, un aspecto tendrá el 80% de los problemas. En el resto de los casos, entre 2 y 3 aspectos serán responsables por el 20% de los problemas.

Esta técnica se utiliza con frecuencia para lo siguiente:

1. Al identificar un producto o servicio para el análisis para mejorar la calidad.

2. Cuando existe la necesidad de llamar la atención a los problema o causas de una forma sistemática.
3. Identificar oportunidades para mejorar.
4. Analizar las diferentes agrupaciones de datos (ej: por producto, por segmento, del mercado, área geográfica, etc.).
5. Buscar las causas principales de los problemas y establecer la prioridad de las soluciones.
6. Evaluar los resultados de los cambios efectuados a un proceso (antes y después).
7. Cuando los datos puedan clasificarse en categorías.
8. Cuando el rango de cada categoría es importante.

Pareto es una herramienta de análisis de datos ampliamente utilizada y es por lo tanto útil en la determinación de la causa principal durante un esfuerzo de resolución de problemas. Este permite ver cuáles son los problemas más grandes, permitiéndoles a los grupos establecer prioridades. En casos típicos, los pocos (pasos, servicios, ítems, problemas, causas) son responsables por la mayor parte el impacto negativo sobre la calidad. Si enfocamos nuestra atención en estos pocos vitales, podemos obtener la mayor ganancia potencial de nuestros esfuerzos por mejorar la calidad. En un proyecto de investigación se puede utilizar la Gráfica de Pareto para varios propósitos durante un proyecto a fin de lograr mejoras al:

1. Analizar las causas
2. Estudiar los resultados
3. Planear una mejora continua

Las Gráficas de Pareto son especialmente valiosas como fotos de “antes y después” para demostrar qué progreso se ha logrado. Como tal, la Gráfica de Pareto es una herramienta sencilla pero poderosa que se utiliza para:

1. Seleccionar categorías lógicas para el tópico de análisis identificado (incluir el periodo

de tiempo)

2. Reunir datos. La utilización de un Check List puede ser de mucha ayuda en este paso

3. Ordenar los datos de la mayor categoría a la menor

4. Totalizar los datos para todas las categorías

5. Calcular el porcentaje del total que cada categoría representa

6. Trazar los ejes horizontales (x) y verticales (y primario - y secundario)

7. Trazar la escala del eje vertical izquierdo para frecuencia (de 0 al total, según se calculó anteriormente)

8. De izquierda a derecha trazar las barras para cada categoría en orden descendente. Si existe una categoría "otros", debe ser colocada al final, sin importar su valor. Es decir, que no debe tenerse en cuenta al momento de ordenar de mayor a menor la frecuencia de las categorías

9. Trazar la escala del eje vertical derecho para el porcentaje acumulativo, comenzando por el 0 y hasta el 100%

10. Trazar el gráfico lineal para el porcentaje acumulado, comenzando en la parte superior de la barra de la primera categoría (la más alta)

11. Dar un título al gráfico, agregar las fechas de cuando los datos fueron reunidos y citar la fuente de los datos

12. Analizar la gráfica para determinar los "pocos vitales"

2.3.4 SERVQUAL

La revista Medwave publicó en una de sus ediciones la definición del SERVQUAL y de sus dimensiones, especificando que es una herramienta que sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los ciudadanos y sus percepciones respecto al servicio prestado, pueden constituir una medida de calidad del servicio.

Es conocido como "Modelo de Discrepancias" y sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los clientes y sus percepciones respecto al servicio de un proveedor específico pueden constituir una medida de la calidad en el servicio¹².

Dimensiones de SERVQUAL

a) Percepción de las necesidades del cliente

El cliente tiene ciertas necesidades reales, de las cuales a veces él mismo no es consciente. Estas necesidades son percibidas por el sistema para la posterior realización del servicio. Algunos sistemas logran identificar las necesidades reales del cliente, mientras que otros solo perciben las necesidades de las cuales el cliente es consciente.

b) Expectativas del cliente.

Aquí se define lo que espera el cliente del servicio, esta expectativa está formada por comunicación de boca a boca, información externa, experiencias pasadas y por sus necesidades conscientes. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.

Zeithalm, Parasuraman y Berry, a través de sus extensos estudios sobre la calidad en el servicio, han identificado cinco dimensiones que los clientes utilizan para juzgar a una compañía de servicios. Estas dimensiones son:

1. **Tangibles:** La apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la

¹² Medwave, Año 3 No.10, Edición Noviembre 2003.
<http://www.medwave.cl/enfermeria/Nov2003/2.act>

organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en tres elementos distintos.

2. **Personas:** Se considera la apariencia física de las personas. Su aseo, olor, vestido. Son las características que son detectadas en primera instancia por el usuario respecto a las personas que lo atienden.
3. **Infraestructura:** Es el estado de los edificios o locales donde se realiza el servicio. Así mismo se consideran dentro de este factor, las instalaciones, máquinas o móviles con los que se realiza el servicio. Un camión, es ejemplo de infraestructura.
4. **Objetos:** Varios sistemas de servicio, ofrecen representaciones tangibles de su producto. Boletos, letreros y folletos, son algunos de los objetos con los cuales el usuario tiene contacto. Los que sean prácticos, limpios y atractivos son cualidades que se deben de considerar.
5. **Confiabilidad:** La habilidad de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud.

Es posible usar un patrón genérico de atributos, en el área de servicio al cliente, las identificadas en el modelo SERVQUAL (Zeithaml et al., 1993).

La medición de la satisfacción del cliente también debe incluir preguntas a los clientes sobre la importancia relativa de los diversos atributos. Cuando esta información se combina con la de satisfacción del cliente, el resultante diagrama de cuadrante ayuda a dirigir la acción futura de la modificación de un producto para satisfacer las necesidades de los clientes.

Pueden recopilarse datos sobre la satisfacción al cliente por diversos métodos, incluyendo encuestas de mercado, entrevistas postransaccionales, grupos de muestra, compradores misteriosos, informes de los empleados, encuestas y entrevistas, centros de asistencia telefónica para quejas y otros comentarios, grupos de consejo de clientes, y encuestas de segmentos de clientes. También puede usarse la web para recopilar información sobre la satisfacción de los clientes mediante encuestas en línea de éstos.

El desarrollo de SERVQUAL, es utilizado para diseñar escalas de medición que permitan valorar algunos procesos que no son directamente observables, recurriendo a métodos y

procedimientos generalmente aceptados en el desarrollo de este tipo de análisis (Zeithaml et al. 1993).

Dado que los cinco criterios del SERVQUAL descritos, constituyen el resultado del análisis sistemático de las evaluaciones realizadas por cientos de entrevistados en varios sectores del servicio, conforman una representación precisa de los criterios que utilizan los usuarios para evaluar la calidad de los servicios. En consecuencia, es razonable concluir que los usuarios podrían considerar muy importantes los cinco criterios, sin excluir ninguno.

Es relevante mencionar que la utilización de este instrumento permite realizar un análisis departamental, es decir, hace posible efectuar un análisis global del servicio que presta una organización, además de obtener la percepción de la calidad que de un determinado departamento o área evidenciando las oportunidades de mejora en la percepción de los usuarios.

2.4 Administración Estratégica

Conforme a Münch y García (2005), la Administración es el esfuerzo coordinado de un grupo social para obtener un fin con la mayor eficiencia y el menor esfuerzo posibles, este concepto se explica en forma más transparente al considerar la perspectiva de Sisk y Sverdlik (1976), quienes señalan que la administración es la coordinación de todos los recursos a través del proceso de planeación, dirección y control, a fin de lograr objetivos establecidos. Esta última definición enmarca al capital dentro del grupo de recursos que maneja una organización, y a la planeación como la actividad a través de la cual se busca la optimización de este recurso.

Considerada junto con la organización como una fase mecánica o estructural del proceso administrativo, la planeación, se encarga de establecer propósitos, objetivos, estrategias y políticas, a través de instrumentos como son los programas, los presupuestos y los procedimientos. Es en este espacio en que emerge la administración financiera dentro de la que se ubica la administración del capital de trabajo. Por su naturaleza la planeación tiene un carácter estratégico cuando establece los lineamientos generales para alcanzar

los objetivos de toda la organización a largo plazo, mientras que se considera táctica o funcional cuando se determinan planes más específicos que se refieren a cada una de las áreas funcionales de la empresa los cuales se subordinan al plan estratégico, considerándose de carácter operativo cuando se orienta a la asignación de actividades que se deberán ejecutar a corto plazo por cada unidad en que se divide un área de actividad. En este contexto la Administración Financiera se ubica dentro del nivel estratégico mientras que la administración del capital de trabajo corresponde al nivel de táctica y el manejo del recurso se ubica en la esfera operativa.

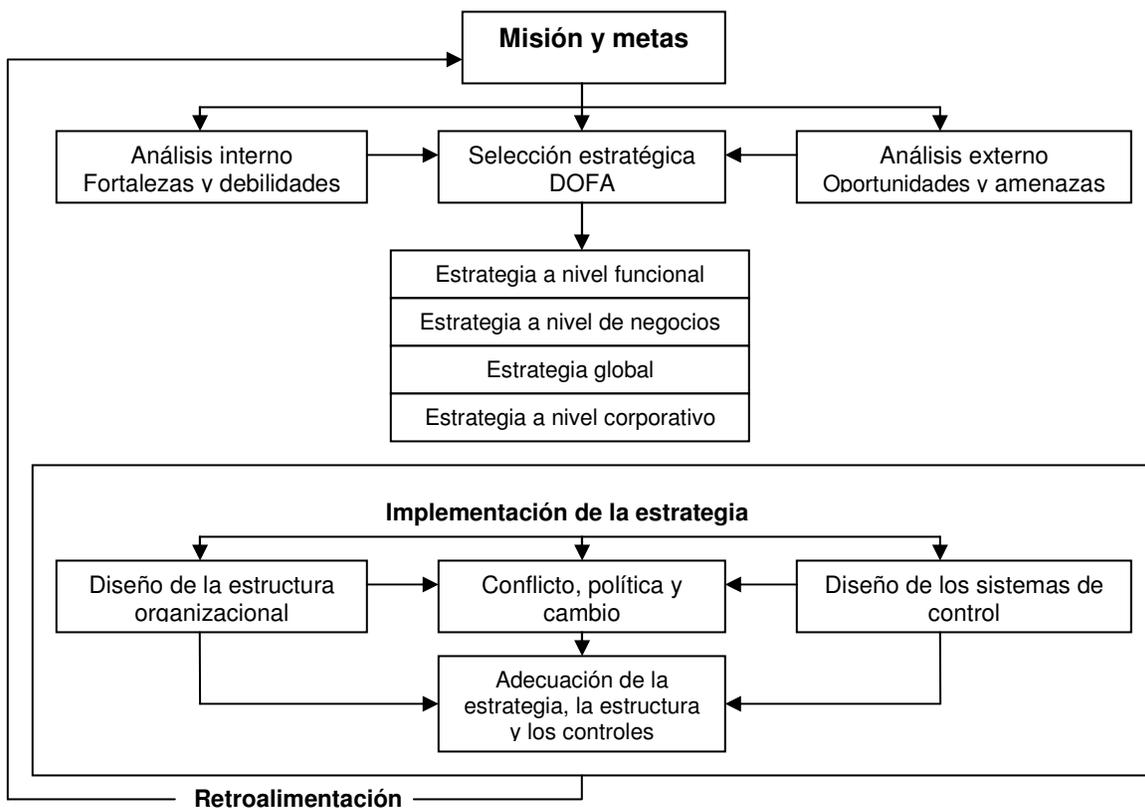


Diagrama 2.10 Proceso de Planeación Estratégica

Fuente: Hill & Jones (2004). Administración Estratégica, Ed. McGraw Hill, México, p. 1.

Para alcanzar sus objetivos, la organización responde a las condiciones de su ambiente operativo, que es por naturaleza dinámico y complejo, a través de una estrategia, que resulta de un proceso formal de planeación al más alto nivel de dirección. El Diagrama 2.10 muestra el proceso de planeación estratégica (Hill & Jones, 2004), dentro del que destaca el componente clave del análisis interno de la organización, en el que identifica

tanto las capacidades distintivas, como las fortalezas y las debilidades existentes en su interior, a fin de usarlas, mejorarlas o remediarlas para enfrentar el entorno operativo.

En este análisis interno se efectúa el análisis financiero requerido para definir la capacidad de la organización de sustentar la implementación de su estrategia, lo que revela la importancia de la planeación financiera y de su correspondiente estrategia funcional.

Desde la óptica de la Administración Estratégica, la administración de capital tiene una connotación dual ya que si bien la Administración en si corresponde a las fortalezas y/o debilidades de la empresa, su generación y el alcance de la operación esta en el ámbito de las oportunidades o amenazas de la organización. Esta característica hace que el Capital de Trabajo sea considerado como un recurso estratégico para la Organización por lo que la definición de las estrategias de administración compete a la Alta Dirección mientras que, la instrumentación de las tácticas es de la competencia de la Alta Gerencia y de los mandos medios.

En el enfoque de Administración Estratégica, Thompson y Strickland (2003) identifican dentro del patrón de acciones y enfoques de negocio que definen la estrategia de una organización, las acciones dirigidas a fortalecer la base de recursos de la organización y sus capacidades competitivas. La distinción entre los recursos y las capacidades de la organización es clave para identificar una capacidad distintiva al interior de la organización, la cual surge de la capacidad de uso de un recurso valioso para la organización, y/o de la habilidad para administrar recursos como podrían ser los financieros y dentro de ellos el Capital de Trabajo. La mejor administración de los recursos de la organización conduce al tema de la eficiencia relacionada con la productividad, y con la calidad que se refiere a la confiabilidad de los productos o a los servicios prestados.

En este marco de administración estratégica, en el bloque correspondiente a la situación interna de la organización, se ubica el tema de la disponibilidad de condiciones óptimas de la atención médica en el ambiente de la gestión pública hospitalaria, la cual según Barquín (2003) debe ser:

1. Universal: que tenga la posibilidad de alcanzar a todos los habitantes de una nación sin importar su condición económica, social, racial o religiosa.
2. Suficiente: que contenga suficientes recursos para cubrir los requerimientos que demanda la colectividad.
3. Eficaz: que tenga la calidad necesaria y se proporcione con la oportunidad debida.
4. Integral: que comprenda no solo los aspectos de prevenir, si no también de curar y rehabilitar, tomando en cuenta que los fenómenos físicos y los psíquicos están íntimamente relacionados con el desarrollo de la personalidad de los individuos y su adaptación al medio.
5. Eficiente: que tenga su justo valor; o bien, debe entenderse que los recursos empleados serán mínimos para obtener el máximo en resultados.
6. Justa desde el punto de vista social: que penetre a los sectores mas pobres de la población con la misma calidad con que se imparte a los demás privilegiados, y con la idea de que pague más el que tiene más por el que sufre más.
7. Humanista: que considere al individuo con toda la dignidad que merece su categoría de ser humano, en especial si se toma en cuenta que en esos momentos esta en riesgo de sufrir o morir.

En este contexto, los elementos de eficiencia y calidad se vuelven imprescindibles (Varo, 1994) ya que la universalización de la asistencia, con la mayor demanda y utilización de unos recursos sanitarios limitados, y el proceso de reforma de la asistencia sanitaria que está efectuándose en muchos países obligan a hacer referencia, aunque sea sucintamente, a algunos conceptos de la economía de la salud y a los diversos análisis empleados en la valoración económica de la atención sanitaria. Uno de ellos es el de la eficiencia en la gestión y la producción de las empresas e instituciones del sector público, que es una de las opciones que se citan reiterativamente en la literatura sobre el tema referida en esta investigación.

Cliente

La eficiencia en la prestación de servicios de salud tiene como propósito satisfacer las necesidades de las personas que en la literatura de calidad son consideradas como los clientes de la institución prestadora de estos servicios, en el caso de las instituciones públicas de salud, el término generalmente cambia a usuario (Varo, 1994). El concepto de cliente lleva asociado el acto de pagar y la capacidad de elección. Un cliente es alguien que elige y compra algo. Por el contrario, el usuario es quien recibe el beneficio pretendido del producto, sea o no el comprador del mismo. Algunos clientes son denominados de una forma específica, como es el caso de los compradores de cuidados sanitarios, que reciben comúnmente el calificativo de pacientes, o las personas que compran enseñanza, que son llamados alumnos.

El significado general de estos términos –cliente, usuarios y paciente- es el mismo. En cada uno de estos casos existe una relación cliente – proveedor y una contraprestación económica – aunque, como sucede en la asistencia sanitaria pública, el servicio no se pague de forma inmediata sino a través de cuotas e impuestos, dando lugar a que en muchas ocasiones se hable de sistema sanitario gratuito cuando realmente no lo es.

La palabra cliente tiene, además otro significado, utilizado en este trabajo. Cliente es cualquier persona que recibe el servicio o que es afectado por el servicio o proceso, en esta definición el concepto de cliente no se liga a la noción de pago ni a la elección. Hay clientes externos, afectados por el producto pero no pertenecientes a la organización, y clientes internos, también por el servicio o proceso y que son miembros de la organización.

La satisfacción con el servicio se alcanza cuando las características de este cubren las necesidades del cliente; es la razón que impulsa a comprar siempre el mismo bien y acudir de nuevo. En general, se maneja como sinónimo de satisfacción del cliente.

Calidad

El concepto de Calidad tiene diferentes acepciones en el mundo empresarial (Varo, 1994):

1. Son las características del producto/servicio, que satisfacen las necesidades del consumidor.
2. Es una función de la empresa/organización, al igual que el marketing, la producción o las finanzas.
3. Es una filosofía empresarial estrechamente relacionada con el marketing y los recursos humanos. Da lugar a un estilo de dirección y gestión, orientador de la empresa hacia el cliente externo y la satisfacción de sus necesidades y hacia el cliente interno y el fomento de su motivación, formación y participación. La calidad de los productos y procesos es el nexo de unión entre ambas clases de clientes. Este enfoque es la calidad total, el *total quality management* (TQM), la calidad integral o el control total de la calidad (CTM).

En la literatura especializada hay numerosas definiciones. Todas ellas se han formulado en función tanto de las características del bien o servicio como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor. El constructo de Calidad se operacionaliza de diversas maneras, entre las que destacan:

1. El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
2. El conjunto de especificaciones y las características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o se presumen. (ISO 9004-2).
3. El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas. (UNE 66.901)
4. El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado.
5. El cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio.

6. El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.

Otras definiciones de calidad (Varo, 1994):

7. Proporcionar al cliente o a la siguiente persona implicada en el proceso lo que requiere, sea un bien y hacerlo de modo que cada tarea se realice bien desde la primera vez.

8. La conformidad de los productos con las necesidades experimentadas por los clientes internos o externos y con la que los proveedores internos o externos están comprometidos.

El concepto de calidad tiene dos aspectos básicos: la calidad técnica o intrínseca: características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio al respecto. Y la calidad percibida: impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas.

La calidad técnica se refiere al producto/servicio en sí mismo; por el contrario, la calidad percibida alude a todos los elementos integrantes del producto total (producto, precio, distribución y comunicación) o del servicio global (integración de todos los servicios elementales y sus procesos de creación). Como todas las disciplinas, la calidad y gestión emplean una serie de conceptos y términos propios. El autor que se ha mencionado citando a Juran (1993) define los conceptos básicos, aplicables a cualquier tipo de empresa y de producción, que pueden ayudar a la normalización de la terminología.

Por productos y servicios, se hace referencia a los bienes tangibles o intangibles y, a la prestación de servicios, cuando se alude a procesos o actos aislados, al trabajo realizado por una persona; a pesar de que en la actualidad muchos servicios estén automatizados. Pero, aunque se distingue entre productos y servicios de forma genérica, un producto es el resultado o salida de cualquier proceso: el resultado de la transformación de los insumos recibidos del exterior por un sistema.

Las características de calidad del producto/servicio son las bases sustentadoras de la calidad de un bien o servicio; aquellas propiedades o atributos imprescindibles para que dicho producto logre la aptitud o idoneidad al uso y satisfaga las necesidades del cliente, por ello, la calidad de un bien o servicio se evalúa en dos dimensiones: según los beneficios que aporta (el comportamiento del producto) y según los problemas que crea (la ausencia de deficiencias). La medida de ésta no se hace en función de la falta de defectos, sino según el grado de los mismos, como el índice de errores o la tasa de unidades defectuosas. Su expresión general es:

Comenta Varo (1994) que la frecuencia de deficiencias se presenta en forma de atributos: número de defectos, de errores, de horas invertidas en reprocesados o de costos de calidad. Las ocasiones de deficiencias se presentan en número de unidades de producto u horas trabajadas. Las deficiencias dan como resultado las quejas, las reclamaciones, las devoluciones, etc. algunas de ellas repercuten en los clientes externos y constituyen, por lo tanto, una amenaza para las futuras ventas; otras por el contrario, sólo afectan a los clientes internos y son, fundamentalmente, una fuente de costos de calidad. En conjunto, las deficiencias son las formas de insatisfacción con el producto. En cuanto a las características del servicio/producto, éstas se miden de acuerdo con la evaluación que hacen los clientes de la calidad, y se evalúan generalmente en función de variables (eficacia de una campaña publicitaria, consumo de carburante de un motor, tiempo de espera, etc.). Estas características son decisivas en el comportamiento del producto y en la satisfacción con el producto: el usuario compara los comportamientos de los diversos productos similares del mercado y basada en estos, compra.

La Calidad de la atención médica

El concepto de calidad, aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud. Las definiciones de la calidad de la atención médica muestran la dificultad de formular una definición genérica de la calidad de la atención médica porque no existe un único criterio de conjunto para precisarla. Por el contrario, en el sector sanitario se ha preferido conceptualizar la calidad como un fenómeno multidimensional, circunstancia que da lugar a una definición compleja en la que se incluyen diversos conceptos.

La conceptualización de la calidad como un fenómeno multidimensional ha originado sucesivas definiciones complementarias, incorporándose diferentes dimensiones al concepto de calidad de la atención médica.

El concepto de calidad es definido por Varo (1994) como la concordancia entre la calidad diseñada, la realizada y la demanda. Resulta, entonces, obvio decir que si las expectativas de calidad no se cumplen o se rebasan, el producto, bien o servicio, no tiene la calidad adecuada, no posee la idoneidad al uso. Trasladado este concepto al campo de la asistencia médica, cuando la cantidad de atención no basta para aportar todo el beneficio previsible a la salud y al bienestar, es evidente que los cuidados prestados tienen un déficit de calidad, no cubren la necesidad del paciente y generan una insatisfacción del mismo. Si, por el contrario, la cantidad de atención suministrada es excesiva, es decir, parte de la misma no contribuye a mejorar la salud y el bienestar o, incluso, es perjudicial, la atención médica tiene un déficit de calidad por exceso al generar un costo mayor del preciso, que será económico en todos los casos y biológico y social cuando cause efectos iatrogénicos o el paciente corra un riesgo innecesario.

Para Varo (1994) este concepto se relaciona también con el de los costos de la asistencia sanitaria se deben considerar en la definición de su calidad y tenerse en cuenta al evaluarla. Cuando la cantidad de atención sanitaria es insuficiente, se está produciendo una pérdida de asistencia; ésta deviene ineficaz y repercute negativamente en el orden económico. Esta merma de atención, y el consecuente despilfarro económico, puede llevar aparejado un costo biológico y social, costo que también se produce cuando la cantidad de atención prestada excede las necesidades del paciente, al proporcionarle cuidados adicionales que, en el menor de los casos, no aportan beneficios.

2.5 Teoría Contable

El término "teoría contable"¹³ en todo el sentido de su expresión, es muy extenso de definir, ya que hay muchas y variadas forma de verlo por los estudiosos contables, pero para hacer claridad se tomará un acercamiento al término que hace la Asociación

¹³ <http://www.gestiopolis.com/canales/financiera/articulos/no%2010/contabilidadteoricprac.htm>

Americana de Contadores Públicos (American Accounting Association) se tiene que "La teoría contable es un conjunto cohesivo de proposiciones conceptuales hipotéticas y pragmáticas que explican y orientan la acción del contador en la identificación, medición y comunicación de información económica" es decir trata de explicar y predecir los fenómenos que se presentan en la práctica contable.

En realidad la que fundamenta la profesión contable es la aplicación de paradigmas que sean comprobables, aplicables, útiles, pero lo más importante que sean duraderos y expliquen cualquier situación económica.

La teoría contable tiene una gran incidencia en la aplicación de la contabilidad dentro de las organizaciones, ya que ésta es la herramienta principal para solventar los posibles cambios que se presenten en la realidad económica futura, dándole al contador así una nueva perspectiva en la cual debe basar su nueva responsabilidad frente a la empresa.

El contador basado en la experiencia que le da el pasar del tiempo y la investigación que ha realizado con anterioridad, desarrolla teorías que pueden predecir verazmente los cambios y los efectos que tiene implícito un procedimiento contable.

Teorías Descriptivas

Estas explican la práctica en un momento específico para dar validez a cierto procedimiento. Buscan hallar una base para aceptar o refutar una práctica pre-establecida.

Aplicabilidad de la teoría contable en el nuevo orden mundial

La teoría y la práctica contable no son únicas y aplicables en todos los lugares o en todas las situaciones que se presentan en la economía mundial, no se puede encontrar una teoría que prediga todos los fenómenos contables, esto puede explicarse por que las teorías son simplificaciones de la realidad y por la complejidad del mundo y su constante cambio. Muchos de los supuestos que se toman para realizar un modelo contable son sesgados, pero se aceptan si son basados en variables comunes, problemas dados, supuestos teóricos que se dan en un instante de tiempo determinado.

Cuando estas teorías expuestas tienen alguna falla de aplicación en el momento de su utilización, no es una causa para que los investigadores abandonen la teoría, ya que esta es la que ayuda a fortalecer las convicciones para seguir investigando sobre el tema, así mejorando y perfeccionando la teoría en un principio aceptada o creando una nueva que ayude a identificar fácilmente las soluciones a los problemas previamente formulados en la práctica.

Para que la teoría contable sea aplicable en la realidad económica, teniendo en cuenta que ninguna teoría es absoluta, debe medir la utilidad que brinda la información a los usuarios, la convicción de las explicaciones que da y los fenómenos que explique con claridad.

La necesidad de unir la teoría y la práctica contable

La contabilidad ha tomado un nuevo rumbo en los últimos tiempos, la información que se obtiene del análisis financiero ha hecho que día a día esta adquiera una mayor importancia en la organización estructural de las empresas. La normatividad contable ha tratado de encontrar un adecuado soporte teórico para sustentar la práctica contable y para guiar conceptualmente la emisión de normas particulares, desechando con ello planteamientos apoyados meramente en la experiencia, uso o costumbre. El Consejo Mexicano para la Investigación y desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF) ha establecido como prioridad alcanzar el objetivo antes comentado, revisando los conceptos teóricos contenidos en el marco conceptual (MC) mexicano para adecuarlo al entorno actual en que se rige la normatividad a nivel internacional, con el fin de alcanzar la convergencia internacional, CINIF (2007). En Junio de 2004 el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Norma de Información Financiera (CINIF) asumió la función y responsabilidad de la emisión de la normatividad contable en México. Anteriormente esta actividad fue desarrollada por la comisión de principios de contabilidad del IMCP, que actualmente participa de moda activo en la auscultación de las Normas de Información Financiera (NIF). CACP (2007).

2.5.1 Normatividad

Dado que existe una regulación formal del sistema del registro de las operaciones de cada organización es importante definir los postulados básicos sobre los cuales debe operar dicho sistema.

Postulados Básicos

Definición: En congruencia con lo que establece la NIF A-1, *Estructura de las Normas de Información Financiera*, los postulados son fundamentos que rigen el ambiente en el que debe operar el sistema de información contable y:

- a) Surgen como generalizaciones o abstracciones del entorno económico en el que se desenvuelve el sistema de información contable;
- b) Se derivan de la experiencia, de las formas de pensamiento y políticas o criterios impuestos por la práctica de los negocios, en un sentido amplio;
- c) Se aplican en congruencia con los objetivos de la información financiera y sus características cualitativas.

Los postulados básicos:

- a) Vinculan al sistema de información contable con el entorno en el que éste opera, permitiendo al emisor de la normatividad contables, al preparador y al usuario de la información, una mejor comprensión en el que se desenvuelve la práctica contable, y
- b) Guían la acción normativa conjuntamente con el resto de los conceptos básicos que integran el marco conceptual, dado que deben emplearse como fundamento para elaborar normas particulares de información financiera.

Los postulados básicos dan pauta para explicar “en qué momento” y “cómo” deben reconocerse los efectos derivados de las transacciones, transformaciones internas y otros

eventos, que afectan económicamente a una entidad, por lo que son, en consecuencia, esencia misma de las normas particulares. Aplicados en conjunto con los objetivos de los estados financieros señalados en la NIF A-3 y los requisitos de calidad establecidos por la NIF A-4, *Características cualitativas de los estados financieros*, y con las normas restantes que comprenden la serie NIF A, los postulados contribuyen a la generación de información financiera útil para la toma de decisiones.

Sustancia económica. *La sustancia económica debe prevalecer* en la delimitación y operación del sistema de información contable, así como en el reconocimiento contable de las transacciones, transformaciones internas y otros eventos, que afectan económicamente a una entidad.

Negocio en marcha. La entidad económica se presume en *existencia permanente*, dentro de un horizonte de tiempo limitado, salvo prueba de lo contrario, por lo que las cifras en el sistema de información contable, representan valores sistemáticamente obtenidos, con base en las NIF. En tanto prevalezcan dichas condiciones, no deben determinarse valores estimados provenientes de la disposición o liquidación del conjunto de los activos netos de la entidad.

Devengación contable. Los efectos derivados de las *transacciones* que lleva a cabo una entidad económica con otras entidades, de las *transformaciones internas* y de *otros eventos*, que la han afectado económicamente, deben reconocerse contablemente *en su totalidad*, en el *momento en el que ocurren*, independientemente de la fecha en que se consideren realizados para fines contables.

Asociación de costos y gastos con ingresos. Los costos y gastos de una entidad deben *identificarse con el ingreso que generen* en el mismo periodo, independientemente de la fecha en que se realicen.

Valuación. Los efectos financieros derivados de las transacciones, transformaciones internas y otros eventos, que afectan económicamente a la entidad, deben *cuantificarse en términos monetarios*, atendiendo a los atributos del elemento a ser valuado, con el fin de captar el *valor económico más objetivo* de los activos netos.

Dualidad económica. La *estructura financiera* de una entidad económica esta constituida por los recursos de los que dispone para la consecución de sus fines y por las fuentes para obtener dichos recursos, ya sean propias o ajenas.

Consistencia. Ante la existencia de operaciones similares en una entidad, debe corresponder un *mismo tratamiento contable*, el cual debe permanecer a través del tiempo, en tanto no cambie la esencia económica de las operaciones.

Cuando todos estos conceptos llegan a la escena operativa a nivel país, quedan sujetos a los elementos de normatividad que cada uno de ellos define para el registro de las operaciones contables y financieras que realizan personas físicas y morales en su territorio. En el caso de México, esta normatividad regulada y vigilada por el Instituto Mexicano de Contadores Públicos a través de la Comisión de Normas de Información Financiera. Dicha Normatividad es difundida mediante las Normas de información Financiera que son clasificadas en:

- a) Normas conceptuales
- b) Normas particulares
- c) Interpretación a normas particulares

Esta clasificación es utilizada en este trabajo para efectos de conocer las que impactan o se relacionan con la administración del Capital de Trabajo, dentro ellas resaltan por su importancia las siguientes:

(1) Boletín B-16

Estados financieros de entidades con propósitos no lucrativos

Según las NIF (2005) el Boletín B-2, objetivo de los estados financieros de las entidades con propósitos no lucrativos, establece que los estados financieros básicos de estas entidades son el balance general, el estado de actividades y el estado de flujos de efectivo, y sus notas que son parte integrante de los mismos. La finalidad principal de los estados financieros es proporcionar información relevante para satisfacer necesidades

comunes de los patrocinadores, miembros, acreedores, entidades gubernamentales y otros que proporcionan recursos a entidades con propósitos no lucrativos. Esos usuarios externos tienen como interés común evaluar:

- La capacidad de la entidad para mantener su patrimonio y proporcionar servicios o lograr sus fines sociales a un nivel satisfactorio.
- La posición financiera de la entidad.
- Los cambios en sus recursos y en sus obligaciones.
- El desempeño de la administración.

Balance General: Las NIF (2005) señalan que el balance general de una entidad con propósitos no lucrativos presenta información relevante sobre los activos, pasivos y su patrimonio a una fecha determinada.

Clasificación de los Activos y Pasivos: Los activos y pasivos se clasifican en el balance general de acuerdo con su disponibilidad o exigibilidad, respectivamente. El balance general, los activos deben clasificarse como circulante y no circulante, y los pasivos como de corto y largo plazo, tal como lo indican las normas de información financiera. El efectivo u otros activos con restricciones de los patrocinadores para su uso en el corto y largo plazo, deben ser clasificados por separado del efectivo u otros activos que no estén restringidos.

Clasificación del Patrimonio: El patrimonio en el balance general de una entidad con propósitos no lucrativos se debe presentar clasificado en patrimonio permanentemente, patrimonio temporalmente restringido y patrimonio no restringido, de acuerdo con el establecimiento o no de restricciones por parte de los patrocinadores.

Estado de Actividades: El propósito principal del estado de actividades es informar el monto del cambio total en el patrimonio durante un periodo, proporcionando información relevante sobre el resultado de las transacciones y otros eventos que afectan o modifican el patrimonio de la entidad, mostrando en forma segregada los ingresos y las contribuciones recibidas, así como su aplicación en los diversos programas y servicios.

Clasificación de Ingresos, Gastos, Ganancias y Pérdidas: De acuerdo a las NIF (2005) los ingresos y contribuciones se clasifican como aumentos al patrimonio no restringido, a menos que el uso de los activos sea limitado, caso en el cual se clasifican como aumentos al patrimonio permanente o temporalmente restringido, según corresponda. La terminación de restricciones impuestas por los donantes que impliquen la reclasificación de una clase de patrimonio a otro, debe mostrarse en el estado de actividades.

Los gastos incurridos por la entidad no lucrativa se presentan como disminuciones del patrimonio no restringido. Los gastos que impliquen la disminución del patrimonio restringido o temporalmente restringido, deben mostrarse como una reclasificación de estos conceptos incrementando el patrimonio no restringido en el estado de actividades, con la finalidad de que los activos netos restringidos coincidan con el patrimonio restringido, logrando así reflejar los recursos obtenidos y utilizados en el cumplimiento de sus programas.

Las ganancias y las pérdidas sobre inversiones y otras, se clasifican como modificaciones al patrimonio no restringido a menos que su uso esté limitado, caso en el cual se clasifican como patrimonio permanente o temporalmente restringido, según corresponda. En el estado de actividades las contribuciones, ingresos, costos y gastos deben presentarse por sus montos brutos.

Estado de Cambios en la Situación Financiera: El propósito principal del estado de cambios en la situación financiera es proporcionar información relevante para evaluar la capacidad de la entidad para generar recursos; conocer y evaluar la capacidad de la entidad para generar recursos; conocer y evaluar las razones de las diferencias entre el incremento o decremento neto del patrimonio y los recursos generados o utilizados por sus actividades operativas, evaluar sus capacidad para cumplir con sus pasivos y anticipar la necesidad de obtener financiamiento, así como evaluar los cambios en su posición financiera derivados de transacciones de financiamiento e inversión.

Efectos de la inflación: Los estados financieros de las entidades no lucrativas deben ser reexpresados de acuerdo con lo establecido por el Boletín B-10, reconocimiento de los efectos de la inflación en la información financiera.

(2) Boletín E-2

Ingresos y contribuciones recibidas por entidades con propósitos no lucrativos, así como contribuciones otorgadas por las mismas. Definiciones, según las NIF (2005):

Contribución: Una contribución a una entidad es la transferencia económica voluntaria y no recíproca de otra entidad que actúa en un carácter distinto al de un propietario, que consiste en el traspaso incondicional de efectivo, bienes o servicios o la liquidación o cancelación de sus pasivos. Los fondos proporcionados por el gobierno a las entidades no lucrativas son considerados como contribuciones. Las contribuciones son transferencias no recíprocas, porque quien hace la contribución no espera una retribución económica proporcional, ya que son traspasos de entidades que actúan en un carácter distinto al de dueños y se hacen voluntariamente.

Contribuciones restringidas: Una contribución restringida es aquella en la que el donante o el patrocinador establece específicamente una o varias restricciones que limitan el uso de los activos contribuidos.

Patrimonio: El residuo de los activos menos los pasivos, o activo neto, representa el patrimonio o recursos netos con que cuenta una entidad con propósitos no lucrativos para llevar a cabo sus objetivos y actividades operativas.

Reglas generales aplicables a ingresos y contribuciones recibidas: Las entidades con propósitos no lucrativos, pueden obtener contraprestaciones recíprocas por la venta de bienes o prestación de servicios en condiciones normales de mercado con la finalidad de obtener recursos adicionales, razón por la cual deben reconocerse y cuantificarse como ingresos, de acuerdo con los postulados de contabilidad aplicables a las entidades con propósitos lucrativos. Cuando la entidad no lucrativa obtiene contraprestaciones sustancialmente inferiores a las condiciones normales de mercado por la venta de bienes o prestación de servicios, dichas contraprestaciones deben considerarse como contribuciones recibidas. Cuando la entidad no lucrativa adquiera bienes a un precio significativamente menor a su valor razonable, de acuerdo con las condiciones del mercado, el exceso del valor razonable sobre el precio pagado debe considerarse como contribución recibida. En todo caso, la clasificación de los ingresos, como ingresos por

venta de bienes o servicios, o como contribuciones, debe hacerse atendido a la naturaleza o sustancia económica de las transacciones, evaluando la proporción de los valores económicos intercambiados. Las contribuciones recibidas por las entidades con propósitos no lucrativos deben ser cuantificadas por el efectivo recibido o el monto de las promesas incondicionales de contribuir efectivo. Las contribuciones en bienes, servicios o cancelación de pasivos, se cuantifican en su reconocimiento inicial por el valor razonable de los bienes, servicios o pasivos cancelados. Las promesas incondicionales en efectivo se reconocen como cuentas por cobrar, cuando se recibe la promesa por escrito y existe seguridad suficiente de que serán cobradas. Las promesas incondicionales de contribuir en efectivo, que se vencen en un plazo mayor a un año se reconocen como patrimonio restringido, a menos que el donante deje claro que se trata de apoyar actividades del periodo actual. La contrapartida de los activos recibidos provenientes de una promesa, se reconocerá como un pasivo y no como contribución hasta que se cumplan sustancialmente todas las condiciones.

2.6 Teoría del Capital de Trabajo

2.6.1 Aspectos generales del Capital de Trabajo

La bibliografía especializada en contabilidad, costos y finanzas, por lo general, reconoce el capital de trabajado como la diferencia entre el activo circulante y el pasivo circulante o a corto plazo (Gámez, Banda y Tirado, 2004). Los principales activos circulantes son: efectivo, inversiones en valores negociables a corto plazo, cuentas por cobrar y los inventarios. El pasivo a corto plazo, también llamado circulante o corriente, incluye entre los más importantes: las cuentas y documentos por pagar y los pasivos acumulados. Es importante señalar que no todos los autores coinciden cuando definen el Capital de Trabajo, por lo que resulta conveniente examinar con mayor detalle esta denominación: Horngren (1999), al explicar el significado del Capital de Trabajo, plantea: el uso del término Capital de Trabajo es una buena ilustración de la forma en que el lenguaje financiero a menudo tiene al menos dos significados.

Los Contadores definen Capital de Trabajo como el exceso de los activos corrientes sobre los pasivos corrientes. Es un concepto "neto", esto es, la diferencia entre una categoría de activos y una categoría de pasivos. Más adelante señala sin embargo, muchos banqueros

y otros usan un segundo significado para el Capital de Trabajo. Consideran el término simplemente como un sinónimo para los activos corrientes.

Gámez, Banda y Tirado mencionan que Weston y Brigham definen el Capital de Trabajo como la inversión de una empresa en activos a corto plazo (efectivo, valores negociables, cuentas por cobrar e inventarios). El Capital de Trabajo neto se define como los activos circulantes menos los pasivos circulantes; estos últimos incluyen préstamos bancarios, papel comercial y salarios e impuestos acumulados.

El mismo autor señala que Weston y Copeland reconocen que el término Capital de Trabajo tiene diferentes significados según los autores; sin embargo, al respecto señalan: "disponemos de un método práctico con sólo adoptar el uso que se encuentra en los informes anuales de las corporaciones en las que el Capital de Trabajo se define como los activos circulantes menos los pasivos circulantes", mientras que Ross, Westerfield y Jaffe, cuando abordan el financiamiento y la planeación a corto plazo, definen el Capital de Trabajo neto como la diferencia entre los activos circulantes y los pasivos circulantes.

Otros autores como Gitman citados por Gámez, Banda y Tirado señalan que la forma más común de definir el Capital de Trabajo neto es como la diferencia entre los activos circulantes y los pasivos a corto plazo en una empresa. Siempre que los activos superen a los pasivos, la empresa tendrá capital neto de trabajo, el cual depende en gran medida del tipo de industria a la que pertenezca. Como se aprecia en las definiciones anteriores, la diferencia o polémica teórica que se pudiera establecer en relación con el discurso de los diferentes autores, es sobre la utilización del término Capital de Trabajo o capital neto de trabajo para denominar la diferencia entre el activo circulante y el pasivo circulante.

Para Moreno (2002) el Capital de Trabajo representa el ciclo financiero a corto plazo de la empresa, que se puede definir como el tiempo promedio que transcurre entre la adquisición de materiales y servicios, su transformación, su venta y finalmente su recuperación convertida en efectivo.

Según Perdomo (2002) el concepto de Capital de Trabajo es: La diferencia que existe entre el activo y el pasivo circulante: $CT = AC - PC$, donde Capital de Trabajo es igual al activo circulante menos el pasivo circulante, o bien: "Parte del activo circulante que se

financia con prestamos a largo plazo”. El monto del Capital de Trabajo se obtiene como resultado de restarle al activo circulante el pasivo circulante y representa generalmente un exceso entre los bienes y derechos que podrían estar disponibles en efectivo en el término de un año, menos los pasivos exigibles en el mismo periodo. El Capital de Trabajo tiene una participación fundamental en la estructura financiera de la empresa y de los resultados de la entidad en los periodos convencionales anuales, y es de vital importancia el mantener la actuación del ente económico en un grado tal de liquidez que permita el desarrollo continuo y armónico de las operaciones.

La revisión de los distintos conceptos sobre Capital de Trabajo (Tabla 2.3) permite seleccionar el de mayor consistencia con el planteamiento de esta investigación, en la que se adopta el concepto de Capital de Trabajo, conforme a la propuesta de Gámez, Banda y Tirado (2004).

Tabla 2.3
Concepto de Capital de Trabajo según diversos autores

Autores	Concepto
Gámez, Banda y Tirado Orestes, Banda Humberto y Tirado Miguel (2004)	Diferencia entre el activo circulante y el pasivo circulante o a corto plazo.
Weston y Brigham	La inversión de una empresa en activos a corto plazo (efectivo, valores negociables, cuentas por cobrar e inventarios).
Weston y Copeland	Los activos circulantes menos los pasivos circulantes.
Ross, Westerfield y Jaffe	Diferencia entre los activos circulantes y los pasivos circulantes.
Gitman Lawrence	Diferencia entre los activos circulantes y los pasivos a corto plazo en una empresa.
Joaquín Moreno (2002)	Representa el ciclo financiero a corto plazo de la empresa, que se puede definir como el tiempo promedio que transcurre entre la adquisición de materiales y servicios, su transformación, su venta y finalmente su recuperación convertida en efectivo.
Abraham Perdomo Moreno	Diferencia que existe entre el activo y el pasivo circulante ($CT = AC - PC$), Capital de Trabajo es igual al activo circulante menos el pasivo circulante, o bien: “Parte del activo circulante que se financia con prestamos a largo plazo”.

Fuente: Diseño propio

Dentro del tema general, un componente clave es la liquidez, la cual se mide con la llamada “razón circulante”, que representa las veces que el pasivo circulante cabe dentro del activo circulante o, dicho de otra forma, las veces que el activo circulante es más

grande que el pasivo circulante, la que se obtiene dividiendo el activo circulante entre el pasivo circulante. La razón circulante es el medio más usual para medir el margen de seguridad que la empresa mantiene para cubrir las necesidades de flujo de efectivo, que se generan a través de su ciclo operativo de corto plazo, compras de materiales, transformación de los mismos, ventas y recuperación en efectivo, modificándose para ello las cuentas de activo y pasivo circulantes.

2.6.2 Administración del Capital de Trabajo

La *administración financiera a corto plazo*, también denominada administración del Capital de Trabajo, se refiere a la administración de los activos y los pasivos circulantes. La razón principal por la cuál fracasan las empresas es porque no pueden satisfacer sus necesidades de Capital de Trabajo. De tal modo, *una administración sólida de Capital de Trabajo es un requisito estratégico para la supervivencia de la empresa* (Besley y Brigham, 2001).

El origen del término *Capital de Trabajo* se remonta al antiguo mercader yanqui, quien cargaba su carreta con un gran número de barajitas y recorría las plazas para vender sus mercancías, las cuales recibían el nombre de Capital de Trabajo porque eran lo que el mercader realmente vendía (o rotaba) para obtener sus utilidades. La carreta y el caballo eran sus activos fijos. Generalmente el era el dueño de ambos, por lo que se financiaban con capital contable. Sin embargo para comprar las mercancías que vendía, solicitaba fondos en préstamo que recibían el nombre de préstamos de Capital de Trabajo, los cuales tenían que ser reembolsados después de cada viaje para demostrarle al banco que el crédito era sólido. Si el mercader reembolsaba el préstamo, el banco le extendía otro; los bancos que seguían este procedimiento se decía que empleaban prácticas bancarias seguras. Como se ha visto, el concepto de administración del Capital de Trabajo tuvo su origen en el antiguo mercader yanqui, quién solicitaba fondos en préstamo para formar inventarios; los que vendía para liquidar los préstamos bancarios y posteriormente repetía el ciclo una y otra vez. La selección anterior ilustra el efecto de tal actividad sobre las cuentas de Capital de Trabajo de la empresa. El concepto general ha sido aplicado a operaciones más complejas, y es útil cuando se analiza la eficacia del proceso administrativo del Capital de Trabajo de una empresa (Brigham y Besley, 2001).

El modelo de ciclo de conversión de efectivo, que mencionan Besley y Brigham (2001) centra la atención en el tiempo que transcurre entre la fecha en la cual la compañía realiza los pagos, o invierte en la manufactura de inventarios, y la fecha en la cual recibe los flujos de entradas de efectivo o realiza un rendimiento en efectivo a partir de su inversión en la producción. En el modelo se utilizan los siguientes términos:

1. *Periodo de conversión de inventarios*: tiempo promedio que se requiere para convertir los materiales en productos terminados y venderlos en una fecha posterior; en el tiempo en el cual el producto permanece en el inventario a lo largo de varias etapas de terminación. El periodo de conversión de inventarios se calcula dividiendo el inventario entre el costo de los artículos vendidos por día.

$$\text{Periodo de conversión de inventarios} = \frac{\text{Inventarios}}{\text{Costo de ventas por día}} = \left(\frac{\text{Inventarios}}{\frac{\text{Costo de ventas}}{360}} \right)$$

2. *Periodo de cobranza de las cuentas por cobrar*: tiempo promedio que se requiere para convertir las cuentas por cobrar de la empresa en efectivo, es decir, para cobrar el efectivo después de que se hizo la venta. El periodo de cobranza de las cuentas por cobrar, que también recibe el nombre de días de ventas pendientes de cobro (DSO), se calcula dividiendo las cuentas por cobrar entre el promedio de ventas a crédito por día.

$$\text{Periodo de cobranza de las cuentas por cobrar} = \text{DSO} = \frac{\text{Cuentas por cobrar}}{\text{Ventas diarias a crédito}} = \left(\frac{\text{Cuentas por cobrar}}{\frac{\text{Ventas a crédito}}{360}} \right)$$

3. *Periodo de diferimiento de las cuentas por pagar*: tiempo promedio que transcurre entre la compra de las materias primas y la mano de obra y el pago de efectivo

correspondiente. Se calcula dividiendo las cuentas por pagar entre las compras diarias a crédito.

$$\text{Periodo de diferimiento de las cuentas por pagar} = \text{DPO} = \frac{\text{Cuentas por pagar}}{\text{Compras a crédito por día}} = \frac{\text{Cuentas por pagar}}{\left(\frac{\text{Costo de ventas}}{360} \right)}$$

El cálculo del periodo de diferimiento de las cuentas por pagar que se muestra aquí se basa en el método tradicional utilizado para determinar el valor que interviene en el cálculo del ciclo de conversión del efectivo. Sin embargo, reconociendo que el propósito del cálculo es determinar el tiempo que transcurre entre la compra de la materia prima y la mano de obra empleada para producir el inventario y el pago de estos insumos, el periodo de diferimiento de las cuentas por pagar podría expresarse de una manera más apropiada a efectos de incluir la consideración de los sueldos acumulados.

4. *Ciclo de conversión del efectivo*: cálculo de la cifra neta de los tres periodos que acaban de definirse, lo que da como resultado un valor igual al tiempo transcurrido entre los gastos reales en efectivo de la empresa para pagar/invertir en recursos productivos (materiales y mano de obra) y sus entradas de efectivo provenientes de la venta de productos (plazo transcurrido entre el pago de la mano de obra y los materiales y la cobranza de las cuentas por cobrar). Por consiguiente, el ciclo de conversión del efectivo es igual al tiempo durante el cual una unidad monetaria (peso), se encuentra invertida en activos circulantes.

$$\text{Ciclo de conversión del efectivo} = \left(\text{Periodo de conversión de inventarios} \right) + \left(\text{Periodo de cobranza de las cuentas por cobrar} \right) - \left(\text{Periodo de diferimiento de las cuentas por pagar} \right)$$

Dicho ciclo de conversión de efectivo puede acortarse:

1) si se reduce el periodo de conversión del inventario, mediante el procesamiento y la

venta más rápida de los productos;

2) si se reduce el periodo de cobranza de las cuentas por cobrar, mediante el aceleramiento de las cobranzas;

3) alargando el periodo de diferimiento de las cuentas por pagar mediante el retraso de sus pagos.

En la medida en que puedan tomarse estas acciones *sin perjudicar el rendimiento* de la administración de las cuentas, deben llevarse a cabo. Por lo tanto, cuando se toman medidas para reducir el periodo de conversión del inventario, las empresas deben *evitar faltantes de inventario* que pudieran provocar que los clientes “buenos” hicieran sus compras a la competencia. Cuando se toman medidas para acelerar la cobranza de las cuentas por cobrar, deben tener cuidado de *mantener buenas relaciones con sus “buenos” clientes a crédito*; cuando se alarga el periodo de diferimiento de las cuentas por pagar, una empresa debe tener cuidado *de no perjudicar su propia reputación de crédito*.

Políticas de inversión y financiamiento del Capital de Trabajo

El Diagrama 2.11 muestra tres políticas alternativas relacionadas con la cantidad total de activos circulantes que sostiene una empresa, las que difieren en cuanto a las diferentes cantidades de activos circulantes requeridas para dar apoyo a cualquier nivel determinado de ventas. Una política relajada de inversión en activos circulantes y en ella se mantienen cantidades relativamente grandes de efectivo, valores negociables e inventarios, cuando las ventas son estimuladas por el uso de una política de crédito que proporciona un financiamiento liberal a los clientes y en correspondiente nivel de cuentas por cobrar alto. De manera opuesta bajo una política restringida de inversión en activos circulantes (o una política “extremista”), el mantenimiento de efectivo, valores, inventarios y cuentas por cobrar alcanza un mismo nivel. La política moderada de inversión en activos circulantes se sitúa entre los dos extremos.

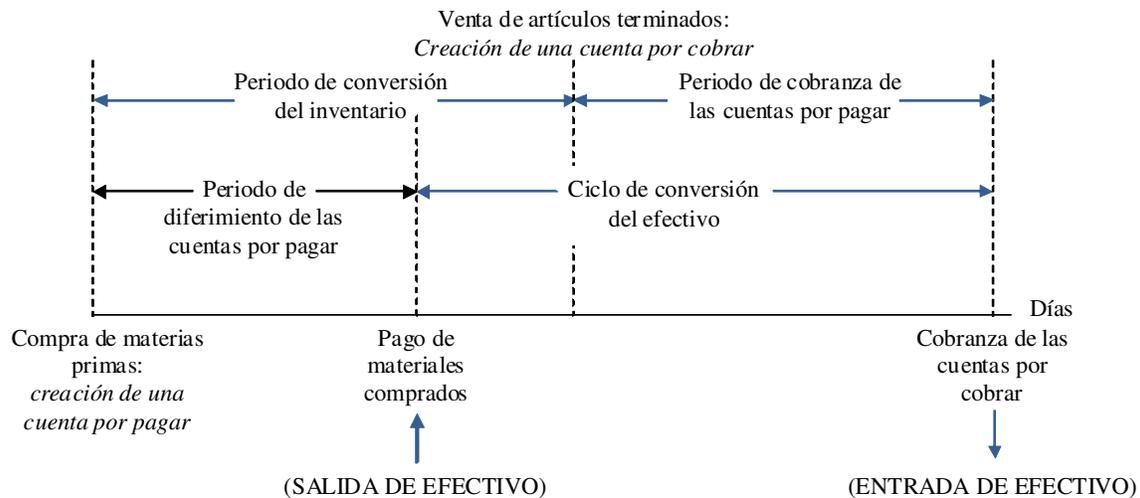


Diagrama 2.11 Ciclo de conversión del Efectivo

Fuente: Besley & Brigham (2001). *Fundamentos de Administración Financiera*, Ed. McGraw Hill, México, p. 608.

Bajo ciertas condiciones de certeza –en donde las ventas, los costos, plazos de entrega, periodos de pago y otras condiciones similares se conocen con certeza- todas las empresas mantendrían únicamente niveles mínimos de activos circulantes. Cualesquier cantidades más grandes incrementarían la necesidad de financiamiento externo sin un correspondiente incremento de las utilidades, mientras que cualesquier cantidades más pequeñas implicarían pagos retrasados para la mano de obra y los proveedores así como la pérdida de ventas, debido a faltantes de inventarios y la existencia de una política de crédito exageradamente restringida. Sin embargo, el panorama cambia cuando se introduce la incertidumbre. En este caso, la empresa requiere de alguna cantidad mínima de efectividad e inventarios, basándose en los pagos esperados, las ventas esperadas, los plazos de tiempo esperados para los pedidos, etcétera, más cantidades adicionales, o *inventarios de seguridad*, las cuales permiten a la empresa enfrentar las desviaciones que se produzcan respecto de los valores esperados.

De manera similar, los niveles de las cuentas por cobrar se determinan con base en los términos de crédito, y mientras más restringidos sean los términos de crédito, más bajo será el nivel de cuentas por cobrar en cualquier nivel específico de ventas. Bajo una política restringida de inversión en activos circulantes, la empresa debe mantener niveles mínimos de inventarios de seguridad tanto para el efectivo como para los inventarios y aplicar una política de crédito muy estrecha a pesar de que ésta signifique correr el riesgo de perder ventas. Una política restringida y extremista de inversiones de activos

circulantes, generalmente, proporcionan un rendimiento esperado más alto sobre la inversión, pero implica el riesgo más grande, mientras que en el caso de una política relajada lo opuesto resulta ser verdad. La política moderada se ubica entre los dos extremos en términos tanto del riesgo esperado como del rendimiento.

En términos del ciclo de conversión del efectivo, las políticas restringidas tienden a reducir los periodos de conversión del inventario y de cobranza de las cuentas por cobrar, lo cual genera un ciclo de conversión del efectivo relativamente corto. De manera opuesta, una política relajada crea niveles más altos de inventarios y cuentas por cobrar, periodos más elevados de conversión del inventario y de cobranza de cuentas por cobrar, y un ciclo de conversión del efectivo relativamente largo. Una política moderada da origen a un ciclo de conversión del efectivo que se sitúa en algún punto entre los dos extremos.

Políticas alternativas de financiamiento de activos circulantes

La mayoría de los negocios experimentan fluctuaciones estacionales cíclicas, o ambas situaciones. Por ejemplo, las empresas dedicadas a la construcción presentan picos en la primavera y en el verano; los minoristas los alcanzan en la época navideña, mientras que los productores que abastecen tanto las compañías constructoras como a los minoristas siguen patrones similares. De manera análoga, virtualmente, todos los negocios deben acumular activos circulantes cuando la economía es fuerte; pero después liquidan los inventarios y padecen reducciones netas de las cuentas por cobrar cuando la economía se estanca. Sin embargo, los activos circulantes cada vez disminuyen hasta llegar a un nivel de cero, hecho que ha generado el surgimiento de la idea de que algunos de los activos circulantes deben considerarse activos circulantes permanentes, porque sus niveles permanecen estables independientemente de las condiciones estacionales o económicas.

2.6.3 Estrategias de Administración del Capital de Trabajo

La Administración Financiera del Capital de Trabajo, según Perdomo (2002) tiene como objetivo manejar adecuadamente el activo y el pasivo circulante de una empresa, para mantenerlos a un nivel aceptable y evitar caer en estado de insolvencia y aún de quiebra. De lo anterior se desprende que los activos circulantes de una empresa (caja, bancos,

clientes, deudores, inventarios, inversiones realizables, etc.) deben administrarse eficientemente, mantener liquidez, sin mantenerlos a niveles altos.

Los pasivos circulantes (proveedores, acreedores, etc.), fuentes de financiamiento a corto plazo, deben administrarse cautelosamente para obtenerlos, controlarlos y utilizarlos de la mejor manera posible según las circunstancias.

Para Malagón, (et al., 1998), una de la principales responsabilidades del director de un hospital es la de cumplir los objetivos de las institución plasmados en programas para períodos anuales o fiscales. Esta labor la desarrolla a través de una gestión administrativa que siempre busca acertar en las predicciones de un futuro incierto. De otra parte, para cumplir con los programas de salud, se hace indispensable ejecutar una cantidad de gastos que se respalda en los ingresos de dinero tanto gubernamental como privado.

En este escenario las estrategias de administración de Capital de Trabajo cobran vital importancia por lo que se menciona las siguientes:

El *outsourcing*: (subcontratación) –transferencia de una operación habitualmente “interna” a una empresa externa- no es una idea “innovadora” cuando se trata de administración de efectivo. No es más que otro ejemplo de asignar a una empresa ajena un proceso financiero crítico, pero no esencial. De hecho ha llegado el momento de considerar la posibilidad de poner en manos de empresas externas el manejo de todos los aspectos relevantes de la administración de efectivo: cobro, desembolsos e inversión en valores comerciales. Este sistema ofrece la posibilidad de reducir los costos de las empresas. Las compañías externas (subcontratistas) pueden recurrir a economías de escala y a su experiencia especializada para realizar este tipo de actividades. Por lo tanto, las empresas pueden obtener los servicios que requieren a un costo más bajo con una mayor calidad que los que ellas mismas podrían generar. Además, con este sistema pueden liberar tiempo y personal para que las empresas se enfoquen en actividades prioritarias. Si bien la reducción de costos es una consideración importante en la decisión de contratar los servicios de compañías externas, no es la única.

En realidad, cuando en 1998 el Outsourcing Institute de Estados Unidos pidió a una muestra de usuarios finales de este sistema que hicieran una lista de razones por las que

recurrían a él, “reducir y controlar los costos operativos” ocupó el primer lugar, y “tener acceso a servicios de clase internacional” ocupó el tercer sitio. (Van Horne & Wachowicz, 2002).

Esquema de outsourcing para crédito y cobranza: El crédito y la cobranza se pueden realizar a través de un esquema de *outsourcing* (es decir subcontratar a una empresa externa para que se encargue de dichas actividades). Algunas compañías, como Dun & Bradstreet, ofrecen servicios completos o parciales a las empresas. Para decidir si se otorga el crédito o no se recurre a los sistemas de calificación de crédito, y a otra información. Se lleva la contabilidad del libro mayor, se procesan los pagos y se inicia el proceso de cobro de las cuentas morosas.

Como ocurre con cualquier función empresarial que se realiza a través del esquema de *outsourcing*, a menudo la cuestión se reduce a un problema fundamental de competencia. Cuando no se tiene la capacidad interna, o ésta no es eficiente, la decisión –incluso en el caso de las compañías grandes– puede consistir en contratar el servicio externamente. En el caso de las compañías medianas y pequeñas, es posible que el crédito y la cobranza sean actividades demasiado costosas para llevarlas a cabo por cuenta propia.

Justo a tiempo: En algunas industrias el proceso de producción se presta a un control de inventarios justo a tiempo (JAT), como su nombre lo indica, la idea es que los inventarios se adquieran e inserten en la producción en el momento preciso en que se requieren. Entonces, la filosofía administrativa de este sistema se centra en *tomar* inventario del proceso de producción “conforme se vaya necesitando”, en vez de *suministrarlo* “a medida que se vaya produciendo”. Esto requiere un sistema muy preciso de información de producción e inventarios, compras demasiado eficientes, proveedores muy confiables y un método efectivo de manejo de inventarios. Si bien el inventario de materias primas y el inventario en tránsito nunca pueden reducirse a cero, la idea del sistema “justo a tiempo” exige un control sumamente riguroso para reducir los inventarios. No obstante, el objetivo de un sistema JAT no es solo reducir los inventarios, sino aumentar continuamente la productividad, la calidad del producto y la flexibilidad de la producción.

Factoraje de las cuentas por cobrar: Como se mencionó, las cuentas por cobrar se pueden pignorar a un prestamista como garantía para la autorización de un préstamo. No

obstante, en lugar de dar en prenda estas cuentas, las empresas pueden recurrir al factoraje de las cuentas por cobrar para allegarse de efectivo. Al pignorarlas, las compañías conservan la titularidad de dichas cuentas.

Cuando una compañía descuenta por *factoraje* sus cuentas por cobrar, realmente transfiere la titularidad al venderlas a un *factor* (muchas veces la subsidiaria de una controladora bancaria). Por lo general, la venta se lleva a cabo “sin recurso”, lo cual significa que la empresa vendedora no se responsabilizará por las cuentas por cobrar no recuperadas a través del factoraje. Ese último tiene un departamento de crédito y gira cheques contra las cuentas. Con base en sus investigaciones de crédito el factor puede rehusarse a comprar algunas cuentas que considere demasiado riesgosas. Mediante el factoraje, las empresas muchas veces se liberan de los gastos derivados del mantenimiento de un departamento de crédito y de la cobranza. Entonces, el factoraje puede ser una forma de *subcontratación* de las funciones de crédito y cobranza. Las cuentas que el factor se oponga a comprar representarán un riesgo crediticio inaceptable, a menos que, desde luego, la empresa quiera asumir dicho riesgo y enviar los bienes.

Los esquemas de factoraje se rigen por un contrato entre el proveedor y el cliente. Muchas veces, dicho contrato es por un año e incluye una cláusula de renovación automática; asimismo, sólo se puede revocar mediante notificación con 30 o 60 días de anticipación. Aunque en este esquema es normal notificar a los clientes que las cuentas se han vendido y que los pagos se deben remitir de manera directa al factor, muchas veces no se hace dicha notificación. Los clientes no dejan de transferir los pagos a la empresa, la cual, a su vez, lo endosa al factor. Con frecuencia los endosos se disimulan para que los clientes no se enteren de que sus cuentas fueron vendidas.

Costos de factoraje: Por el hecho de asumir el riesgo de crédito y manejar las cuentas por cobrar, el factor cobra una comisión que, en el caso de las cuentas comerciales generalmente es de menos de 1% del valor nominal de las cuentas por cobrar. Esta comisión varía según el tamaño de cada una de las cuentas, el volumen de las cuentas por cobrar vendidas y la calidad de las mismas. Por lo general, el factor no paga de inmediato a las empresas tras la compra de las cuentas por cobrar.

El pago siempre se realiza en la fecha de vencimiento real o promedio de las cuentas por cobrar implícitas, si el factor anticipa dinero antes del vencimiento proveniente de los clientes, las empresas deberán pagarle intereses sobre dicho anticipo. Esta actividad es otra de sus funciones, además de asumir el riesgo y manejar las cuentas por cobrar. Por esta función adicional, el factor exige una compensación. Si las cuentas por cobrar sujetas al esquema de factoraje hacen un total de \$10,000 y la comisión por factoraje es de 2%, el factor acreditará a la cuenta de la firma \$9,800. Si la compañía desea retirar de esta cuenta antes del vencimiento de las cuentas por cobrar, tendrá que pagar un cargo por intereses (digamos de 1.5% al mes) por el uso de los fondos. Si desea un anticipo en efectivo y las cuentas por cobrar se vencerán, en promedio, al mes, el costo por intereses será de aproximadamente $.015 \times \$9,800 = \147 . Entonces, el costo total de factoraje está integrado por una comisión de factoraje más un cargo de intereses si la compañía toma un anticipo en efectivo.

Principio de Pareto: Señala que hay muchos problemas sin importancia frente a solo unos graves, (pocos vitales, muchos triviales), ya que por lo general, el 80% de los resultados totales se originan en el 20% de los elementos.

2.6.4 La evaluación de la Administración del Capital de Trabajo: Las razones financieras

A continuación se presentan las relaciones más usadas en el medio de la salud, en forma de coeficientes, porcentajes o razones, agrupadas en categorías según se orienten hacia el estudio de la posición financiera (liquidez, apalancamiento o endeudamiento), la eficiencia de la gestión operativa o la rentabilidad de la institución que describas por Malagón, (et al.,1998).

a) Razones de posición financiera

Se refiere a la capacidad de endeudamiento a corto y largo plazo y a la habilidad de la institución para cumplir con esas obligaciones.

a.1. Razones de liquidez: Miden la capacidad de endeudamiento a corto plazo.

La razón corriente: Presenta los activos corrientes divididos por los pasivos corrientes o de corto plazo y es una medida generalmente aceptada para determinar la solvencia a corto plazo.

$$\text{Razón corriente} = \frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo a Corto Plazo}}$$

Se observa que los activos corrientes comprenden: cajas, bancos inversiones a corto plazo, cuentas por cobrar e inventarios. Los pasivos corrientes consisten en: Cuentas por pagar, documentos por pagar a corto plazo, la parte de las deudas a largo plazo que se cumplen dentro del periodo contable, impuestos por pagar y otros gastos acumulados.

La prueba de tesorería: Prueba ácida o razón de rapidez toma los activos monetarios divididos por pasivos a corto plazo. Se calcula deduciendo los inventarios de los activos corrientes y dividiendo el residuo por los pasivos corrientes. Sirve para medir la capacidad del hospital para afrontar las deudas de inmediata exigibilidad. Es una medida de solvencia a corto plazo que no toma en cuenta los inventarios por que son de menor liquidez y por que en su liquidación frecuentemente se presentan algunas pérdidas.

$$\text{Prueba ácida} = \frac{\text{Activos monetarios}}{\text{Pasivo a Corto Plazo}}$$

Se considera prudente analizar conjuntamente las dos razones anteriores, dentro del ciclo de operaciones del hospital y compararlas con los flujos de caja proyectados, sin desechar por supuesto las demás razones que se verán adelante, para ver la capacidad real, objetiva que se tiene para cumplir con las obligaciones existentes y contraer otras necesarias para que continúe normalmente la operación de la entidad.

b) Razones de endeudamiento o de apalancamiento

Miden hasta qué monto el hospital se financia con deudas (acreencias). Los acreedores hacen énfasis en el pasivo y el patrimonio con el fin de establecer un margen de

seguridad. Al conseguir fondos a través de tomar préstamos u otro tipo de deudas (compras a crédito), los propietarios o el director obtienen los beneficios de mantener el control del hospital con una inversión mínima. Si la institución presta más servicios u obtiene más utilidades con los fondos prestados que los valores cancelados por los intereses de los préstamos, los beneficios serán claramente superiores a los costos del endeudamiento.

$$\text{Coeficiente de solvencia} = \frac{\text{Patrimonio}}{\text{Pasivo Total}}$$

Entre más pequeña es esta razón más pequeño es el margen de seguridad de los acreedores. Una variación de la razón anterior es la siguiente:

$$\frac{\text{Recursos permanentes vencidos}}{\text{Cuentas por cobrar}} = \frac{\text{Pasivo largo plazo}}{\text{Patrimonio} + \text{Pasivo largo plazo}}$$

En ella se observa que entre más alto porcentaje, menos es el margen de seguridad para los acreedores. Estas dos razones indican el riesgo que corren los acreedores (prestamistas) a largo plazo, poniendo en relación el nivel de deuda con los recursos de la institución (patrimonio). La solvencia adecuada depende tanto de la misión y los objetivos del hospital como de su *status*; como entidad particular, semioficial o gubernamental.

También debe tenerse en cuenta la capacidad operativa del hospital tanto para generar fondo como para cancelar tanto la deuda como sus intereses. Una idea muy próxima a este último planteamiento la proporciona la siguiente razón:

$$\text{Cobertura de las cargas financieras} = \frac{\text{Utilidades antes de intereses e impuestos}}{\text{Intereses}}$$

c) Razones de eficiencia operativa

Miden la objetividad con que el hospital maneja sus recursos invertidos en cada tipo de actividad.

$$\text{Rotación de la cartera} = \frac{\text{Valor de la cartera (Cuentas por Cobrar)}}{\text{Valor de los servicios prestados a crédito} \div 365 \text{ días}}$$

Para efectuar este cálculo debe conocerse el porcentaje que corresponde a los servicios prestados a crédito con relación al total de los ingresos obtenidos:

$$\text{Rotación de la cartera} = \frac{\text{Cuentas por cobrar}}{\left[\frac{\text{Ingresos totales} \times \text{\% servicios prestados a crédito}}{\text{\% servicios prestados a crédito}} \right] \div 365 \text{ días}}$$

Es preciso ser cuidadoso al analizar este coeficiente pues su validez puede cambiar con el incremento de la prestación de servicios, la época que se escoja para hacer la estimación, los contratos existentes, el cálculo de la cartera incobrable y su composición a 30, 60 y 90 días.

Es importante advertir que a los ingresos totales deben restarse las sumas obtenidas por donaciones, contribuciones, subsidios o auxilios e intereses, para que así sólo tengan en cuenta los ingresos operacionales, es decir, el valor de los servicios médicos hospitalarios prestados.

Rotación de inventarios: Mediante el cálculo similar utilizado para la razón de rotación de cartera, se puede analizar el nivel de existencia de inventarios en almacenes y farmacias en términos de los días que supondría agotar las existencias de los mismos. Se debe recordar que generalmente las existencias están valoradas al costo, por tanto las salidas de los almacenes o farmacias también deben estar valoradas al costo para poder valorarlas.

$$\text{Rotación de inventarios} = \frac{\text{Valor de Inventarios}}{\text{Valor al costo de las salidas de almacén} \div 365 \text{ días}}$$

También se puede expresar esta razón en el número de veces que rotan las existencias o inventarios:

$$\text{Rotación de existencias} = \frac{\text{Valor al costo de las salidas del almacén}}{\text{Valor de los inventarios}}$$

d) Razones de rentabilidad

De acuerdo con Malagón, (et al., 1998), mide la eficacia total de la dirección general al mostrar las utilidades generadas por la venta de los servicios prestados y la renta de las inversiones temporales.

El margen de utilidad: Presenta las utilidades netas después de impuestos divididas por el valor de los servicios prestados. Un margen de utilidad por debajo de las tasas de interés en el mercado indica que la gestión del director es deficiente, que los costos son relativamente altos, o los dos. Los costos pueden ser altos por baja ocupación de los servicios que presta el hospital (capacidad ociosa), por falta de control en compras o suministros (desperdicio), ineficiencia de los funcionarios (burocracia) o tecnología anticuada.

$$\text{Margen de utilidad} = \frac{\text{Utilidades netas después de impuestos}}{\text{Valor de los servicios prestados}}$$

Razón de rentabilidad sobre la inversión

Presenta las utilidades netas después de impuestos divididos por el patrimonio del hospital, e indica la tasa de retorno sobre la inversión de los propietarios.

$$\text{Rentabilidad sobre la inversión} = \frac{\text{Utilidades después de impuestos}}{\text{Patrimonio}}$$

Utilidad neta sobre activos totales: Mide la rentabilidad neta sobre los activos totales con el fin de indagar sobre la eficiencia con que se están utilizando los recursos con independencia del origen de los fondos.

$$\text{Utilidad sobre activos} = \frac{\text{Utilidades después de impuestos}}{\text{Activo total}}$$

2.6.5 Estructura del Capital de Trabajo y decisiones financieras

Para Perdomo (2002) en términos generales, los acreedores a corto plazo (pasivo circulante) prestan para invertir en el activo circulante, jamás para invertir en el activo fijo, aún cuando en la práctica, en ocasiones no suceda así. En ese sentido de cosas, una decisión financiera importante y delicada, es la forma en que debe utilizarse el pasivo circulante para financiar el activo circulante. “El activo circulante debe financiarse con el pasivo circulante” y “el activo fijo debe financiarse con el pasivo fijo”. Por tanto, el pasivo circulante, sirve para requerimientos estacionales y el pasivo fijo, sirve para requerimientos permanentes. Otra decisión conservadora. “Tanto el activo circulante como el activo fijo, se financian con fondos del pasivo fijo, sirviendo el pasivo circulante únicamente para emergencias y desembolsos inesperados e imprevistos. En este caso, el pasivo fijo sirve para requerimientos estacionales y permanentes. El pasivo circulante servirá solo para emergencias.

2.6.6 Eliminación y reducción de Costos

Según Barfield (2005) la eliminación de costos significa encontrar alternativas aceptables para los artículos de alto costo y/o no gastar dinero para la adquisición de productos o servicios innecesarios. Evitar un costo puede requerir que se incurra en un costo mas bajo como alternativa. La reducción de costos esta íntimamente relacionada con la eliminación de costos, y se refiere a la disminución de los costos actuales. Los puntos de comparación son en especial importantes en esta área de tal modo que las compañías puedan identificar los costos que son más altos de lo necesario.

Programas de certificación de ejecutivos llevados a cabo por la Banca en México (BANORTE, 2000) plantean que la necesidad de financiamiento de carácter operativo se genera como resultado de un nivel de desincronización entre los cuatro periodos siguientes:

1. Periodo de pago a proveedores.
2. Periodo de liquidación de gastos acumulados.
3. Periodo de cobro a clientes.
4. Periodo de permanencia de inventarios.

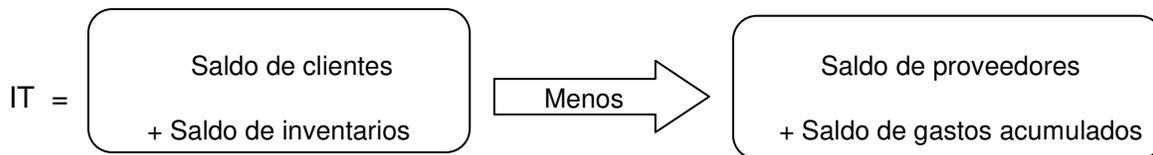
En los cuales, para efecto de determinación de una posible necesidad se tienen que sumar los dos primeros y al resultado, restarle la suma de los dos últimos.

En otros términos, bajo el supuesto de que la suma de los periodos de cobro y permanencia del inventario sea superior a la suma de los periodos de pago a proveedores y gastos acumulados, la diferencia representara la necesidad de financiamiento derivada de una desincronización del ciclo operativo. Por ello y para fines de cálculo de la posible necesidad de financiamiento, es que se parte del concepto de inversión en Capital de Trabajo. Mismo que se refiere a tal necesidad pero expresada en pesos y para un momento determinado.

Consecuentemente:

$$IT = \text{Activos Comerciales} - \text{Financiamiento espontáneo}$$

O lo que es lo mismo:



Por lo consiguiente bajo el supuesto de que se tuviesen los importes siguientes en las cuentas referidas:

Clientes	250,000
Inventarios	1,100,000
Proveedores	900,000
Gastos acumulados	130,000

$$IT = (250,000 + 1,100,000) - (900,000 + 130,000)$$

$$IT = 320,000$$

La puesta en marcha de las estrategias de Capital de Trabajo en la operatividad de las organizaciones implica conjuntar cada una de las acciones en un modelo de administración, a efecto de evitar actitudes reactivas que resultan en descontrol del manejo de costos. Los ejemplos anteriores muestran operaciones tácticas que deben también ser vinculadas a un esquema general de administración del Capital de Trabajo.

Capítulo III. Metodología de la Investigación

Introducción a la metodología de investigación

Para llevar a cabo una investigación científica hay que realizar numerosas actividades. Unas en forma secuencial, otras en forma simultánea, y tomar varias decisiones en diferentes etapas de la investigación, para que ésta sea administrada con eficiencia se deben planear todas las etapas de la investigación. (Namakforoosh, 2006).

Tomando en consideración lo escrito por Namakforoosh se presenta en la Figura 3.1 el modelo seguido para la realización de la presente investigación.

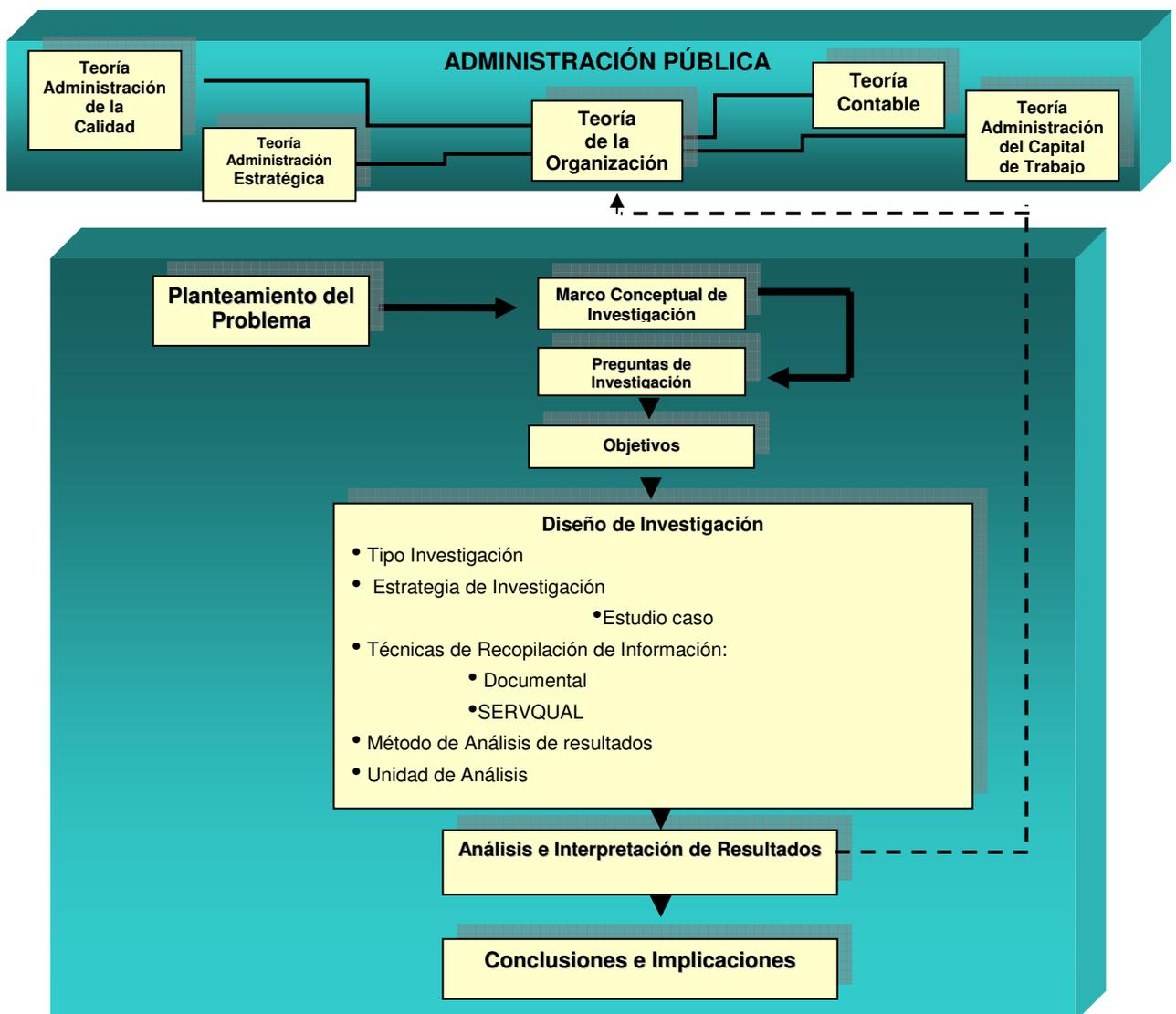


Figura 3.1 Modelo de la Investigación

Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar que en el Anexo 6 se presenta un análisis de validación del constructo de la presente investigación realizada mediante el modelo anteriormente descrito.

3.1 Planteamiento del problema

La construcción del Marco Teórico de este trabajo muestra que por su propia naturaleza, la Administración Pública busca dar una respuesta congruente a la sociedad que exige a sus gobernantes una gestión pública, transparente, confiable, de calidad que finalmente propicie en forma fehaciente una mejor calidad de vida en los ciudadanos (Malagón, et al., 2002). Se identificó una nueva tendencia para mejorar la eficacia y la eficiencia de la Administración Pública, impulsada por el Banco Mundial a través de un modelo alternativo de Nueva Administración Pública (NAP), que ha sido experimentado en casi todos los países avanzados modificando y sustituyendo al modelo jerárquico. Este modelo tiene los siguientes componentes fundamentales: 1) Delegación de la toma de decisiones ya que así los encargados de ellas están más próximos al problema y tienen objetivos más claros; 2) Orientación hacia el desempeño, dando un énfasis a los productos más que a los insumos; 3) Orientación hacia el cliente: el informar y escuchar al público permite comprender mejor lo que quieren los ciudadanos y responder con productos más adecuados; 4) Orientación al mercado a través de contratos de gestión y personal y de la competencia entre los organismos públicos. Cada uno de estos componentes ejerce presión sobre la Administración Pública actual en algunos países en desarrollo, México no es la excepción, siendo creciente el requerimiento para mejorar el desempeño de recursos usados en los servicios públicos, en particular en los servicios de educación y de atención a la salud.

El modelo usado en la Administración Pública es de importancia clave ya que el gobierno, como un agente más en la economía, emplea recursos: trabajo, capital, tierra y materias primas. Esta definición coloca el acento en el problema de la asignación de recursos entre fines competitivos, en un marco de escasez y restricciones económicas (Ayala, 2001). La extensión del dominio del Estado sobre los recursos es un factor importante para el desempeño de la economía, ya que habría una pérdida del producto si estos fueran usados ineficientemente, en comparación con el uso que se les podría dar, si estuvieran bajo el control del sector privado. Esta perspectiva es consistente con el principio básico de la Teoría de los Recursos de la Empresa (Resource Based Theory), citado por Barney

(1996) que considera que los recursos son la base de las capacidades de la empresa, identificando cuatro categorías de Recursos: el capital financiero, el capital físico, el capital humano y el capital organizacional (Barney, 1996). Las capacidades son las competencias para usar esos recursos eficaz y eficientemente para alcanzar el objetivo establecido. Se considera que una organización tiene una buena administración de recursos si es capaz de crear competencias que son valiosas e inimitables. Estas competencias características se conocen como competencias estratégicas, siendo una de ellas la práctica relativa a la administración del Capital de Trabajo.

Usando el marco de Barney (1996), y aceptando que los cambios de enfoque en la Administración Pública son extensivos en lo particular a la gestión pública del Sector Salud, se relaciona la administración del Capital de Trabajo con la calidad del servicio ofrecido en instituciones de salud pública por ser éste altamente sensible a las percepciones y exigencias ciudadanas en cuanto a la eficiencia en la calidad, ética, confiabilidad, oportunidad y cobertura de la prestación de los servicios.

La calidad de los servicios de salud del sector público tradicionalmente se ha asociado con el esquema de recursos económicos limitados, lo que frecuentemente conduce a que la gestión pública, en el Sector Salud, comparta con la ciudadanía la obligación de optimizar la administración de los recursos financieros asignados para su operación, impactando en forma directa a la administración del Capital de Trabajo que incluye la optimización en la gestión del efectivo, de la cobranza, de los proveedores, de los inventarios de medicamentos, material de curación, entre otros.

Renwick (1992) señala que en las instituciones de salud los costos y la calidad están interrelacionados en varias maneras, ya que a fin de dar servicios de calidad puede incurrirse en altos costos de operación, por lo que cualquier evaluación de la calidad del servicio de salud debe tomar en cuenta el costo de ese servicio.

El manejo del Capital de Trabajo, expresado en costos de los servicios, se ha vuelto un tema relevante debido a que la demanda potencial de salud pública es creciente, mientras que los recursos disponibles para el financiamiento son limitados y, en ocasiones, escasos. Coincidiendo con lo anterior, Barquín (2003) escribe que a consecuencia de su dependencia con las asignaciones presupuestales, la escasez de recursos de las

instituciones de salud en el sector público plantea la necesidad del desarrollo e implementación de estrategias y modelos pertinentes para la administración del Capital de Trabajo para las unidades hospitalarias del sector público, con aplicación flexible al tamaño y tipo de unidad.

La administración del Capital de Trabajo en las unidades hospitalarias se vincula con algunos de los problemas de importancia en su operación, como son:

- a) los sistemas poco eficaces de compra y abastecimientos, que a veces conducen a compras no solo costosas, si no inapropiadas y en ocasiones inoportunas,
- b) problemas de mantenimiento por lo complejo de los equipos, la diversidad de instrumentos y materiales de consumo,
- c) problemas con la falta de eficiencia y preparación del personal, pues cada vez mas la atención médica actual requiere técnicos en diversas actividades, no solo médicas sino paramédicas y administrativas,
- d) problemas en los sistemas de admisión y remisión correctos de los pacientes, ya que muchas veces estos son referidos demasiado tarde y por tanto el tratamiento es más costoso,
- e) la ignorancia de los gastos en atención médica a consecuencia del desconocimiento del costo de la atención por paciente.

El Capital de Trabajo en la gestión hospitalaria es de gran importancia al ser, con el recurso humano, uno de los recursos de operación del hospital que tienen movilidad permanente durante los 365 días del año, por lo que la eficiencia en su administración es un factor fundamental para dar una respuesta a la ciudadanía con calidad en el servicio.

La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud. No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución.

En la problemática expuesta, surge en forma reiterada ***el problema de la baja eficiencia en la administración del Capital de Trabajo en las unidades hospitalarias del sector***

público, y la ausencia de un modelo operativo orientado a sostener y/o elevar la calidad del servicio en el marco de la optimización de los recursos presupuestales.

Esta investigación aborda este problema de la eficiencia de la administración del Capital de Trabajo en unidades hospitalarias, con el propósito de identificar las estrategias utilizadas para mantener el control de costos de forma tal que no sobrepasen los ingresos presupuestales, generando situaciones que requieran asignaciones extemporáneas.

La administración del Capital de Trabajo se refleja en las correspondientes percepciones de calidad del servicio por parte de los usuarios. Los resultados del estudio fundamentan la propuesta de un modelo de administración eficiente del Capital de Trabajo en organizaciones de este tipo.

El análisis de este problema se aborda en el contexto de los Servicios de Salud Pública del Estado de Tamaulipas, los cuales tienen como antecedente, el establecimiento del Sector Salud en 1977 con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, siendo entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia del Estado de Tamaulipas.

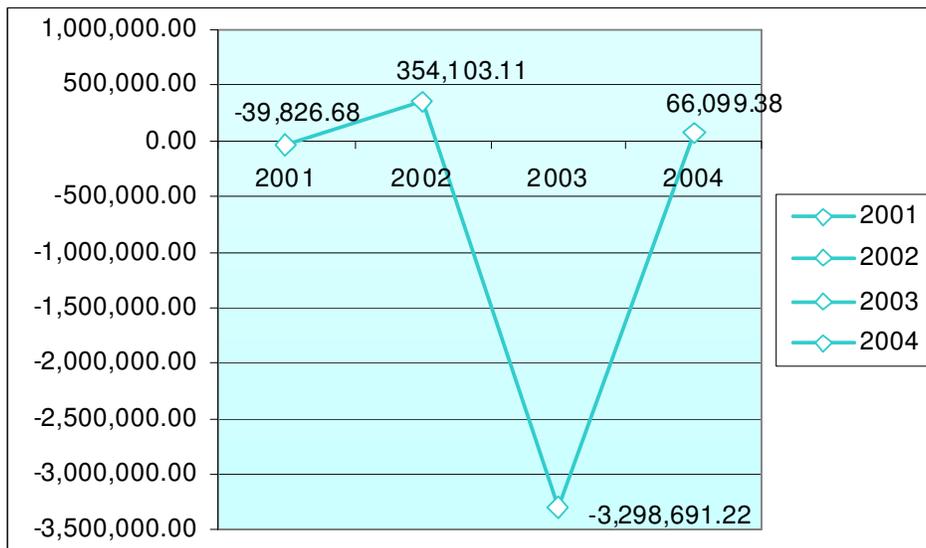
Posteriormente, el 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud que define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud y con la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 21 de enero de 1985, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia de nombre por la Secretaría de Salud, denominación hasta hoy vigente.

El 20 de Agosto de 1996, el Ejecutivo Federal, los Gobernadores de los Estados y el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, firmaron el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, del cual se derivó la firma con cada uno de los estados de un Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud. En virtud de lo anterior, el 22 de enero de 1997, publicado en el Periódico Oficial No. 7, fue creado el Organismo Público Descentralizado (O.P.D.) Servicios de Salud de Tamaulipas, decreto que fue abrogado en el artículo 4º transitorio de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de

Tamaulipas, del 3 de Febrero de 1999¹.

En este sentido esta investigación se alinea con las orientaciones y políticas de operación de la unidad hospitalaria tanto en materia de calidad como de uso efectivo de los recursos, en este caso, los recursos financieros, tal como enuncia en su Misión: La Secretaría de Salud otorga asistencia médica para satisfacer las necesidades de la ciudadanía, con el personal calificado y competente, a través de un proceso de mejora continua, determinando una Política de Calidad al declarar que: en la Secretaría de Salud de Tamaulipas son una Institución comprometida a satisfacer las necesidades de la Población, sobre la base del trabajo en equipo con espíritu de servicio y capacitación permanente para lograr la mejora continua.

El problema de la eficiencia en la administración del Capital de Trabajo se identifica con precisión al comparar la evolución de los ingresos en un periodo de 5 años, de la unidad hospitalaria, con los costos en el mismo periodo, identificándose una tendencia dinámica a la alza de los costos en contraste con una relativa estacionalidad de los ingresos que conduce a la unidad hospitalaria a una situación de insuficiencia financiera. Este fenómeno se aprecia en la gráfica 3.1.



Gráfica 3.1 Comportamiento del flujo de efectivo
Fuente: Diseño propio

¹ http://salud.tamaulipas.gob.mx/2006/quienes_somos.htm

Descrito lo anterior, es posible resumir que la baja eficiencia en la Administración del Capital de Trabajo en las unidades hospitalarias del Sector Público y la ausencia de un modelo operativo orientado a elevar la calidad del servicio, permiten hacer el planteamiento del problema de la siguiente manera:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADMINISTRACIÓN DE CAPITAL DE TRABAJO PARA MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS HOSPITALARIOS?

De esta forma se define el cuestionamiento a resolver en el presente estudio, tomando en consideración las teorías que construyen el Marco Teórico y las condiciones reales que afectan a la Unidad de Análisis de acuerdo al Marco Metodológico que se desarrolla en este apartado.

3.1.1 Marco Conceptual del Estudio

Una vez planteado el problema de la investigación, es posible definir el marco conceptual de la investigación.

Un Marco Conceptual explica en forma gráfica o narrativa los factores clave, -constructos y/o variables- a ser estudiados en una investigación, y las relaciones que se presume existen entre ellos. La elaboración del Marco Conceptual ayuda al investigador a ser selectivo y decidir cuáles son las variables más importantes, cuáles relaciones son las probablemente más significativas y, en consecuencia, cuál información debe ser recolectada y analizada (Miles & Huberman, 1994).

Se considera parte relevante en el Marco Conceptual su estrecho vínculo con la estructura metodológica, por lo que se presenta en este apartado para aprovechar la explicación de manera conjunta con aspectos metodológicos.

A partir del planteamiento del problema y del Marco Teórico, se seleccionan los factores clave a investigar y se establecen las relaciones posibles que conducirán a alcanzar el objetivo de la investigación, estas relaciones se expresan en un Marco Conceptual que es el mapa para desarrollar el trabajo de investigación y se operacionaliza por las preguntas

de investigación. El Marco Conceptual de la investigación, es el instrumento que permite fijar las fronteras de la investigación dando precisión al objetivo. Esto es consistente con autores como Hernández (2003), que conciben la investigación como un proceso constituido por diversas etapas, pasos o fases, interconectadas de una manera lógica.

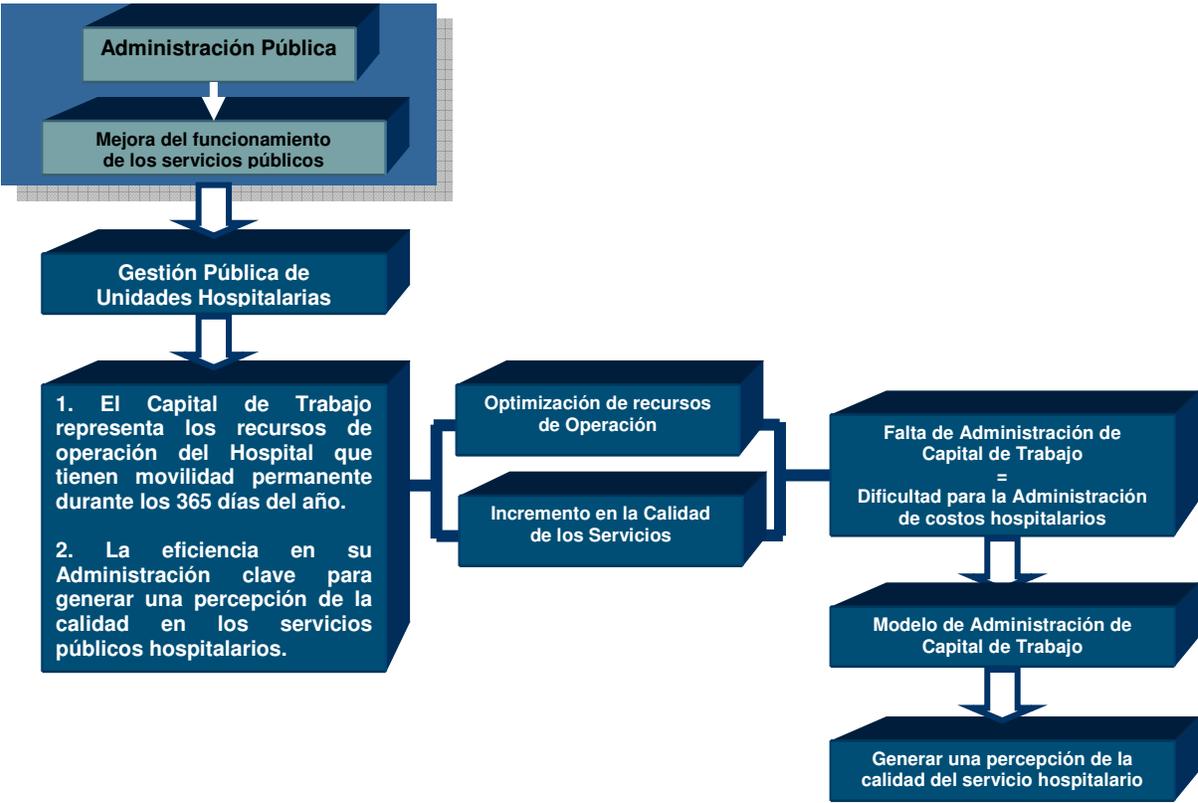


Diagrama 3.1 Marco Conceptual del “Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias. El caso del Hospital General Norberto Treviño Zapata”
Fuente: Diseño propio

Para la construcción del Marco Conceptual de este estudio, se parte de la visión de la mejora en la Administración Pública como precondition para la mejora en el servicio público, lo que se espera genere la satisfacción del usuario del servicio y en consecuencia la satisfacción del ciudadano con los servicios públicos que recibe. En esta perspectiva, la eficiencia en el manejo de los recursos públicos, en particular de los presupuestales que conforman el Capital de Trabajo, se manifiesta a través de la calidad de los servicios que recibe la ciudadanía que acude al sector de salud pública.

En el Marco Conceptual de este estudio (Diagrama 3.1), el conocimiento de las estrategias de administración del Capital de Trabajo y la eficiencia de su administración para responder a las demandas de servicio son factores clave, estrechamente relacionados, que aquí se han agrupado para representar al concepto de gestión pública hospitalaria. En este Marco Conceptual se asume que la relación de los costos con la calidad percibida es el elemento que conforma y perfila el tipo de estrategia usada en la administración del Capital de Trabajo de la cual a su vez se desprende la posible dificultad de calcular los gastos efectuados en la prestación de cada uno de los servicios.

La estrategia de administración del Capital de Trabajo no impacta solo la eficiencia en el uso de los recursos, la comunidad que recibe los servicios reacciona según la percepción de la calidad de lo que recibe, evaluando a la administración de la unidad hospitalaria y a la Administración Pública del ámbito superior en el que esta actúa. El Marco Conceptual de este estudio señala que el punto de encuentro de los requerimientos para generar la modernización de la gestión pública de las unidades hospitalarias está en la interacción de las estrategias de administración del Capital de Trabajo con los estándares de calidad esperados por los usuarios del servicio. Con este sustento, el Marco Conceptual se operacionaliza con las siguientes Preguntas de Investigación:

PI.1 ¿Cuál es la percepción de la calidad del servicio prestado en una institución hospitalaria del sector público en el contexto de la estrategia actual de administración del Capital de Trabajo?

PI.2 ¿Cuáles son las características de la estrategia de administración del Capital de Trabajo que predominan en una institución hospitalaria del sector público?

3.1.2 Objetivo del estudio

En el campo del uso eficiente de los recursos (Resource Theory) la respuesta a estas preguntas de investigación contribuye a: *identificar y comprender las características de las estrategias de administración del Capital de Trabajo utilizadas en las instituciones hospitalarias del sector público que sustentan la prestación de servicios de salud que generan una percepción de su calidad en los usuarios.* Esta información contribuirá a hacer comprensible el hecho de que para comprobar los límites y la frontera de la

indisoluble relación de institución de salud pública-sociedad-Administración Pública es preciso tomar una institución hospitalaria del sector público como universo de análisis.

Se reitera que en esta investigación, *el objetivo del estudio es identificar las características de la estrategia de administración de Capital de Trabajo en la que opera una institución hospitalaria del sector público y la percepción de la calidad del servicio que se presta en consecuencia*. Sobre esta base, el estudio conduce a la formulación de un Modelo de Administración del Capital de Trabajo, orientado a mejorar la eficiencia en la operación y la satisfacción de los usuarios de los servicios en Hospitales Públicos, según Olías (2001), en dos vertientes específicas:

1. En lo referente a elevar el grado de satisfacción del ciudadano – usuario:

- Mayor calidad en la prestación;
- Mejora de la infraestructura y tecnologías;
- Mayor agilidad en la gestión;
- Evolución razonable de tarifas/costos.

2. En cuanto al equilibrio financiero se refiere:

- Mejorar la gestión de los ingresos;
- Racionalizar los costos de operación.

Los resultados de la investigación serán de utilidad para subsanar la carencia de información clave tanto para el diseño de un modelo de administración financiera bajo el criterio de eficiencia, como para las acciones de mejoras en la calidad del servicio de hospitales públicos, descrito lo anterior resulta necesario especificar los elementos básicos a considerar en el diseño de un modelo.

3.1.3 El diseño de un modelo

Una vez que se realice el análisis, la información recabada será útil para la realización de la propuesta de un Modelo de Administración de Capital de Trabajo, tomando en consideración que para Alemán y González (2003), un modelo es una representación simplificada y lógica de una situación real, que permite identificar los elementos o

variables que la componen y la manera como se interrelacionan con el fin de entender el funcionamiento de un sistema y/o de facilitar el análisis y la solución de un problema.

Es de suma importancia disponer de un propósito muy claro y preciso antes de comenzar a elaborar un modelo. Para que un modelo sea funcional, se debe tomar en cuenta todos los factores esenciales e ignorar por completo los detalles superfinos (Alemán y González, 2003).

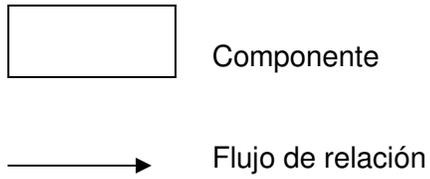
Resulta relevante mencionar que el modelo que la presente investigación propone cumple con las siguientes características:

- *Un propósito claramente definido:* La propuesta tiene el objetivo fundamental de eficientar la Administración del Capital de Trabajo, mediante la recomendación de un índice de eficiencia en la gestión del Capital Neto de Trabajo, buscando así, mejorar la percepción de la calidad de los servicios hospitalarios a los usuarios del servicio en las dimensiones en las que se mide este concepto a través del SERVQUAL.

- *Identifica las consideraciones esenciales:* De la misma forma representa la relación existente entre los elementos integrantes del Capital de Trabajo, los activos circulantes y los pasivos circulantes, proponiendo para su mejor administración tres estrategias fundamentales, la estrategia de optimización de ingreso, la estrategia de racionalización de compras y la estrategia de racionalización de manejo de inventarios.

- *Representa la realidad en forma simplificada:* La información utilizada para la construcción del modelo proviene del análisis de la información que se obtuvo de la revisión bibliográfica, de la aplicación del instrumento de medición de la percepción de la calidad y de la revisión de los registros contables o estados financieros, todo esto a través de una metodología de recopilación y análisis específica y adecuada para asegurar que el modelo representa verazmente la realidad estudiada.

El modelo de Administración del Capital de Trabajo representa la interacción de los elementos de Capital de Trabajo de la Unidad de Análisis mediante el formato de modelo relacional de naturaleza cualitativa mediante los siguientes símbolos.



En este modelo se unen componentes de naturaleza económica (costos), financiera (cuentas de balance) y de naturaleza administrativa como lo son los periodos de días cuentas por cobrar, días cuentas por pagar y los días inventarios, proponiendo una mezcla estratégica para el óptimo aprovechamiento de los recursos de la unidad de análisis.

3.2 Metodología: Estudio de Caso

El Marco Conceptual desarrollado y las Preguntas de Investigación planteadas, indican que este estudio tiene una naturaleza de carácter exploratorio, con interés en un fenómeno específico que se analiza desde la perspectiva inductiva, por lo que se abordará usando la metodología de Estudio de Caso (Yin, 1991), de naturaleza transversal en cuanto al segmento referido a la evaluación de los clientes respecto a la calidad del servicio obtenido en una institución hospitalaria del sector público, y con carácter longitudinal por el análisis de la administración del Capital de Trabajo en un período de cinco años.

El plan desarrollado para obtener respuesta a las preguntas de investigación consistentes con el objetivo planteado en esta investigación, corresponde a un diseño no experimental de investigación conforme a Hernández (2003) porque en él no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador, debido a que son estudios que se realizan sin manipular las variables porque ya han sucedido, y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Con este propósito, se selecciona como unidad de análisis al Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata del estado de Tamaulipas. Se hace énfasis en que no se estudiará al hospital a modo de institución, sino que *es la estrategia de administración de*

Capital de Trabajo, el objeto de atención principal bajo la óptica de una consecuencia de la calidad en la satisfacción de la sociedad a la que presta sus servicios.

La investigación se enfoca en la explicación de cómo la institución hospitalaria del sector público usa sus recursos financieros considerados Capital de Trabajo para prestar un servicio de salud pública, con una calidad que refleje la imagen de excelencia de la Administración Pública. Es claro que en cuanto a la *validez externa*, el Estudio de Caso tiene la limitación de generar resultados no generalizables, lo que hace que cualquier aplicación del modelo propuesto deberá ser analizado a la luz de estudios específicos a cada institución hospitalaria.

3.2.1 Estudio de Caso Instrumental

La metodología de Estudio de Caso es una de las estrategias usadas para realizar investigación en problemas relacionados con las empresas y organizaciones. Yin (1991) plantea que *un Estudio de Caso es una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, en especial cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes.* En general, los estudios de caso son la estrategia preferida cuando la atención está enfocada en un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real. En la Teoría del Estudio de Caso, Robert Stake (1994, 1999) sostiene que se identifican tres tipos de esta estrategia de investigación:

1. El caso intrínseco (intrinsic case study) al cual le interesa el caso en sí;
2. el caso instrumental (instrumental case study) en el que el caso es un instrumento con el fin de ilustrar o resolver problemas teóricos, metodológicos o prácticos que trascienden el caso en sí mismo y éste solo tiene interés secundario;
3. el caso colectivo (collective case study) se trata de un caso extendido a varios casos en el cual, a partir de un caso particular, se analiza conjuntamente un número determinado de casos.

Este trabajo se identifica con el *estudio de caso de tipo instrumental*, pues la unidad de análisis seleccionada es el instrumento usado para analizar un problema de la práctica administrativa que trasciende a esta unidad hospitalaria. El caso seleccionado

corresponde a una acción de administración de Capital de Trabajo que se transmuta en un servicio caracterizado por la percepción de la calidad con que se presta. Este caso permite acceder a los diversos servicios que constituyen el servicio de salud pública y conocer las percepciones del usuario respecto al nivel de calidad con que se presta. El caso se seleccionó por su riqueza y por cubrir la diversidad de elementos que caracterizan al servicio de salud pública en cuyo marco se administra un recurso escaso, con orígenes diversos y sin fines de lucro sino de beneficio social: el Capital de Trabajo en una institución de servicios de salud pública.

3.2.2 Método de recopilación de Información

1. Análisis de Registros. El análisis del impacto de las estrategias de administración de Capital de Trabajo expresada por:

a) El uso de los recursos financieros a corto plazo;

b) la percepción de calidad de los usuarios de los servicios; y

c) la propuesta de un modelo que incorpore el Capital de Trabajo con la mejora de la calidad de los servicios, requiere datos de diversas fuentes: por la originalidad de los datos, requieren fuentes documentales directas como son los estados financieros, que determinan el manejo de los recursos a corto, mediano y largo plazo en la Institución de Salud Pública seleccionada del Estado de Tamaulipas, disponibles en forma específica en el Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, que constituye la unidad de análisis.

2. Información Primaria. En lo referente a la calidad del servicio Plant (1985) argumenta que la satisfacción del consumidor debe ser el elemento principal de los programas de aseguramiento de la calidad, y los mecanismos para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios pueden ser el análisis de quejas y/o cuestionarios aplicados directamente a pacientes y usuarios. La evaluación de la calidad de los servicios de salud motivo de atención desde diferentes perspectivas, el modelo médico tradicional se enfoca a la naturaleza técnica de los eventos médicos, es decir en las habilidades y entrenamiento de los médicos y la naturaleza del resultado de su intervención (O'Connor, Shewchuk, Carney, 1994), es decir evalúa la práctica médica; el modelo más conocido evalúa la

calidad desde el punto de vista de los médicos (Donabedian, 1980). Sin embargo, la evaluación de la calidad de la atención hospitalaria se orienta a la medición de la percepción del paciente.

Tabla 3.1

SERVQUAL, estructura por dimensión y su significado

DIMENSIÓN	SIGNIFICADO
Elementos tangibles (instalaciones físicas)	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación
Confiabilidad	Habilidad de prestar el servicio prometido de forma precisa
Capacidad de respuesta	Deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida
Seguridad	Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados así como su habilidad para transmitir confianza al cliente
Empatía	Atención individualizada al cliente

Fuente: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>

La escala más conocida para la medición de la calidad del servicio es SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985; 1988), la cual ha sido aplicada al campo de los servicios de salud en numerosos estudios (Babakus, Mangold, 1992; Brown, Swartz, 1989; Carman, 1990; Walbridge, Selene, 1993; Bowers et al., 1994; Lee et al., 2000; Koerner, 2000; Tucker, Adams, 2001; etc.) estableciéndose así una diferencia entre el enfoque de servicios que enfatiza la perspectiva de los usuarios y el enfoque tradicional que se basa en la práctica médica. Por la naturaleza y el objetivo de éste estudio, la recopilación de información de las fuentes primarias referente a la calidad de los servicios se hizo aplicando el instrumento SERVQUAL, el que se ajustó agregando la dimensión de percepción del nivel del costo de servicio al paciente. El instrumento SERVQUAL se estructura por cinco dimensiones de calidad percibida: elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. El significado de cada uno de ellos que aparece en la Tabla 3.1 sirvió de base para adecuar el lenguaje técnico al lenguaje común usado por los usuarios de servicios médicos. Por ejemplo a la dimensión de elementos tangibles correspondió una traducción en términos de “instalaciones físicas” a partir de la cual se siguió en orden y forma cada uno de los conceptos que la conforman en el

instrumento SERVQUAL. Considerando que en este caso el elemento costo del servicio es clave para el usuario, se agregó dentro de las dimensiones en dos vertientes para efectos de comparación: la satisfacción percibida por los usuarios respecto al precio (al cual en la región se le denomina costo) del servicio en una institución pública de atención a la salud o una institución privada.

En el Anexo 1 se incluye al instrumento SERVQUAL utilizado en esta investigación, detallado a nivel pregunta por dimensión, e incluyendo la escala de valoración de las respuestas a partir de las cuales se construyeron los índices para identificar el nivel de aceptación de la calidad del servicio ofrecido por la institución participante en este estudio. Considerando que la recolección de datos, usando cuestionarios, resulta de gran utilidad para recabar información que conduzcan al conocimiento de las relaciones entre variables, particularmente para constructos no observables, como es el caso de la calidad, para la aplicación del SERVQUAL se definió una muestra de 332 pacientes seleccionados al azar en la unidad de análisis, para un nivel de confianza del 90% con un error estándar de 0.015, dadas las siguientes características:

- a. 2 turnos por día y 1 turno el sábado
- b. Consultorios 15 pacientes por consultorio/día/turno
- c. Un turno el sábado

En la unidad de análisis cuentan con 10 consultorios que trabajan en 2 turnos de lunes a viernes y en un turno los sábados, dando atención a 18 pacientes programados por turno, lo que resulta en una población atendida por semana de 1950 pacientes semanales que acuden a consulta externa al Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata (18 pacientes x 10 Consultorios = 180 pacientes x 2 turnos = 360 pacientes diarios de lunes a viernes = 1,800 pacientes entre semana + 150 pacientes de 1 turno en sábado = 1950), se desea conocer la percepción sobre la calidad de los servicios (variable cualitativa) de atención médica, por lo que se necesita saber la cantidad de pacientes que se deben entrevistar para tener información adecuada con un error estándar menor de 0.015 al 90% de confiabilidad. Para determinar el tamaño de la muestra por tratarse de datos cualitativos, en el análisis de fenómenos sociales, se usó la siguiente fórmula:

$$\eta = \frac{n'}{1 + n'/N}$$

Siendo

$$n' = \frac{s^2}{\sigma^2}$$

Sabiendo que:

$(\sigma)^2$ es la varianza de la población respecto a determinadas variables;

s^2 es la varianza de la muestra la cual se determina en términos de probabilidad como $s^2 = p(1-p)$;

se es el error estándar;

$(se)^2$ es el error estándar al cuadrado

en este caso:

$N = 1950$
$se = 0.015$
$(\sigma)^2 = (se)^2 = (0.015)^2 = 0.000225$
$s^2 = p(1-p) = 0.90(1-0.9) = 0.09$
Por lo que $n' = \frac{s^2}{(\sigma)^2} = \frac{0.09}{0.000225} = 400$
$n = \frac{n'}{1 + n'/N} = \frac{400}{1 + 400/1950} = 332$

3. Fuentes Documentales. Por último pero no menos importante, la elaboración del marco teórico requirió hacer investigación documental en fuentes impresas (libros, publicaciones oficiales y académicas) y en publicaciones disponibles en línea (Páginas Web) por medios electrónicos. Estos documentos ofrecen elementos de contenido a esta investigación. Para fines de análisis de las estrategias de administración de Capital de Trabajo se eligió el período 2000-2004 por el carácter sexenal de la Administración Pública estatal, el estudio de este período permite dar seguimiento a las estrategias de manejo de Capital de Trabajo en un período constante, por lo anterior, se aprecia que las fuentes son directas, documentales, en este caso registros contables institucionales de la unidad de análisis para esos años.

3.2.3 Métodos de Análisis de Resultados

Por el propósito de aplicar los conocimientos generados en el campo de la administración financiera y de la filosofía de calidad de los servicios, este trabajo es una investigación aplicada; por la clase de medios usados para obtener los datos es: documental y directa; atendiendo al nivel de conocimientos generados es de carácter explicativa, que procesa la información recolectada utilizando el método analítico en su modalidad gráfica y de contenido.

El análisis del contenido es el estudio de las declaraciones hechas por personas con la finalidad de evaluarlas y determinar los motivos del autor y los objetivos que persigue. Pinto y Grawitz (1967) han retomado la definición clásica de Berelson (1952), declarando que el análisis de contenido “es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, teniendo como fin interpretarlos”. El análisis del contenido depende de una información confiable y verdadera. El análisis de contenido cualitativo permite verificar la presencia de temas, de palabras o de conceptos en un contenido.

El análisis cuantitativo tiene como objetivo cuantificar los datos, de establecer la frecuencia y las comparaciones de frecuencia de aparición de los elementos retenidos como unidades de información o de significación. Los gráficos son resúmenes de datos que informan sobre las relaciones entre variables, tendencias y efectos, permiten descripciones de rangos y de la estabilidad de los datos, son una representación ordenada mediante símbolos.

La *gráfica*, así denomina Bertín (1987) a los gráficos científicos, constituye parte de un sistema de comunicación (el lenguaje gráfico), con propiedades similares a las del lenguaje oral y escrito. Los elementos formales empleados en los gráficos, así como su tipo y otras características, están condicionados por los objetivos del gráfico, la naturaleza y magnitud de los datos.

El análisis gráfico es una técnica de Análisis Descriptivo, útil cuando se dispone de datos numéricos en registros, consiste en presentar los datos en forma sistemática y resumida de tal manera que se posibilite su visualización, es útil cuando se buscan estructuras en

los datos, se quiere medir la asociación y la forma de relación entre variables, se desea determinar el grado de ajuste entre distribuciones, clasificar objetos, o cuantificar las formas y propiedades de las distribuciones (Tabla 3.2). En esta investigación, se usa el análisis gráfico para manejar los datos provenientes de los estados financieros y de las percepciones de calidad de los usuarios para estudiar las características de las estrategias de administración de Capital de Trabajo y la percepción de la calidad correspondiente.

Tabla 3.2

Elementos de un Gráfico

COMPONENTES	ELEMENTOS, PROPIEDADES
Título	Texto: tipo, estilo y tamaño. Otros elementos de realce.
	Ejes: proyección; número; divisiones (aritmética, logarítmica); marcas de división (principales y secundarias); rejilla de líneas de lectura; rótulos.
	Símbolos: geométricos e ideográficos: puntos líneas y superficies; color; trama; tamaño; orientación.
	Otros motivos de realce: flechas, recuadros...
Otras informaciones: fuentes, autor...	Texto: tipo, estilo y tamaño. Otros elementos de realce

Fuente: Bertín, J. (1987). *La gráfica y el tratamiento gráfico de la información*, Ed. Taurus, Madrid.

3.2.4 Análisis y Codificación de Resultados

Por ser una investigación de tipo cualitativo, y debido que también incluye un pequeño análisis de tipo cuantitativo al codificar los resultados que arrojó el SERVQUAL, se analizaron las descripciones de cada dimensión para ubicarlas en el fenómeno del estudio.

Las herramientas usadas para el Análisis Financiero forman parte de la disciplina del conocimiento denominada Administración Financiera, que se enfoca a la adquisición, financiamiento y administración de los activos de una organización (Van Horne & Wachowicz, 2002), en tres grandes dimensiones: las decisiones de inversión,

financiamiento y administración de activos. Este trabajo se ubica en el contexto de las decisiones para la administración de activos, en este caso el activo circulante que forma parte del Capital de Trabajo, sobre cuya administración estos autores enfatizan una mayor responsabilidad, el Capital de Trabajo que son el efectivo y los valores realizables, cuentas por cobrar e inventarios (Johnson & Melicher, 2000). Una de las herramientas de análisis financiero de uso mas frecuente es la que se basa en los estados financieros generados por una organización, de entre los cuales se consideran fundamentales: el balance general, el estado de resultados, el estado de utilidades retenidas y el estado de flujo de efectivo (Brigham & Huston, 2001). El balance general que presenta los activos, pasivos y capital de la organización en un momento en el tiempo, y el estado de resultados que presenta los ingresos y gastos de la organización para un período de tiempo, de ellos se obtiene información relacionada como el estado de las utilidades acumuladas, el estado de flujos de efectivo.

Para evaluar la condición y el desempeño financiero y verificar la salud financiera de una organización se usa el método de *Índices o Razones Financieras* que se subdividen en dos tipos: las que se refieren a la condición financiera de la organización en algún momento en el tiempo, llamadas *estáticas*, y segundo las que resumen el desempeño de la empresa en algún período en el tiempo, llamadas dinámicas, dentro de estas están las razones de liquidez que se utilizan para valorar la capacidad de la empresa para hacer frente a las obligaciones a corto plazo, lo que permite conocer la solvencia de efectivo y la capacidad de permanecer solvente de la empresa. El tema del Capital de Trabajo tiene una vertiente denominada Capital de Trabajo Neto, formado por el activo circulante menos el pasivo circulante (Van Horne & Wachowicz, 2002), esta perspectiva de análisis se amplía por Gámez, Banda y Tirado (2004), quienes haciendo aplicaciones prácticas de diversos modelos de investigación de operaciones, hacen propuestas para la administración de efectivo.

3.3 Descripción de la Unidad de Análisis

El presente Estudio de Caso toma como Unidad de Análisis al Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata Unidad Hospitalaria de segundo nivel de atención en Ciudad Victoria, Tamaulipas.

3.3.1 El Concepto de Unidad Hospitalaria

Asenjo (2001) señala que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define el hospital como *parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico – sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación.* Según Barquín (2003) una Unidad Hospitalaria de segundo nivel de atención debe disponer de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el nivel; para ello se debe contar con capacidad para lo siguiente:

a. Atender y resolver problemas medicoquirúrgicos en el 12% de los casos que requieren técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo de personal capacitado y con experiencia y equipo adecuado. En este nivel se encuentran hospitales cuyo número de camas censables se calcula según la demanda, el porcentaje de ocupación y el promedio de estancia de los pacientes.

b. Atender y resolver problemas ambientales en aspectos de control y vigilancia, para evitar daños directos a la salud debidos a agentes patógenos y sustancias tóxicas. También deben organizarse los recursos necesarios para efectuar acciones de ordenamiento urbano y ambiental en campos que sean responsabilidad del ministerio o Secretaría de Salud, como el control de fuentes contaminantes por humos y polvos, desperdicios industriales, eliminación de desechos y vigilancia en el saneamiento en sitios de reunión, baños públicos y sanitarios, expendios de alimentos y bebidas.

c. Según la información generada por el sector, realizar la función de vigilancia epidemiológica y establecer los subsistemas necesarios para tener conocimiento oportuno de los daños a la salud, precisar sus dimensiones, profundizar en el conocimiento de sus variables y establecer las medidas adecuadas de atención a los individuos y el ambiente conforme a los problemas detectados. De acuerdo con Barquín (2003) en este nivel se suman las acciones y recursos de la estructura de la salud pública en un área geográfica, para lo cual se requieren servicios de coordinación, dirección y control. Esto representa la integración de un nivel administrativo cuyo número de recursos y población por atender sea acorde con el nivel operativo regional. Sin embargo, es necesario enfocar con

flexibilidad la diferenciación entre segundo y tercer nivel, pues los recursos humanos de especialidad médica no tienen formación diferente alguna para funciones en uno u otro nivel; por tanto, si se dispone del equipo necesario en un segundo nivel, a veces se resuelven problemas del tercero, o viceversa.

Por su *tamaño y capacidad* de atención se distinguen dos tipos de unidades.

1. Hospital general con 30 o más camas censables para atención médica de segundo nivel, con base en un indicador de una cama por 1,000 habitantes en el caso de población usuaria concentrada menos de 30,000 habitantes, y de población dispersa que se encuentre dentro del área correspondiente a una isócrona de traslado de un máximo de una hora por los medios habituales de transporte.

2. Dirección y administración general.

- a. Vigilancia epidemiológica.
- b. Control sanitario ambiental.

La creación y operación en un hospital general para la atención médica de segundo nivel se basa en los siguientes criterios:

Un hospital general tiene los servicios hospitalarios de medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, y además debe contar con elementos humanos y equipo para resolver problemas en consulta externa de oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y urgencias; en algunos casos, internar pacientes de las especialidades mencionadas, sobre todo cuando se dispone de recursos humanos y materiales adecuados.

Según la experiencia de las instituciones de atención médica en México, el servicio ambulatorio de segundo nivel representa 12% de las consultas, conforme a la siguiente distribución de atenciones por especialidad:

- Medicina interna	1.0%
- cirugía interna	2.0%
- pediatría	1.0%

- gineco-obstetricia	2.5%
- oftalmología	1.5%
- otorrinolaringología	1.5%
- dermatología	2.5%
Total:	12% de consultas en todo el sistema

3.3.2 Unidad de Análisis: Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata

Identificación Oficial de la Unidad

Servicios de Salud de Tamaulipas

Hospital General de Cd. Victoria, “Dr. Norberto Treviño Zapata”

Dirección: Boulevard Fidel Velásquez No. 1845 Ote. entre las calles Pamoranés y Flores Magón Col. Revolución Verde C.P. 87024

Teléfonos: (01-834) 314 40 00, 314 4005, 316 2137 y 3162197

Categoría: Unidad de atención médica de 2º y 3º nivel

Licencia Sanitaria No. 1003762

Licencia de la dirección de Protección y riesgo sanitario No. 923211

Cobertura

Hospital general de especialidades que por su ubicación geográfica, equipamiento tecnológico de punta y recursos humanos es considerado de referencia estatal, cubriendo a su vez la necesidad de atención médica de la zona de la Jurisdicción sanitaria No. 1.

Valores Organizacionales

- Vocación de servicio
- Calidez
- Responsabilidad
- Trabajo en equipo
- Honestidad
- Eficacia

- Compromiso
- Lealtad

Política de calidad

En el Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata es una institución comprometida a satisfacer las necesidades de salud en nuestra población sobre la base de trabajo en equipo con espíritu de servicio y capacitación permanente para lograr la mejora continua.

Supraestructura

El organigrama esta adecuado de acuerdo al manual de organización de las unidades hospitalarias de segundo nivel de tipo “Línea – Staff”; con una Dirección dependiente directamente de la Secretaria de Salud Estatal; y en quien recae la responsabilidad del buen funcionamiento del Hospital constituye el nivel estratégico. De la Dirección dependen la Subdirección Administrativas (área adjetiva) y médica (área sustantiva) que constituyen el nivel táctico de las cuales dependen los departamentos médicos, los servicios de apoyo y paramédicos que conforman el nivel operativo.

1. CAMAS CENSABLES: para la atención a los usuarios cuenta con *123 y 56 no censables*.
2. ORGANIGRAMA: (Diagrama 3.2)

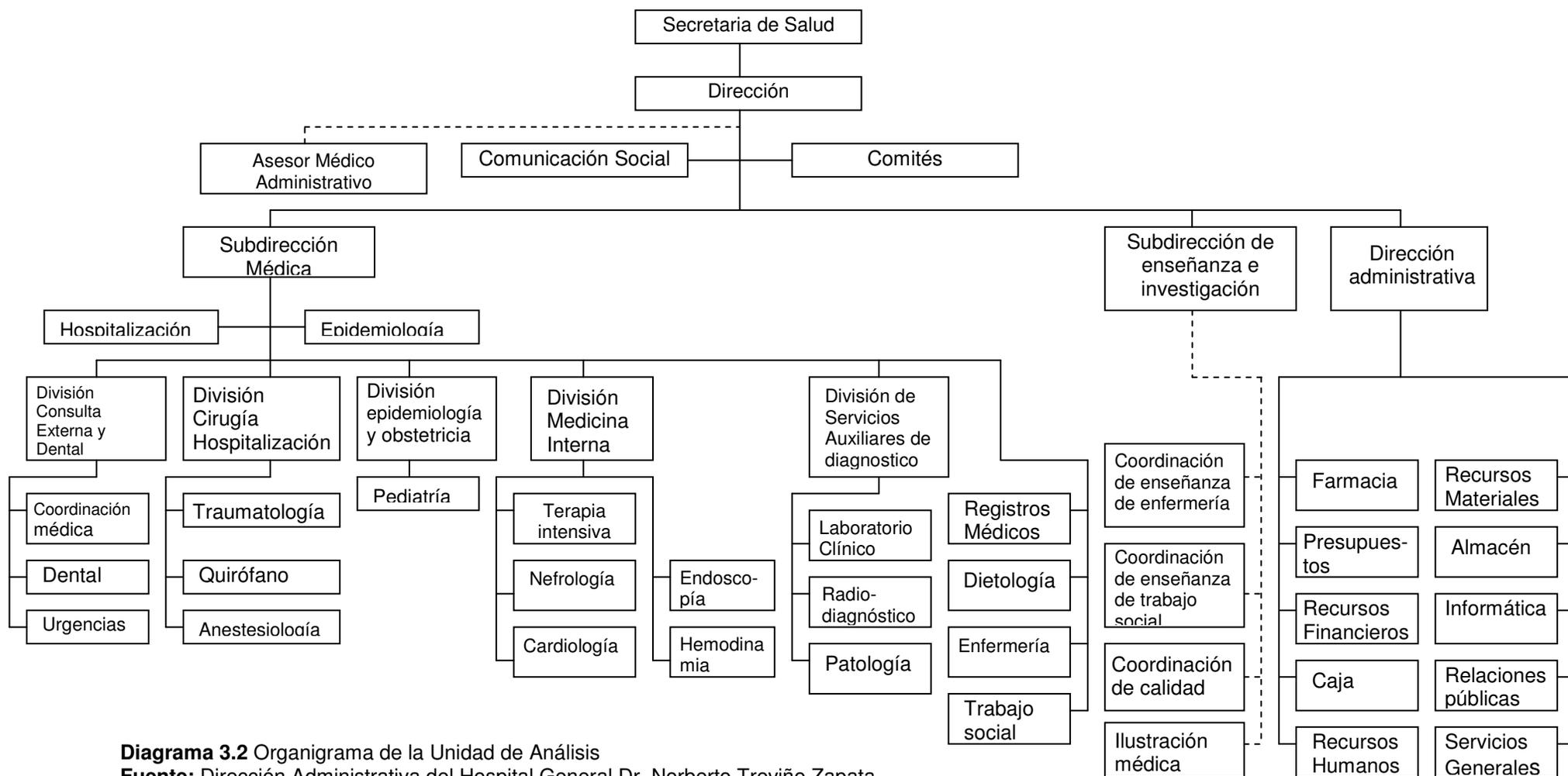


Diagrama 3.2 Organigrama de la Unidad de Análisis
Fuente: Dirección Administrativa del Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata

La problemática delimitada para este estudio se presenta en el Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata de Ciudad Victoria, Tamaulipas, según la opinión de usuarios internos y externos de los servicios hospitalarios sobre:

1. Escasez de recursos
2. Malas prácticas administrativas (Manejo de proveedores, cuentas por cobrar, caja, almacén)
3. Deficiente normatividad de cobro
4. Maltrato a los usuarios de servicios

Lo que conduce a:

1. Falta de medicamentos, material de curación, de radiología, etc.
2. No aprovechar el uso de inventarios del proveedor de materiales y medicamentos
3. Baja satisfacción del usuario interno
4. Baja satisfacción del usuario externo
5. Conductas inadecuadas del personal
6. Instalaciones en mal estado

Estas condiciones se identificaron a través de preguntas directas 332 usuarios de los cuales se obtuvo respuestas cerradas y estructuradas del instrumento SERVQUAL, se consideran respuestas por elección predefinida que se muestran en el siguiente capítulo de ésta investigación.

Es relevante mencionar que un hospital puede tener una excelente y moderna infraestructura y equipo médico, los más destacados médicos, químicos, enfermeras, trabajadores sociales, y en general el capital humano más profesional en el ámbito de los servicios de salud, sin embargo, una deficiente administración del Capital de Trabajo deteriora totalmente la imagen hospitalaria, generando una total y absoluta inconformidad en los usuarios de servicios de salud, impidiendo alcanzar el objetivo prioritario de la gestión hospitalaria.

Capítulo IV. Análisis de resultados

En el desarrollo de esta investigación se han abordado dos estrategias metodológicas para dar respuesta a las preguntas de investigación. El trabajo realizado para conocer la percepción de la calidad del servicio en la unidad hospitalaria por parte de los usuarios requirió llevar a cabo una estrategia en campo teniendo directamente a los usuarios como fuente de información respecto a su percepción sobre la calidad del servicio proporcionado por la institución. Esta estrategia implicó utilizar la aplicación del instrumento SERVQUAL para transformar información cualitativa a información cuantitativa susceptible de ser analizada a través de la construcción de un índice y de ser expresada mediante gráficos. Los resultados correspondientes a esta fase del análisis se presentan en el inciso 4.1 de este capítulo.

La segunda estrategia de análisis se aplicó a la vertiente de Capital de Trabajo, como el elemento que soporta los recursos que la institución requiere y administra para prestar un servicio de salud que debe ser percibido como de calidad por el usuario. Para ésta estrategia el instrumental analítico utilizado se orienta hacia las técnicas cuantitativas de análisis e interpretación de estados financiero, cuyas fuentes de información son los registros contables de la institución condensados en sus estados financieros, éstos resultados se presentan en el inciso 4.2.

Al conjuntar los dos elementos: percepción de la calidad del servicio (cualitativo) con administración del Capital de Trabajo (cuantitativo) se obtienen los dos elementos de análisis a contrastar en la búsqueda de una interpretación que explique las estrategias de administración del Capital de Trabajo y su efecto en la percepción de la calidad de servicios y que ayude a la construcción de un modelo que optimice el manejo del recurso y a la vez contribuya a aumentar la percepción de la calidad del servicio ofertado, como se presenta al final de este capítulo en el inciso 4.3.

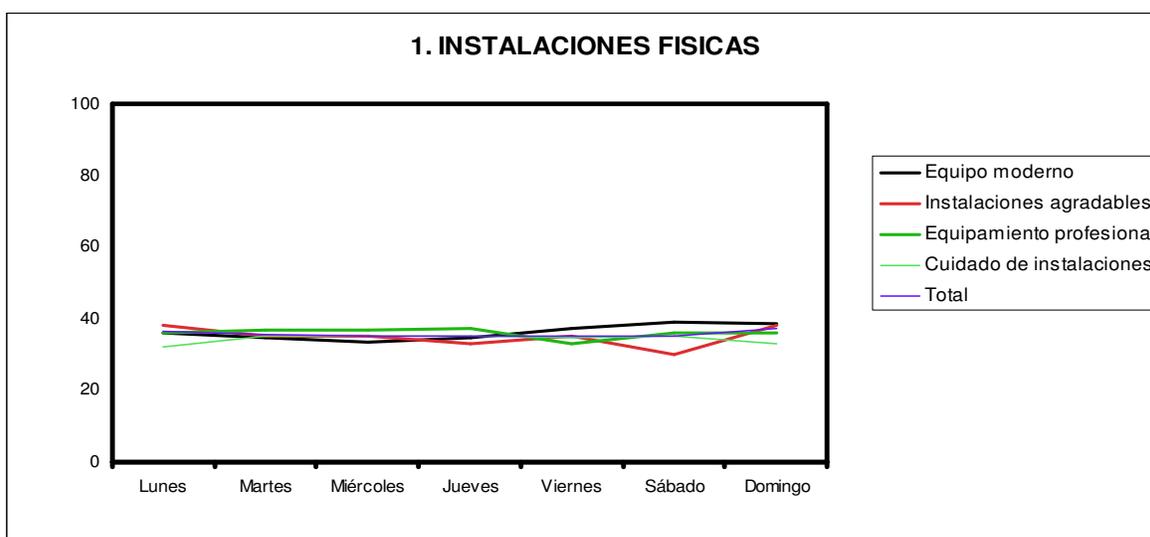
4.1 Percepción de la Calidad del servicio prestado en la Unidad de Análisis

En las gráficas siguientes se presentan los resultados de esta primera exploración

realizada en los usuarios que accedieron a responder el instrumento utilizado para la recopilación de información según lo descrito en el Capítulo III, lo anterior en función de la atención recibida en esta unidad hospitalaria. Los resultados se procesaron construyendo una matriz de consolidación de información haciendo posible el análisis de los resultados clasificados de acuerdo a las dimensiones del SERVQUAL.

4.1.1 Instalaciones físicas

Dimensión Elementos Físicos. Las gráficas sobre los componentes de esta dimensión: equipo moderno, cuidado de las instalaciones, instalaciones agradables y equipamiento en general muestran un resultado de deficiencias en la calidad, siendo contundente la baja percepción de instalaciones agradables, en otro extremo las opiniones reconocen casi en un 40% que el equipo con que cuenta la instalación es moderno, que impiden una valoración positiva de la calidad del servicio ofrecido.



Gráfica 4.1 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Instalaciones Físicas

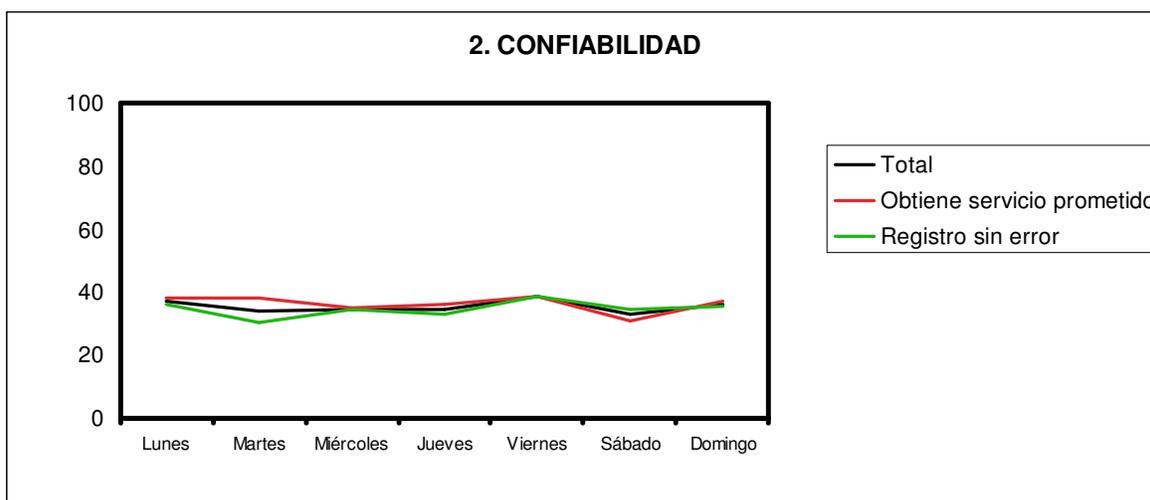
Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

En lo general se observa que los reactivos se agrupan en un rango pequeño de entre 35% y 42%, revelando la necesidad de dar atención al cuidado y mantenimiento de la infraestructura de la institución. Esta dimensión se relaciona ms con los gastos de mantenimiento programables anualmente, que se vincula con el Capital de Trabajo

requerido para la operatividad de la institución.

4.1.2 Confiabilidad

En términos de la dimensión de confiabilidad en el servicio prestado, las respuestas recabadas reflejan una insatisfacción respecto al servicio prometido y el registro sin error, estos elementos se expresaron en términos de entrega de resultados de laboratorio, horarios de citas, tiempos de espera y en ocasiones confusión en la administración de información de carácter administrativo de servicio al paciente.



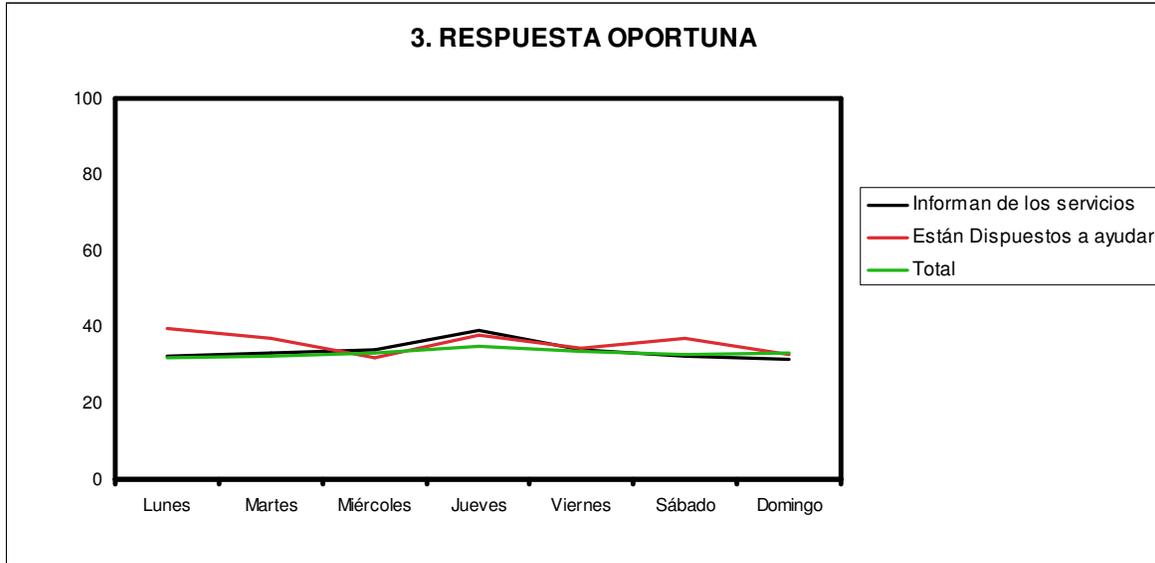
Gráfica 4.2 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Confiabilidad

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

Esta dimensión se encuentra en el rango más cercano a la cobertura de expectativas del usuario, sin embargo presenta una marcada variación en lo referente al registro sin errores, elemento que podría ser atendido y solventado a través de la implementación de estrategias tipo outsourcing (medicamentos) o manejo adecuado de proveedores, servicios de laboratorio con personal especializado en dichas funciones.

4.1.3 Respuesta oportuna

En esta dimensión se refleja una valoración de falta de información y mala calidad de las orientaciones respecto a los servicios que presta la unidad hospitalaria, siendo esto una oportunidad de mejora inmediata.



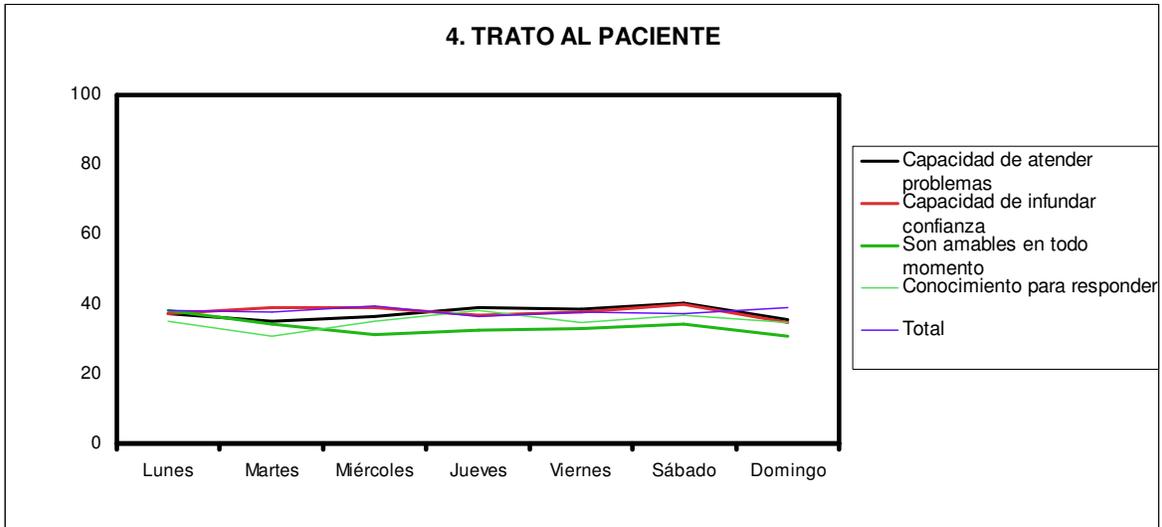
Gráfica 4.3 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Respuesta Oportuna

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

Es importante resaltar las diferencias reflejadas en los resultados obtenidos a través de la encuesta, en esta gráfica se observa que los dos elementos de respuesta oportuna muestran diferente posición por día a pesar de que se mueven entre el rango del 32% al 40%, encontrándose casi un consenso en el día sábado, el elemento con menor valoración fue la información proporcionada a los usuarios, siendo esto solventable de manera inmediata con una política de comunicación.

4.1.4 Trato al paciente

Los resultados en esta dimensión se muestran desalentadores en la capacidad de infundir confianza, habiendo resultados variables respecto al trato amable de los responsables de la prestación del servicio, es claro que se requieren mejoras en la actitud particularmente por tratarse de un servicio en las que el usuario se presenta en condiciones vulnerables por su salud.

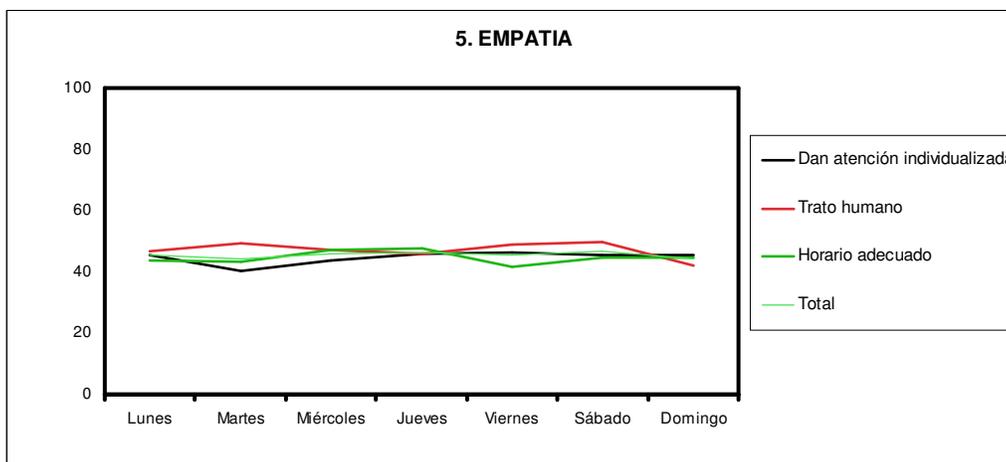


Gráfica 4.4 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Trato al Paciente
Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

La codificación de la información de esta dimensión refleja una tendencia de satisfacción con alta posibilidad de mejora, mostrando un índice mayor al 30%, que resulta fácilmente sostenible y superable a través de la implementación de un programa de adiestramiento al personal que incluya la capacitación por parte de su departamento de Recursos Humanos.

4.1.5 Empatía

En relación a la evaluación de la dimensión de empatía los resultados emitidos correspondieron a solo dos temas que son la calidad de la atención individualizada recibida y el horario de atención ofrecida por la institución, revelando una dominante insatisfacción en cuanto al horario disponible y la atención individualizada orientada a la falta de atención prioritaria a las personas en estado de gravedad.

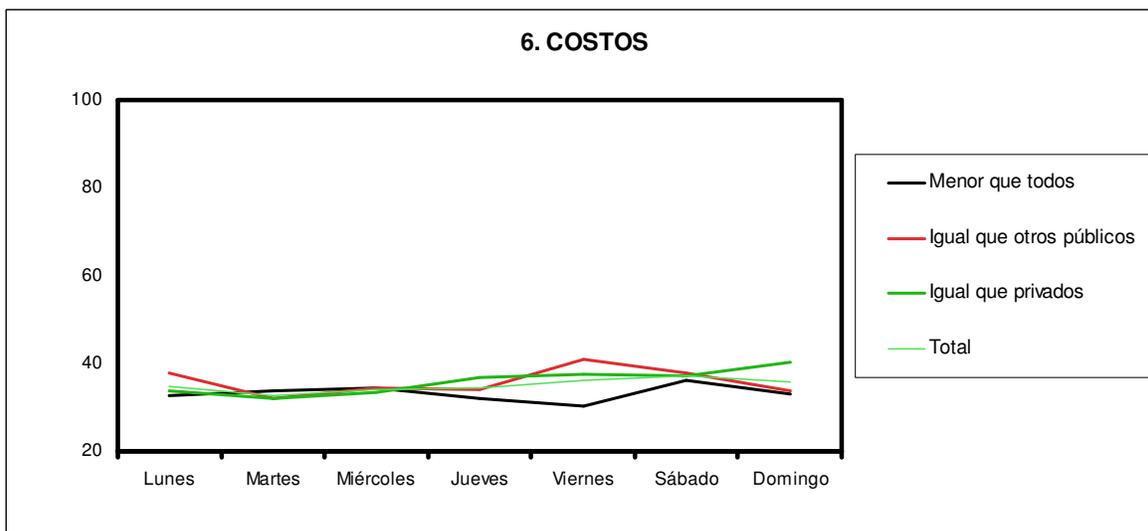


Gráfica 4.5 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Empatía

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

De esta forma refleja una oportunidad de mejora en relación a la empatía percibida por los usuarios de los servicios, siendo la mejor evaluada el trato humano recibido y la calificación más baja determinada en esta dimensión corresponde al horario adecuado.

4.1.6 Costos



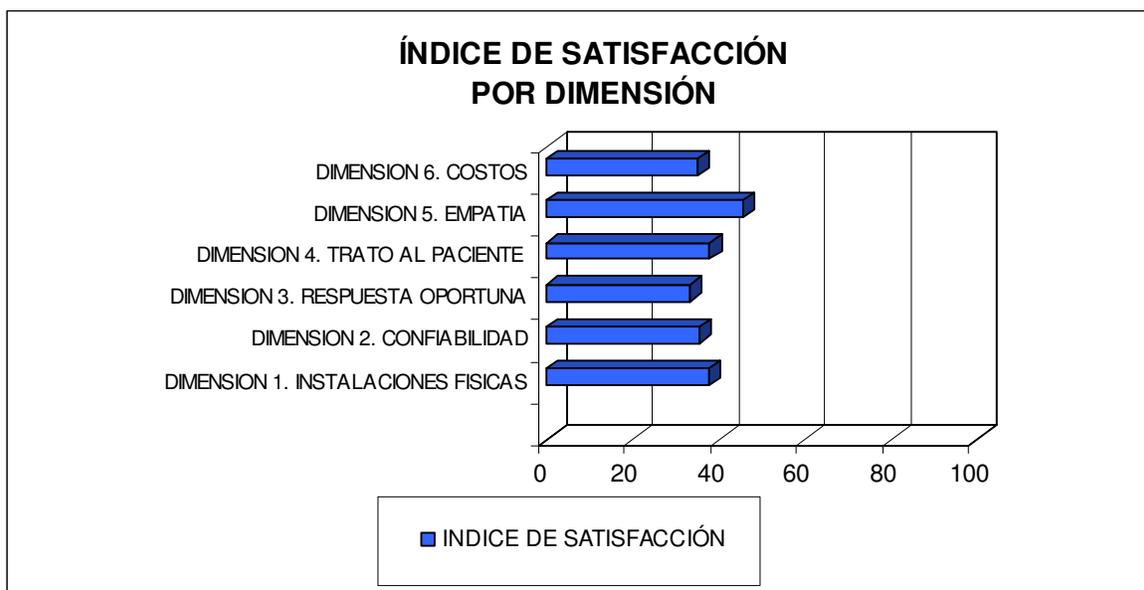
Gráfica 4.6 Percepción de calidad de los pacientes en la Dimensión de Costos

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

La información se concentra en la preguntas de costos igual que otros servicios públicos o

igual a instituciones privadas, en el primer punto se manifestó un dominio total de que el costo es igual que en otras unidades públicas de salud, mientras que los usuarios consideran que de ninguna manera es igual que el de instituciones privadas, este reconocimiento constituye una ventaja que podría ser aprovechada para impulsar la percepción de la calidad de los servicios.

Considerando la información resultante sobre la percepción de la calidad sobre el servicio de la unidad de análisis en las condiciones prevaletientes de administración de Capital de Trabajo se observa un rango de entre un 35% y 45% de satisfacción en las cinco primeras dimensiones, bajando hasta el 30% en la dimensión de costo de servicio al paciente, la calidad concebida según la cobertura de las expectativas del cliente implicaría resultados en los rangos del 90% al 100%, brecha que señala una importante área de mejora para la institución hospitalaria, que podría ser atendida mediante la Administración del Capital de Trabajo bajo un modelo operativo que impulse acciones orientadas a mejorar cada una de las dimensiones de la calidad.



Gráfica 4.7 Índice de satisfacción por dimensión

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

En términos generales la información recabada, plantea una percepción de calidad con índices ligeramente mayor al 40% en la dimensión de instalaciones físicas y una empatía menor al 30%, sin embargo las restantes dimensiones se perciben con un alto índice de

insatisfacción llegando al 4.7% en la dimensión costos por lo que los datos resultan desalentadores.

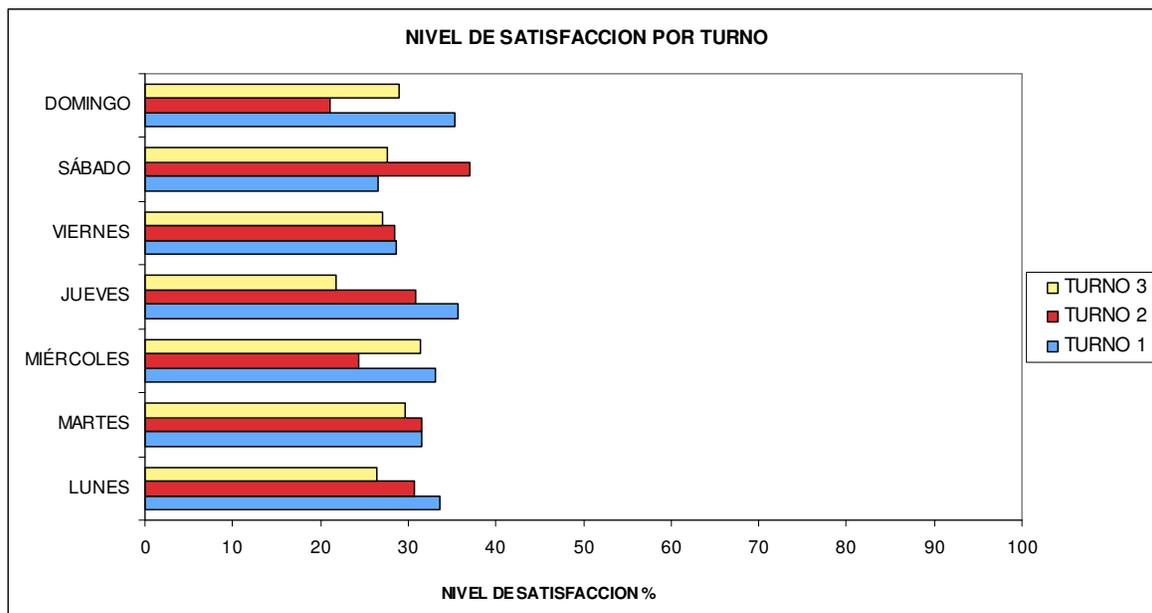
Las dimensiones 1 y 5 fluctúan en un 35 y 45%, siendo la dimensión de costos la de más baja valoración quedando de manera constante en todos los días de observación de los usuarios encuestados en un 30%, lo cual indica que las expectativas no están cubiertas.

Esta información da respuesta a la pregunta de investigación relacionada con la percepción de la calidad de los servicios bajo las condiciones actuales de administración de Capital de Trabajo.

En el Anexo 2 *Matriz de Consolidación de Encuestas*, se presenta la información de las gráficas descritas anteriormente.

Estos resultados sustentan la respuesta de la pregunta de investigación relacionada con la percepción del servicio prestado por la institución de salud analizada. Los datos revelan que la apreciación fluctúa entre un rango del 30% y el 45%, encontrándose diferencias en dichas dimensiones, dentro de las cuales la percibida como la menos eficientes es la de costos y la de mayor calidad es la de trato al paciente, estos resultados permiten inferir que se carece de una política de calidad en la institución y que ésta es de carácter espontáneo, destacando la alta valoración del trato humano y mostrando asimetrías con la calidad de la infraestructura existente a pesar de que es uno de los argumentos más utilizados, en estos casos en los que se hace evidente que es una consecuencia de la escasez de recursos o su incorrecta aplicación o bien que la calidad podría elevarse si se asignaran más recursos a los conceptos pertenecientes a las dimensiones evaluadas con resultado más negativo en relación con la percepción de los usuarios de la calidad del servicios prestado, en dónde la administración del Capital de Trabajo mediante un enfoque dirigido hacia el mejoramiento del servicio podría contribuir a elevar los indicadores de calidad en el servicio ofrecido.

4.1.7 Nivel de Satisfacción por Turno

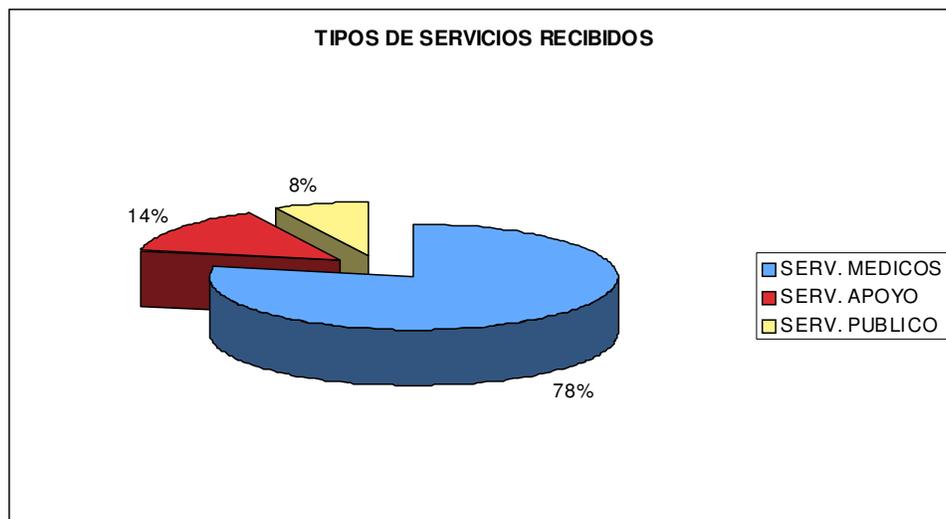


Gráfica 4.8 Nivel de satisfacción de los pacientes por turno

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

Los instrumentos utilizados abarcan información de usuarios de los servicios de la unidad hospitalaria en términos de servicios públicos como el estacionamiento, cafetería, sala de espera, mientras que los servicios de apoyo se relacionan con farmacia y laboratorio, los servicios médicos se relacionan con la consulta y los servicios administrativos, en este sentido los resultados muestran una importante brecha de satisfacción entre la percepción del nivel de calidad y la expectativa que tienen los usuarios acentuándose en el área de servicios públicos.

4.1.8 Nivel de Satisfacción por tipo de Servicio Recibido



Gráfica 4.9 Nivel de satisfacción de los pacientes según el tipo de servicio proporcionado

Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento de evaluación de la percepción de la calidad del usuario.

El instrumento SERVQUAL aplicado recabó la información de usuarios con una distribución muestral correspondiente a un 78% de usuarios de servicios médicos, un 14% de usuarios de servicios de apoyo y un 8% en usuarios de servicios públicos. Cubriendo así, a cada uno de los servicios ofrecidos por la unidad hospitalaria.

Dados los resultados de la aplicación del SERVQUAL para la medición de la percepción de la calidad de los servicios ofrecidos por la Unidad de Análisis, se da respuesta a la pregunta de investigación, identificando una brecha del 60% en relación a las expectativas del usuario y el servicio recibido, dando esto una oportunidad de mejora a través de recursos generados por la implementación de un modelo estratégico de administración de Capital de Trabajo.

4.2 Análisis de la Gestión Financiera

Con la premisa de identificar las características de la estrategia de administración del Capital de Trabajo que predomina en las instituciones hospitalarias del sector público representadas en esta investigación por la unidad de análisis, se efectuó el estudio de los componentes de dicho concepto (inventarios, cuentas por cobrar, cuentas por pagar y proveedores) haciendo uso de los estados financieros proporcionados por la

Administración de la Institución, con información de un periodo de cinco años que pueden ser observados en el Anexo 4.

Como se ha venido comentando en el Marco Teórico, en la parte concerniente a la Teoría de Administración del Capital de Trabajo la correcta gestión de sus componentes tiene una relación directa con la satisfacción de los usuarios en la calidad de los servicios que reciben en las unidades hospitalarias. Por lo que en este apartado se presenta un análisis de la gestión financiera que como fue descrita en el Marco Teórico consiste en la evaluación de la eficiencia con la que se administran los recursos económicos, concretamente los componentes del Capital de Trabajo por lo que se presenta la determinación del mismo como se muestra en la Tabla 4.1, esta determinación del Capital de Trabajo se realiza sumando a las cuentas por cobrar los inventarios, lo que representaría el activo circulante y restando las cuentas por pagar (pasivo circulante), en consecuencia:

Tabla 4.1

Determinación del Capital de Trabajo para el Hospital Dr. Norberto Treviño Zapata por los años de 2000 al 2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Cuentas y documentos por cobrar	18,943,451.85	15,508,230.60	22,145,670.21	18,983,441.15	19,491,554.71
Almacén	2,490,256.72	2,970,554.65	2,947,260.59	3,223,173.77	5,820,833.64
TOT. AC. CIRCULANTE	21,433,708.57	18,478,785.25	25,092,930.80	22,206,614.92	25,312,388.35
Proveedores	3,162,452.08	5,181,759.26	9,025,134.50	9,248,981.48	23,196,671.11
Cuentas por pagar	6,427,847.26	7,721,820.67	4,880,682.65	4,869,044.81	3,081,139.35
TOT. PAS. CIRCULANTE	9,590,299.34	12,903,579.93	13,905,817.15	14,118,026.29	26,277,810.46
CAPITAL DE TRABAJO	11,843,409.23	5,575,205.32	11,187,113.65	8,088,588.63	(965,422.11)

Fuente: Elaboración propia en base a Johnson 2000, utilizando información de la Unidad de Análisis.

Para efecto de determinar una posible necesidad de recursos financieros (efectivo) se tiene que restar al periodo de pago a proveedores (cuentas por pagar) la sumatoria del

periodo de cobro a clientes, cuentas por cobrar y el periodo de permanencia de inventarios, la diferencia representará la necesidad de recursos financieros (efectivo) derivada de una desincronización del ciclo de operación.

Una vez determinado el Capital de Trabajo es fundamental analizar el flujo de efectivo, por lo que, siguiendo la metodología de análisis de información contable, se calcula el mismo para la unidad de análisis por los años 2000 a 2004, presentando en la Tabla 4.2 los resultados:

Tabla 4.2

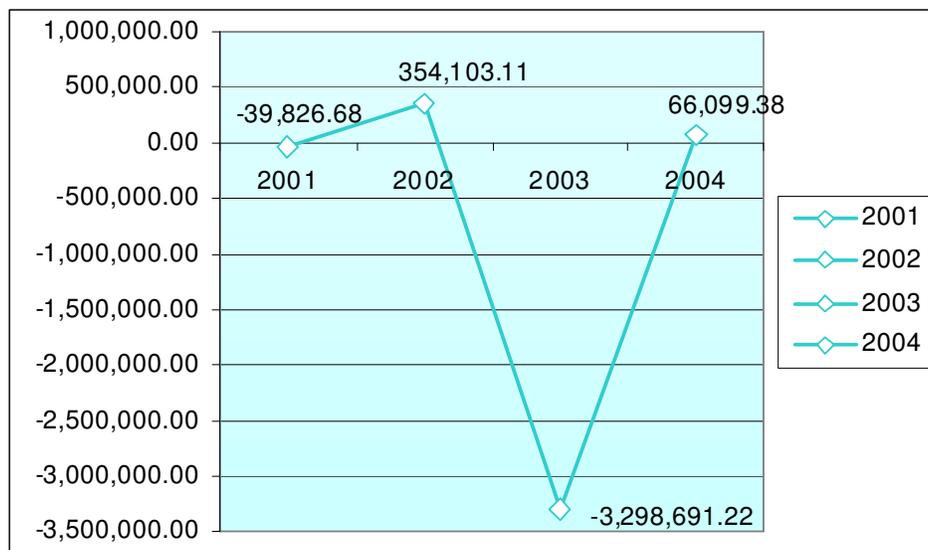
Estado de flujo de efectivo comparativo para el Hospital Dr. Norberto Treviño Zapata por los años de 2001 al 2004

Flujo de efectivo comparativo

	2001	2002	2003	2004
Utilidad del ejercicio	13,171,579.19	4,587,018.94	7,326,364.26	-1,366,274.93
(+/-) RECURSOS DE OPERACIÓN	5,413,859	(4,758,983)	2,759,448	9,264,197
Cuentas y doc. por cobrar	3,435,221	(6,637,440)	3,162,229	(508,114)
Deudores diversos	60,301	(20,592)	(85,178)	72,127
Anticipo a proveedores	(914,646)	873,517	(253,900)	138,059
Almacén	(480,298)	23,294	(275,913)	(2,597,660)
Proveedores	2,019,307	3,843,375	223,847	13,947,690
Ctas. Por pagar	1,293,973	(2,841,138)	(11,638)	(1,787,905)
(+/-) REC. DE INVERSIÓN	(21,745,948)	(568,341)	(1,296,783)	(1,523,955)
Activo Fijo	(21,745,948)	(568,341)	(1,296,783)	(1,523,955)
(+/-) REC. DE FINANCIAMIENTO	8,217,089	14,265,987	(7,500,701)	1,018,497
Acreedores diversos	(1,726,410)	465,865	1,997,505	(898,048)
Patrimonio	10,127,842	569,465	1,293,489	16,756,257
Resultado ejercicios anteriores	(184,343)	13,230,656	(10,791,695)	(14,839,712)
SUMA	5,056,579	13,525,682	1,288,328	7,392,464
(+/-) Resultado Ejercicio Anterior	5,096,406	13,171,579	4,587,019	7,326,364
(=) Variación de Efectivo	-39,826.68	354,103.11	-3,298,691.22	66,099.38

Fuente: Elaboración propia en base a Normas de Información Financiera IMCP 2005, utilizando información de la Unidad de Análisis.

Continuando con el Capital de Trabajo y considerando las cifras que arrojan los estados financieros disponibles en la unidad de análisis, fue posible estructurar un estado de flujo de efectivo que permite conocer precisamente el comportamiento de la liquidez por medio del origen y aplicación de los recursos de operación, de financiamiento y de inversión, que sumando o restando el resultado del ejercicio del periodo anterior nos permite determinar la variación que se muestra en la Gráfica 4.10:



Gráfica 4.10 Comportamiento del flujo de efectivo
Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el análisis del comportamiento del flujo de efectivo refleja la ineludible necesidad de eficientar la administración del Capital de Trabajo que es reconfirmada a través del análisis individual de cada uno de los componentes del Capital de Trabajo.

Es relevante mencionar que en la bibliografía de Johnson (2000) y de Van Horne & Wachowicz (2002) de análisis financiero respecto a indicadores se observa que cuando hacen referencia a comportamientos de cuentas por cobrar o inventarios con respecto a ingresos o costos sólo hacen referencia a presunciones porcentuales de la parte de ingresos que es a crédito, ó el porcentaje de la incobrabilidad y a partir de esa información determinan razones financieras como: razón de liquidez, días cuentas por cobrar, días inventarios o días proveedores. Pero con el objetivo de poder generar datos fidedignos en la investigación que se desarrolla, se ha considerado proponer indicadores

que nos muestren información más real sobre el comportamiento financiero del Capital de Trabajo del hospital. Para lo anterior se propone hacer un análisis del Capital de Trabajo relacionando resultados del Estado de Flujo de Efectivo con las cuentas de Balance para determinar la variación real en el flujo de efectivo evidenciando su origen y su aplicación en los componentes del Capital de Trabajo. A continuación se presenta un análisis con indicadores, sobre el comportamiento en cada periodo analizado.

Tabla 4.3

Análisis concentrado de variaciones porcentuales en los elementos del Capital de Trabajo del Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata por los años de 2001 al 2004

RAZÓN	2001	2002	2003	2004
<u>Cobranza E.F.E.</u> Cuentas por cobrar B.G. (=)	18.13%	42.80%	14.28%	2.68%
<u>Almacén E.F.E.</u> Almacén B.G. (=)	19.29%	0.78%	9.36%	80.59%
<u>Proveedores E.F.E.</u> Proveedores B.G. (=)	63.85%	74.17%	2.48%	150.80%
<u>Cuentas por pagar E.F.E.</u> Cuentas por pagar B.G. (=)	20.13%	36.79%	0.24%	36.72%
<i>Nota:</i> E.F.E. = Estado de Flujo de Efectivo B.G. = Balance General				

Fuente: Elaboración propia

En el Anexo 3 se presentan los análisis anuales detallados que se utilizaron para conformar la presente tabla de análisis concentrado

Dado el análisis anterior se reconfirma la necesidad de una nueva estrategia de administración de los recursos, y considerando que para fines del cálculo de la posible necesidad de apoyo gubernamental o bien del requerimiento de la generación de pasivo a corto plazo se parte del concepto de Capital de Trabajo mismo que se refiere a tal necesidad pero expresada en unidades monetarias y para un periodo determinado haciendo los siguientes señalamientos en cada uno de sus elementos con la finalidad de comprender las características de su administración:

4.2.1 Cuentas y Documentos por Cobrar

La aplicación de recursos de Capital de Trabajo destinados a financiar los desfases e infrecuencia en la cobranza son de relevante importancia.

El análisis de Cuentas por cobrar realizado, basado en las razones de solvencia propuestas, muestra para el 2001 que se logró la cobranza de \$3,435,221.25 representando un 18% de la deuda acumulada de nuestros clientes, para el 2002 este rubro incrementó su saldo en \$6,637,439.61 manifestando un crecimiento en sus Cuentas por cobrar del 42%, para el año 2003 se logró una cobranza de \$3,162,229.06 que generó un flujo efectivo positivo para la Unidad de Análisis pero que representa un índice de cobranza del 14%, indicador que resulta aun menor que el del año 2001 en el que se había recuperado un 18%, esto evidencia un problema de eficiencia en la cobranza que se agudiza para el año 2004 en el que se recuperaron \$508,113.56 siendo este monto el correspondiente al 3% del total de cuentas y documentos por cobrar acumulado a ese año.

Dado este análisis se puede concluir que de los cinco años utilizados para el análisis en base a razones de solvencia presentan un índice de cobranza que oscila entre el 3% y el 18% reflejando un defecto en la cobranza que va desde el 97% al 82%, demostrando que existe la urgente necesidad de eficientar la administración de este rubro.

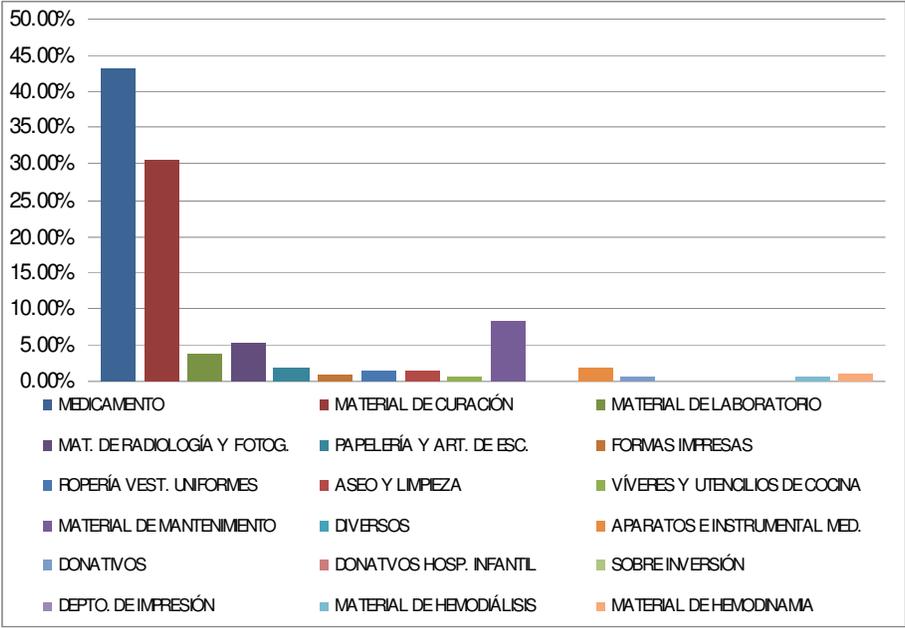
4.2.2 Inventarios

La Unidad de Análisis maneja el rubro de inventarios bajo el nombre de almacén, este elemento es de vital importancia al realizar un análisis financiero, por lo que se presenta el resultado de su análisis en base a razones de solvencia.

Para el año 2001 la inversión en almacén creció en \$480,297.93 representando un 19% más que la inversión en almacén del año anterior; de manera contrastante para el año 2002 la cuenta de almacén disminuyó en \$23,294.06 que significa que generó un flujo efectivo positivo para la solvencia de la Unidad de análisis pero que dadas las características y montos del rubro no puede ser considerado como un logro de la buena

administración de la cuenta; para el 2003 aumentó su saldo por \$275,913.18 en un índice del 9% mayor al ejercicio anterior, que de igual forma ocurre para el 2004 donde la inversión creció hasta \$5,820,833.64 lo que requirió la aplicación de recursos por \$2,597,659.87 debido a esta decisión de aplicación de efectivo en recursos de operación se ve comprometida la solvencia de la Unidad de análisis, y evidencia la necesidad de la mejora en su administración.

De manera complementaria al análisis en base a razones de esta cuenta se presenta el análisis comparativo del comportamiento del almacén de inventarios de la unidad de análisis (Gráfica 4.11), dicha gráfica muestra la aplicación de la Ley Pareto en la que el 22% de los grupos de inventario presenta una demanda del 82.68% mientras que el 78% del inventario solamente tiene un 17.32% de movimiento. En el Anexo 5 se presenta la información corporativa del comportamiento de almacén general del Hospital Dr. Norberto Treviño Zapata al cierre de los ejercicios 2001 al 2005.



Gráfica 4.11 Análisis del comportamiento del almacén
Fuente: Elaboración propia

4.2.3 Proveedores

Los proveedores son otro componente crucial dentro de la Administración de Capital de Trabajo, su buena administración puede permitir la holgura en la utilización de los

recursos financieros además de facilitar las operaciones de negociación de costos, cuando se realiza su correcta gestión.

Una vez descrita brevemente su importancia, se presenta el resultado de las razones de solvencia aplicadas al periodo estudiando en la Unidad de análisis.

Para el año 2001 las obligaciones contraídas con los proveedores crecieron en un 64% mostrando un saldo de \$5,181,759.26 al final del ejercicio, que continuó incrementando en el año siguiente alcanzando un índice de 74% con respecto al 2001, ascendieron ya a una deuda a corto plazo de \$9,025,134.50 para el año 2003 esta cuenta siguió incrementando su saldo en un 2% con respecto al 2002 considerándose un índice bajo comparado con el incremento mayor en la deuda a proveedores observado en el 2004 ya que al cierre del ejercicio, la deuda había crecido en un 151% con respecto al saldo del año 2003 asumiendo una obligación por liquidar de \$23,196,671.11, de lo que se concluye que la constante en el incremento del saldo a proveedores se debe a una deficiencia en su administración, que compromete tanto su liquidez como su buena imagen crediticia ante sus proveedores.

4.2.4 Cuentas por Pagar

El rubro de cuentas por pagar representa las obligaciones adquiridas por conceptos diferentes al giro de la empresa, que al ser gestionados de manera estratégica dan a una organización la posibilidad de utilizar su flujo de efectivo en las operaciones primordiales de la misma.

En el año 2001 las cuentas por cobrar aumentaron un 20% en relación al año 2000 determinándose al final de éste ejercicio un monto a financiar de \$1,293,973.41 más que al inicio del análisis; para el año 2002 se aplicaron recursos de operación a la disminución de la deuda de cuentas por pagar, requiriendo la aplicación de \$2,841,138.02 disminuyendo en un 37% el saldo del dicho rubro, para el siguiente año (2003) se repitió la aplicación de recursos disminuyendo el saldo en \$11,637.84 que no resultó significativo en comparación con la disminución realizada en el 2004 dónde se aplicaron recursos por \$1,787,905.46 para afectar el saldo en un 37%.

Se observa una tendencia a la disminución del saldo de este rubro, resultando necesario un análisis detallado en el que se incluya el comportamiento del cobro de cuentas por cobrar realizado en el apartado 4.2.1 (cuentas y documentos por cobrar) en dónde la propensión es a la inversa, es decir, las cuentas por cobrar tienden a aumentar, mientras que las cuentas por pagar tienden a disminuir, siendo necesario un ajuste estratégico que permita incrementar el flujo de efectivo a la organización para mejorar sus resultados de operación.

4.3 Análisis de las fuentes de información mediante el diagrama causa–efecto de Ishikawa

Una vez concluido el Análisis de la Gestión Financiera de los elementos que integran el Capital de Trabajo y realizada la evaluación de la percepción de la calidad mediante el instrumento SERVQUAL, es posible realizar un análisis mediante el diagrama causa – efecto de Ishikawa, como se explicó en el apartado 2.3.2 del Marco Teórico de la presente investigación, esta herramienta es útil para representar la relación entre algún efecto y todas las posibles causas que influyen en él.

La aplicación del diagrama causa-efecto de Ishikawa a esta investigación (Diagrama 4.1), inicia con la determinación del efecto, situación o problema a analizar que para este estudio se le considera el Modelo de Estrategias de Administración del Capital de Trabajo; como segundo paso se determinaron las causas primarias identificadas como el activo circulante, el pasivo circulante y la percepción de los usuarios de la calidad en el servicio, finalmente se determinaron los causantes de las causas primarias, pudiendo observar como elemento secundario del activo circulante al efectivo, las cuentas por cobrar e inventarios; a los proveedores como causas secundarias del pasivo circulante y como causante la percepción de los usuarios de la calidad en el servicio se determinaron las dimensiones de instalaciones físicas, confiabilidad, respuesta oportuna, trato al paciente, empatía y costos. En esta perspectiva, la eficiencia en el manejo de los recursos públicos, en particular de los presupuestales que conforman el Capital de Trabajo, se manifiesta a través de la calidad de los servicios que recibe la ciudadanía que acude al sector de salud pública.

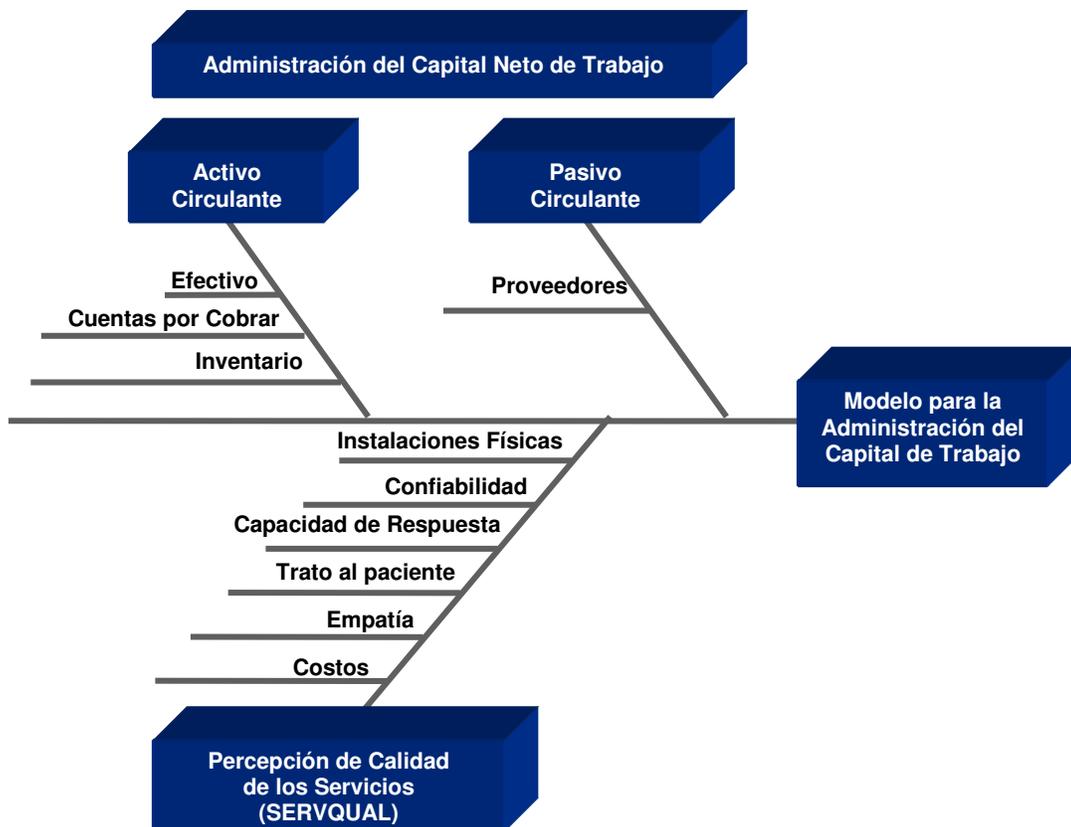


Diagrama 4.1 Diagrama causa-efecto del Modelo de Administración del Capital de Trabajo
Fuente: Diseño propio en base a Diagrama causa – efecto de Ishikawa.

4.4 Identificación del Ciclo de deficiencia en la calidad del servicio ocasionada por la ineficiencia en la Administración del Capital de Trabajo

En este capítulo se ha venido analizando la percepción de la calidad del servicio prestado en la unidad de análisis a través de la aplicación de un instrumento validado (SERVQUAL) y a su vez el correspondiente análisis de la gestión financiera a través del uso de razones, dónde al analizar la información cualitativa referente a la percepción de la calidad de los usuarios y la eficiencia en la administración de los recursos, es posible identificar un ciclo de deficiencia en la calidad en el servicio, originada por la ineficiencia en la Administración del Capital de Trabajo, generando costos de oportunidad en la gestión hospitalaria que se presenta en el Diagrama 4.1.

La problemática que refleja este ciclo inicia con lo ya determinado en el Estado de Flujo de Efectivo para la Unidad de Análisis en donde se percibe un estado de insolvencia que conduce al siguiente bloque del ciclo referente a las cuentas por cobrar, que debido a su inicial estado de insolvencia genera una mala imagen crediticia que no le permite a la Unidad de Análisis aprovechar precios especiales, promociones y acceso a convenios para financiamiento de los inventarios dada su ineficiencia para el pago de sus obligaciones, este fenómeno repercute directamente en el siguiente bloque del ciclo referente a la administración de los inventarios que se ve afectada por la incapacidad de compra de nuevos medicamentos lo que produce una existencia de medicamento que no cumple con los requerimientos demandados por los usuarios, generando una percepción negativa de la calidad del servicio ofertado que se une a la ineficiencia en la administración de las cuentas por cobrar completando el ciclo de deficiencia en la calidad debido a que la baja cobranza afecta directamente al flujo de efectivo con lo que se da continuidad al mismo.

Si se toma en consideración lo que describe el párrafo anterior es evidente cómo la ineficiente administración de los componentes del Capital de Trabajo afecta directamente a la percepción de la calidad de los usuarios medida a través de las dimensiones de percepción de calidad del SERVQUAL.

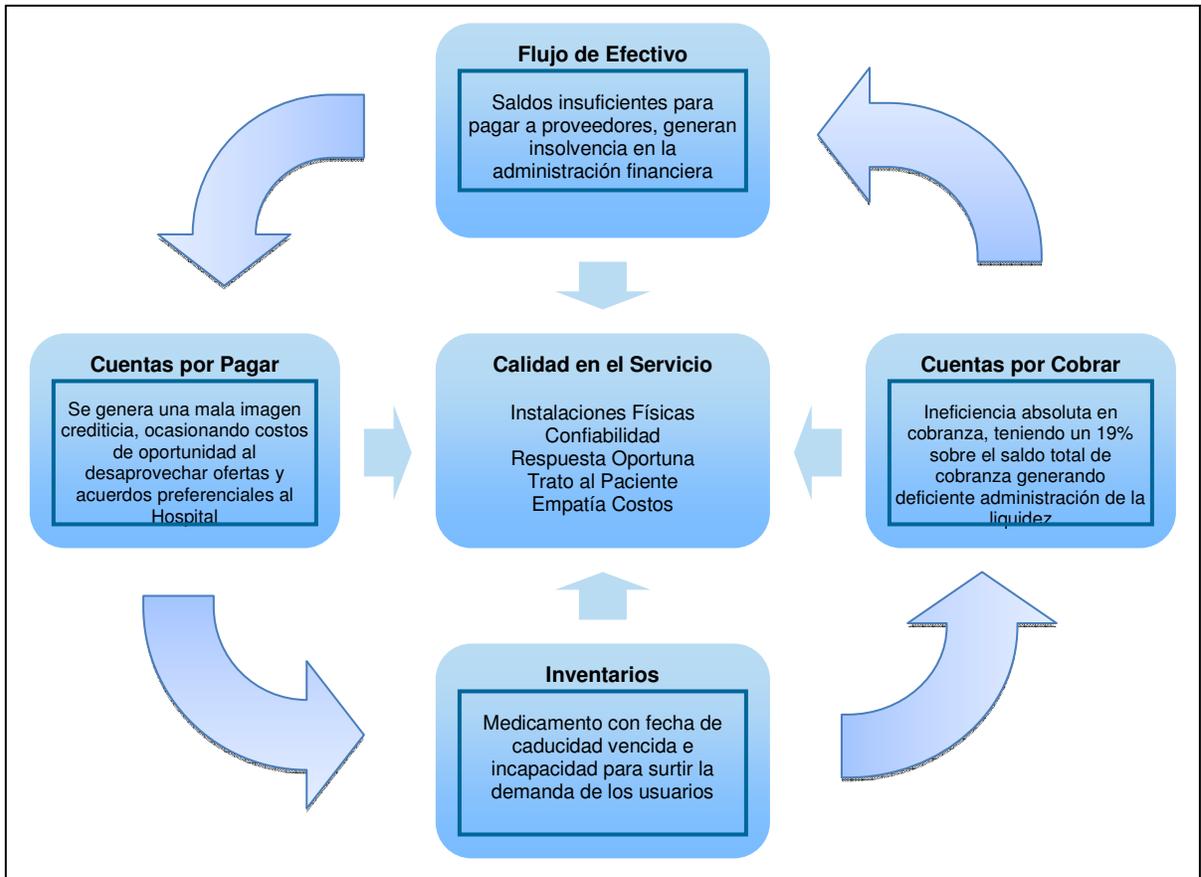


Diagrama 4.2 Ciclo de deficiencia en la calidad del servicio ocasionada por la ineficiencia en la Administración del Capital de Trabajo

Fuente: Diseño propio

Las necesidades de eficientar el Capital de Trabajo se genera como resultado de un nivel de desincronización entre los periodos siguientes:

- 1.- Periodo de pago a proveedores
- 2.- Periodo de cobro a clientes
- 3.- Periodo de permanencia de inventarios

Es importante mencionar que tanto las cuentas por cobrar como las cuentas por pagar deben de provenir de operaciones propias de la actividad hospitalaria, es decir, excluir conceptos como acreedores que pueden estar integrados en el pasivo circulante y corresponden a conceptos por pagos no propios de la actividad hospitalaria. De manera similar ocurre con el rubro de inventarios que, en el Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, contablemente es clasificado como cuenta de Almacén, mezclando conceptos

como medicamentos, material de curación, material de rayos x, laboratorios, entre otros, pero en el mismo rubro también considera material eléctrico, de limpieza, etcétera, que son necesarios para la operación del hospital pero tan solo como apoyo a la actividad básica, por lo que se recomienda usar el concepto de gastos acumulados en el activo circulante para que posteriormente a su ciclo considerarlos como gasto de operación.

La información resultante de este capítulo proporciona las bases para la presentación de una propuesta de administración estratégica que ataque el ciclo de deficiencia identificado en el Diagrama 4.2.

Capítulo V. Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias

Los resultados del análisis de la información revelan una percepción de la calidad que coincide con la tendencia de ineficiencia en la administración financiera del Capital de Trabajo en la Unidad de Análisis, mismo que debe ser manejado en un esquema que busque la optimización tanto en costos como en el mejoramiento de la percepción de la calidad en el servicio.

El enfoque se da en cuatro puntos fundamentales que se consideran como los componentes que constituyen la base de la operación del Capital de Trabajo:

1. Reducir el costo de los inventarios
2. Optimización de la cobranza
3. Optimización de las compras
4. Optimización en el ciclo de gestión del efectivo

Las relaciones entre cada uno de estos componentes se establecen a través de un Modelo de Administración del Capital de Trabajo constituyendo así una herramienta de Administración Financiera que conduce tanto a la salud financiera como a la mejora en la calidad del servicio ofertado.

Tomando como base lo descrito dentro del apartado 3.1.3 de Metodología de la presente investigación, y considerando los resultados obtenidos del análisis de la información recabada mediante la aplicación del instrumento SERVQUAL y el Análisis Financiero, se conforma el Modelo de Administración de Capital de Trabajo, propuesta integrada por dos componentes que forman un sistema de administración de los elementos del Capital de Trabajo, el primero, es el componente central que consiste en un modelo de administración basada en una razón financiera denominada *índice de eficiencia en la administración del capital neto de trabajo*, para la estructuración de esta razón financiera se tomó como antecedente lo escrito por los autores Brigham & Houston (2001) mencionados en el Marco Teórico con su aportación del concepto de Capital de Trabajo cero en donde exponen su razón de Capital de Trabajo cero: $\text{Inventarios} + \text{Cuentas por Cobrar} - \text{Cuentas por pagar}$, considerando lo anterior, se propone una razón con un

índice igual a 1 que se conforma de la siguiente manera:

$$\text{Índice de eficiencia en la administración del CNT} = \frac{\text{Inventarios + Ctas. por cob.}}{\text{Cuentas por pagar}} = 1$$

- < 1 Gestión estratégica agresiva
- > 1 Gestión estratégica conservadora

Donde se considera que, el monto de inventarios más cuentas por cobrar dividido entre el monto de cuentas por pagar deberá resultar igual a 1, índice que representaría la igualdad buscada entre los activos circulantes y los pasivos circulantes, para dar como resultado un financiamiento por medio de los proveedores (cuentas por pagar) de nuestros inventarios y cuentas por cobrar, capitalizando como fuente de financiamiento a los proveedores, es decir, determinar el equilibrio de la sumatoria de las cuentas por cobrar e inventarios en relación a la de las cuentas por pagar, de tal forma que se genere un costo de financiamiento en el capital de trabajo cero para la Unidad Hospitalaria haciendo uso del financiamiento vía proveedores (cuentas por pagar) y trasladar el beneficio a los usuarios de los servicios, lo que derivaría en el mejoramiento de la administración del Capital de Trabajo haciendo posible ofrecer servicios de calidad en el Hospital, logrando la satisfacción del usuario a través del mejoramiento de las dimensiones de la calidad medidas en el SERVQUAL, es decir, se obtendría un mejoramiento significativo en las instalaciones físicas, la confiabilidad, la empatía, la respuesta oportuna, el trato al paciente y los costos.

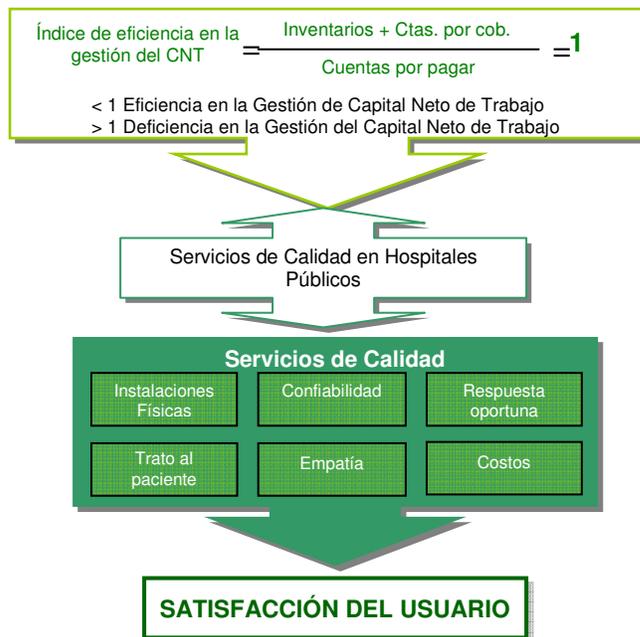


Figura 5.1 Modelo de eficiencia en la gestión del Capital Neto de Trabajo
Fuente: Elaboración propia

Para la implementación de este Modelo de Administración del Capital de Trabajo, resulta necesario el desarrollo de la segunda parte de la propuesta de esta investigación, dónde se diseña la implementación de estrategias de administración de Capital de Trabajo basada fundamentalmente en: la estrategia de optimización de ingreso, la estrategia de racionalización de compras y la estrategia de racionalización de manejo de inventarios.

El segundo componente es un conjunto de bloques, inicia con la administración de los inventarios, desarrollada gráficamente en la Figura 5.2., que como se explicó en el Marco Teórico de esta investigación esta conformado por lo bienes de una empresa, destinados a la venta o producción para su posterior venta, en el caso de la unidad de análisis la conformación de su almacén se muestra detalladamente en el Anexo 5 y se analizó previamente en el punto 4.2.2.

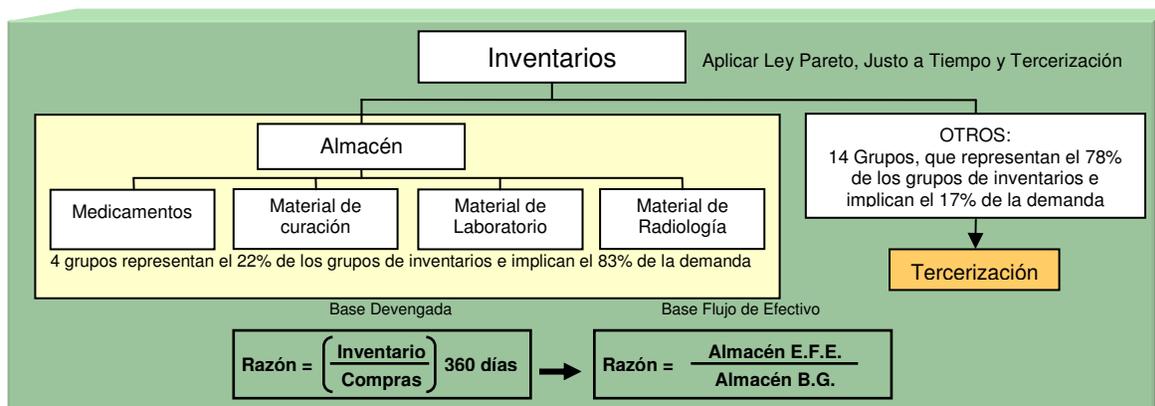


Figura 5.1 Estrategia de Administración de Inventarios
Fuente: Elaboración propia

Por lo que se presenta la recomendación de dividirlo en dos grupos de inventario aplicando la Ley Pareto descrita en el punto 2.3.3, el primero denominado *almacén* que aglomera los cuatro conceptos más representativos del monto total de inventarios equivaliendo al 83% de la suma total y el segundo denominado *otros* en el que se clasifica al resto de los conceptos que por su movilidad representan el 17% del total de los inventarios, para lo que se recomienda una administración basada en el 80/20 en la que el grupo almacén se maneje a través de la Administración de Inventarios justo a tiempo y para el grupo de otros se sugiere la utilización de la tercerización con lo que se obtendría una optimización de usos de recursos y se aseguraría la respuesta oportuna a los usuarios del servicio, garantizando la existencia de los grupos de inventarios más

requeridos, aumentando así el índice de calidad en el servicio prestado, como herramienta de control de inventarios se recomienda la determinación del porcentaje real de circulación de inventarios en el periodo anual mediante la razón descrita dentro del bloque.

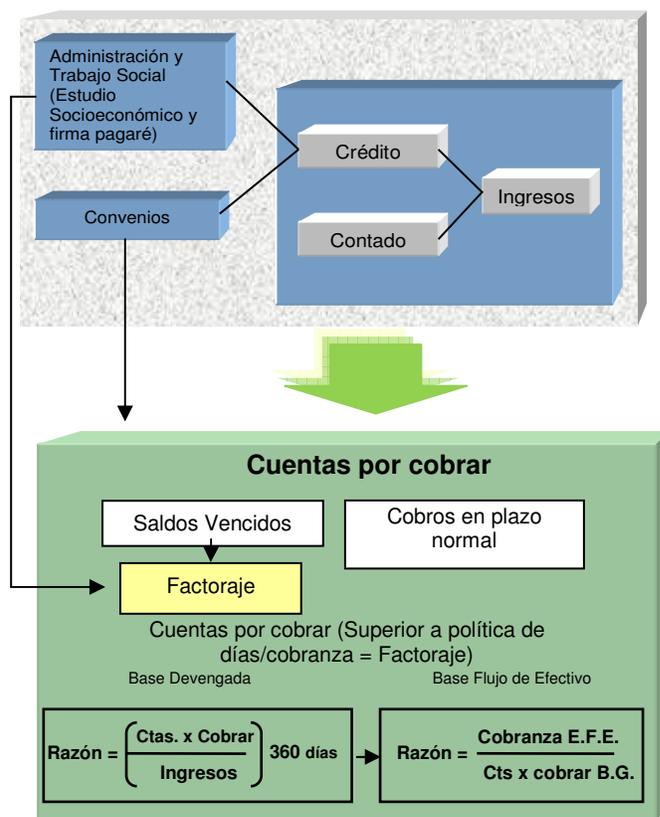


Figura 5.3 Bloque de ingresos del Modelo de Administración del Capital de Trabajo
Fuente: Elaboración propia

La segunda parte del modelo propuesto se refiere al elemento ingresos que se muestra en la Figura 5.3; cabe mencionar que los ingresos fueron analizados en el apartado 4.2 donde se determinó el Estado de Flujo de Efectivo, el cual resultó ineficiente para lo que se propone su administración estratégica en el bloque de ingresos de este Modelo.

El presente bloque corresponde a la estrategia de optimización de los ingresos, que describe dos tácticas o líneas de acción para la obtención de los ingresos: de *contado* que se convierten inmediatamente en flujo de efectivo para la institución; y de *crédito* para los ingresos a crédito se proponen dos vías para eficientar su administración. La primera consiste

en identificar los ingresos a crédito provenientes de población abierta, es decir de la ciudadanía que no tiene derecho a otros servicios públicos de Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros, para que se garantice la cobranza y se determine el monto del ingreso a recibir mediante un estudio socioeconómico que debe realizar el Departamento de Trabajo Social y de acuerdo a la capacidad de pago del usuario que se determine firmará un pagaré que de mayor certidumbre a la cobranza evitando así la generación de más cuentas por cobrar incobrables.

La segunda vía para eficientar los ingresos a crédito es el mejoramiento de los convenios con diversas instituciones que registran cuentas por cobrar para la Unidad Hospitalaria identificando el estado de las mismas, en este sentido se propone un monitoreo constante de los plazos establecidos para verificar cuales de las cuentas se cobran en el tiempo establecido y tomar acciones que permitan recuperar los saldos vencidos, recomendando para este punto la utilización del factoraje financiero, de la misma forma se recomienda el uso de la razón de cuentas por cobrar como indicador de la administración de dichas cuentas.

A partir del bloque anterior de Administración de los ingresos es posible determinar el flujo de ingresos disponible para su aplicación a las cuentas de costos correspondientes a la Unidad de Análisis lo anterior para lograr al objetivo fundamental de esta investigación que es proponer una estrategia de administración que permita eficientar el uso de los recursos.

De esta forma para dar seguimiento a la tercera estrategia de eficientación del Capital de Trabajo, se presenta la propuesta de Administración de los Costos agrupadas en la Figura 5.4. dividiendo los costos en el pago directo a proveedores y las compras a crédito para la que se recomienda

administrar el pago a proveedores y de las compras, utilizando un control interno riguroso de los inventarios a la par de la utilización de la Ley Pareto para lo que se recomiendan cuatro tácticas para el manejo de las compras a crédito, dichas tácticas son: (1) procurar eliminar los medicamentos y materiales sin potencial, pudiendo determinar dicho potencial de acuerdo con la movilidad y el monto de la inversión en dichos conceptos, (2) reducir el

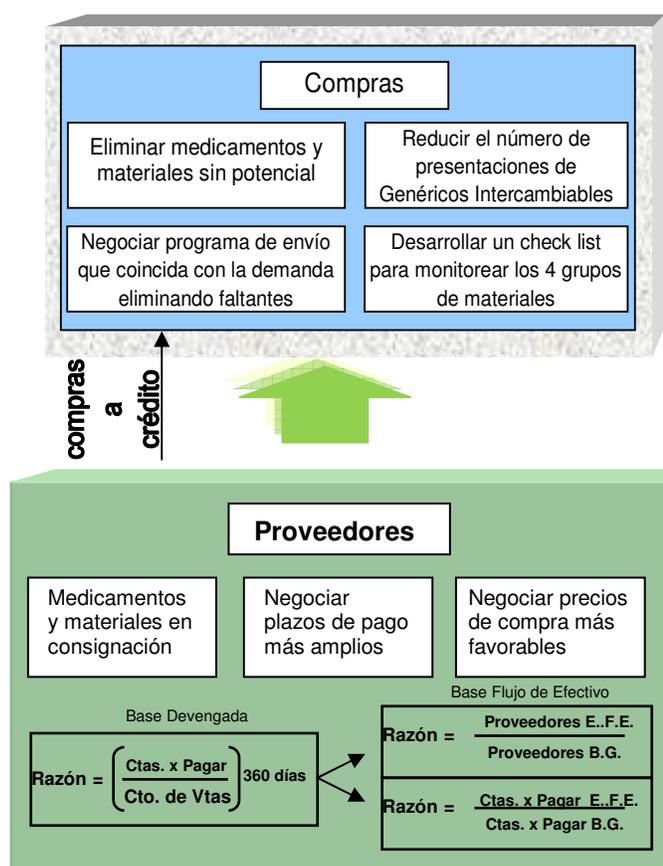


Figura 5.4 Bloque de costos del Modelo de Administración del Capital de Trabajo
Fuente: Elaboración propia

número de presentaciones de genéricos intercambiables para asegurar la calidad de los medicamentos que se ofertan a los usuarios, (3) combinándolo con la negociación o establecimiento de un programa de envíos que coincidan con la demanda determinada, haciendo posible la eliminación de los faltantes, aspecto fundamental para elevar la percepción de la calidad de los usuarios que éste estudio reveló resultados desfavorables en la medición de este elemento, (4) también se recomienda desarrollar un check list para monitorear los cuatro grupos principales de materiales.

Para el pago directo a proveedores se recomiendan tres estrategias, (1) desarrollar un plan de medicamentos y materiales en consignación, que consiste en la teneduría de dichos conceptos en el inventario de la unidad de análisis, que permita administrar su pago en relación al consumo de los mismos, eficientando el uso del efectivo, (2) negociar plazos de pago más amplios procurando que el periodo promedio de pago de estas cuentas sea más amplio que el periodo de cobros para incrementar el periodo de uso del efectivo, (3) negociar precios de compra más favorables a través de firma de convenios con los proveedores de los artículos que requieren mayor utilización de recursos, también es posible utilizar la razón de cuentas por pagar como herramienta de control de su administración, al igual que la razón de proveedores que se describe dentro del bloque.

Dentro de la Figura 5.5 se expone la estrategia de Administración de Gastos que enmarca los gastos de servicios generales y gastos de administración, además de los gastos y productos financieros así como otros gastos y productos, como etapa final de la administración del Capital de Trabajo.

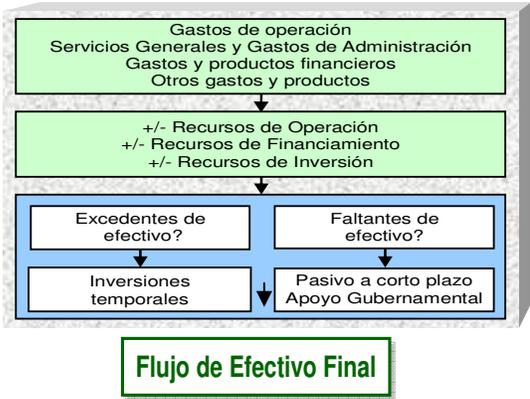


Figura 5.5 Bloque de gastos del Modelo de Administración del Capital de Trabajo

Donde se obtendrían dos posibles resultados, el primero sería un excedente de efectivo para el que se propone una línea de acción de contratar inversiones temporales; el segundo posible resultado sería un faltante de efectivo, para el que se recomienda una táctica de administración de la deuda como pasivo a corto plazo y a través de apoyo gubernamental.

Una vez descritos los bloques de administración estratégica de los elementos de capital de trabajo se presenta la relación entre los dos componentes que permiten la construcción del Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias.

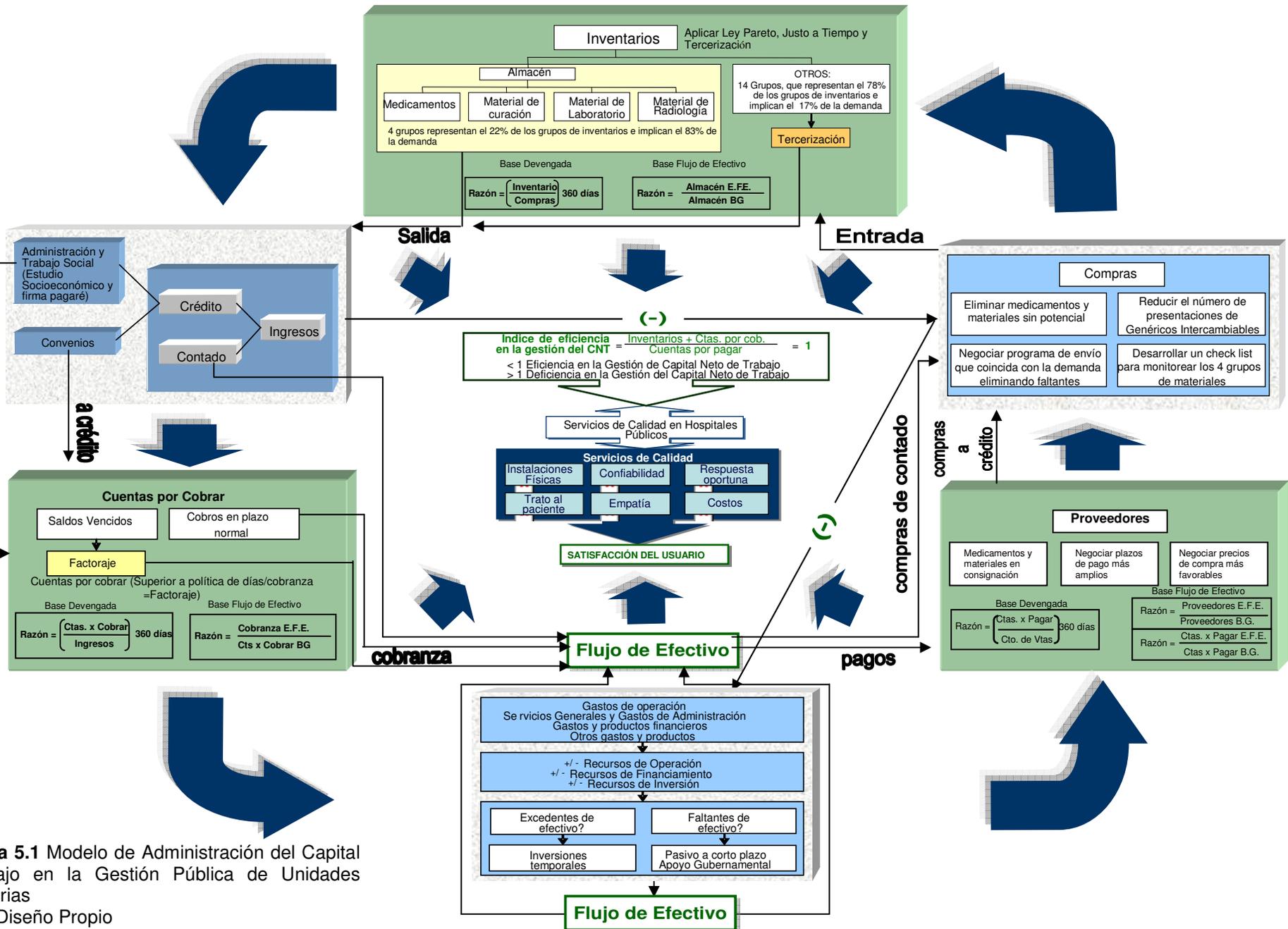


Diagrama 5.1 Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias
Fuente: Diseño Propio

La operatividad del modelo propuesto requiere definir estrategias de Capital de Trabajo para cada uno de los cuatro componentes en donde se identificaron ineficiencias. Como se aprecia en la Tabla 5.1 para las estrategias de administración de los recursos financieros de la administración de los recursos de almacén, son:

(1) el uso del principio de Pareto para el análisis del comportamiento de los grupos de artículos en almacén;

(2) el uso de la modalidad de outsourcing para la administración del almacén, a fin de enfocar los recursos hacia la administración del servicio;

(3) evaluación de proveedores, para seleccionar aquellos cuya interacción facilite la administración del Capital de Trabajo adecuada para la unidad hospitalaria; y

(4) el monitoreo de los ciclos de inventarios para evitar costos de oportunidad por exceso de inventarios en almacén, bajo el concepto de Justo a Tiempo.

Tabla 5.1

Propuesta de Estrategias de Administración del Capital de Trabajo por área según Modelo propuesto

ALMACÉN	FARMACIA	CUENTAS POR COBRAR	CUENTAS POR PAGAR
1 Pareto	5 Pareto	9 Monitoreo de Cartera	12 Monitoreo ciclo efectivo
2 Outsourcing	6 Outsourcing	Vencida respecto a	13 Monitoreo de Ciclo de Proveedores
3 Evaluación de Proveedores	7 Evaluación de Proveedores	cartera total	14 Monitoreo de Cuentas por Pagar Vencidas a saldo total de proveedores
4 Monitoreo de Ciclo de Inventarios operando bajo el concepto de Justo a Tiempo	8 Monitoreo de Ciclo de Medicamentos y material de curación	10 Monitoreo de Ciclo de Cobranza	
		11 Factoraje	

Estas estrategias se harían extensivas hacia el área de farmacia estando orientado hacia la mayor eficiencia en la aplicación de los recursos. En cuanto a las estrategias orientadas hacia la eficiencia de los ingresos destaca el monitoreo de cartera vencida y el monitoreo

del ciclo de cobranza, planteándose como una opción la utilización de servicios de factoraje para efecto de pronta recuperación de estos recursos. En materia de cuentas por pagar se requiere el monitoreo del ciclo de efectivo y del ciclo de proveedores, buscando también hacer uso de las ventajas del manejo de cuentas por pagar vencidas al saldo total de proveedores.

Implicaciones del modelo propuesto

1 *Adelgazamiento y/o reasignación de personal (menos operativo y dedicado a actividades fundamentales, prioritarias de la salud).* Para lograr un cambio en este punto será necesario considerar las estrategias de administración de capital de trabajo descritas en el Marco Teórico en el punto de utilización de outsourcing para servicios que no resulten significativos para la operación de la empresa.

2 *Reducción drástica de los gastos por adquisición de medicamentos (análisis marginal de decisiones a corto plazo).* Implementando la estrategia de administración de inventarios propuesta en el modelo desarrollado en la presente investigación procurando eficientar el uso de los recursos en ese rubro.

3 *Reducción del costo de administración de la infraestructura.* La recomendación para modificar este aspecto se reflejará en el bloque de cuentas por pagar, incrementando las negociaciones de plazos de pago, además de combinarlo con la implicación número uno correspondiente a enfocar los recursos a las actividades prioritarias de la organización.

4 *Disminución del gasto corriente de operación que se reasigna a gasto de capital en beneficio a la ciudadanía.* Concerniente a los bloques de costos e ingresos del modelo propuesto, asignándole un papel fundamental al departamento de Trabajo Social en la realización de los estudios socioeconómicos que aseguren la determinación de la capacidad de pago de los usuarios para eficientar la cobranza de esas cuentas.

5 *Optimización del ciclo de administración por adquisiciones y venta de medicamentos.* Mediante la aplicación de la estrategia descrita en el bloque de inventarios se recomienda el uso del 80/20 o Ley Pareto con el objetivo de adquirir los medicamentos de mayor rotación con el objetivo de satisfacer las necesidades de los usuarios en el rubro de

inventarios.

6 *Eficiencia del ciclo del Capital de Trabajo, monitoreo permanente de inventarios, cuentas por cobrar y proveedores.* El uso de estrategias de administración de cuentas por cobrar a través de su análisis por medio del análisis financiero mediante los indicadores propuestos en el punto 4.2 de esta investigación y aplicando la estrategia de factoraje descrita en el bloque de administración de cuentas por cobrar del modelo propuesto.

Esta optimización del Capital de Trabajo no significa modificar los recursos presupuestales asignados, sino generar las condiciones para eficientar la percepción de la calidad del servicio e incrementar la satisfacción del ciudadano.

Conclusiones

Este es un estudio de carácter empírico, en el cual, se analiza con rigor metodológico la situación de la Administración del Capital de Trabajo en un contexto de prestación de servicios de calidad, lo que fundamenta una propuesta de un Modelo de Administración del Capital de Trabajo, que trae consigo importantes beneficios en la óptica ciudadana.

Es importante mencionar que en este estudio las conclusiones tienen validez, tanto interna como de conceptos y validez empírica.

La confiabilidad de los datos está respaldada por los instrumentos y técnicas metodológicas y de procedimiento y respaldada por más de 6,725 datos comprobables.

Sobre esta base se identifica una importante contribución al campo de conocimiento y de la formación de recursos humanos en las disciplinas contables y financieras ya que se presentan evidencias sustentadas de que la Administración Financiera y el flujo de caja no están aislados de la percepción de la calidad en el servicio y es visible al usuario al momento de prestarle la atención en un momento de vulnerabilidad.

Líneas de contribución

Esta investigación tiene tres líneas de contribución:

La metodológica analiza tanto el manejo del recurso financiero por la organización, como la percepción de la calidad en el servicio, siendo este el primer estudio que se tienen conocimiento de este enfoque.

En el campo de los resultados obtenidos, ya que los datos sustentan que los usuarios tienen una baja percepción de la calidad de los servicios cuando existe un contexto financiero deficitario por la gestión del capital de trabajo.

Diseño de un *Modelo de Administración de Capital de Trabajo*, el cuál genera información y permite monitorear permanentemente el comportamiento de la Administración del Capital de Trabajo y la percepción de la calidad en los usuarios del servicio.

Implicaciones de la investigación

- La validación del Modelo requiere una unidad hospitalaria dispuesta a adoptarla.
- La implantación y seguimiento debe de ser durante un periodo igual al analizado (5 años).
- Desarrollo de un nuevo proyecto para documentar el comportamiento del Modelo en operación.
- Impulsar la elaboración de estudios multicaso, basados en la metodología aplicada en esta investigación para fortalecer la validez externa.

Implicaciones del modelo propuesto

Tomando en consideración las implicaciones del modelo propuesto en el Capítulo V se concluye que para su operacionalización se requerirá de las siguientes acciones:

1. Adelgazamiento y/o reasignación de personal (menos operativo y dedicado a actividades fundamentales, prioritarias de la salud).
2. Reducción drástica de los gastos por adquisición de medicamentos (análisis marginal de decisiones a corto plazo).
3. Reducción del costo de administración de la infraestructura.
4. Disminución del gasto corriente de operación que se reasigna a gasto de capital en beneficio a la ciudadanía.
5. Optimización del ciclo de administración por adquisiciones y venta de medicamentos.
6. Eficientación del ciclo del Capital de Trabajo, monitoreo permanente de inventarios, cuentas por cobra y proveedores.

Los resultados obtenidos en este estudio, permiten identificar tres estrategias predominantes en la administración del Capital de Trabajo en la Unidad de Análisis participante en el Estudio: la primera es una estrategia de cobranza insuficiente para

recuperar los adeudos, en segundo lugar una deficiente administración de inventarios y en tercer lugar la inadecuada capitalización del uso de financiamiento vía proveedores (cuentas por pagar). Todas resultan en un fuerte impacto al Capital de Trabajo, ya que la primera está relacionada con la recuperación de ingresos y la segunda y tercera con el manejo de los costos. En este contexto los resultados relacionados con la percepción de la calidad de los servicios prestados por la institución muestran una percepción de calidad baja dentro de un rango de un 30% y 45% lo cual sugiere una importante brecha de oportunidad para elevar la percepción a niveles del 95% y 100%, situación no del todo factible si permanece la estrategia de administración de Capital de Trabajo identificada dentro de un ciclo de deficiencia en la calidad en el servicio ocasionada por la ineficiencia en su administración, considerando que inhibe la optimización en el manejo de los recursos financieros afectando directamente la percepción de la calidad de los usuarios como se describe en el Diagrama 4.1. Los resultados mencionados dan respuesta a las dos preguntas de investigación planteadas en este estudio.

Las respuestas obtenidas a las preguntas planteadas en esta investigación hacen evidente la necesidad de un cambio de estrategia en la administración del Capital de Trabajo para lo que se presentó la propuesta de un **Modelo de Administración del Capital de Trabajo en la Gestión Pública de Unidades Hospitalarias** en el capítulo anterior.

Así mismo, los resultados de ésta investigación proponen una nueva óptica de la nueva administración que tiene que ser rentable en el sentido de evitar desperdiciar, recursos es una nueva forma de administrar el bien público a diferencia del pasado donde se pensaba que por ser recursos públicos, eran infinitos prácticamente y no importaba si había números rojos.

La segunda óptica es que esta nueva administración pública esta considerando al usuario y las necesidades del usuario desde el punto de vista de que es un cliente y esta enfocando su servicio hacia esta satisfacción, antes este concepto parecía dissociado o que las instituciones existían para prestar servicios que simplemente se tomaban, sin considerar la percepción del usuario en relación a la calidad del servicio recibido.

Referencias Bibliográficas

AGUILAR Villanueva, Luis (2006). *Gobernanza y Gestión Pública*. Editorial Fondo de Cultura Económica, México. :140 -141.

ALEMÁN CASTILLA, Ma. Cristina y GONZÁLEZ ZAVALA, Edmundo. (2003). *Modelos Financieros en Excel*. Editorial CECOSA, México. :2

ALLISON, Graham T. (1999) *¿La gestión pública y la privada: son fundamentalmente similares en todos los aspectos menos importantes?* Editorial Fondo de Cultura Económica, México. : 750.

ASENJO, Miguel (2001). *Las Claves de la Gestión Pública Hospitalaria*. Editorial Gestión 200, España. :35-37, 51.

AYALA, José (2001). *Economía del Sector Público Mexicano*. Editorial Esfinge, México. :23, 25, 8, 36, 37-38.

BABAKUS, E.; MANGOLD, W. (1992). *Adapting the Servqual Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation*. Health Services Research. Vol. 10, N°6.

BALLART, Xavier (2001). *Innovación en la Gestión Pública y en la Empresa Privada*. Editorial Díaz Santos, España. :9-11.

BANORTE (2000). *Programa de Certificación para Ejecutivos*. Editorial Capacitación BANORTE, México. : 6-9, 11-14, 25-28, 30-36.

BARFIELD, Jesse y RAIBORNH, Cecyl (2005). *Contabilidad de Costos*. Editorial Thomson, México. :668

BARZELAY, Michael (2003). *La nueva Gestión Pública*. Editorial Fondo de Cultura Económica, México. :25.

BARNEY, J. B. (1996). *Resource Based Theory of the Firm*. Organizational Science, Vol. 7, N°5. :469-480.

BARQUÍN, Manuel (2003). *Dirección de Hospitales*. Editorial McGraw Hill, México. :16, 23, 39,-40 60, 93-95, 118, 737-738, 743.

BERELSON, B. (1952). *Content analysis in Communication Research*. Clencoe III, Free press.

BERTIN, J. (1987). *La gráfica y el tratamiento gráfico de la información*. Editorial Taurus, Madrid.

BOWERS, M.; SWAN, J.; KOCHLER, W. (1994). *What Attributes determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery?* Health Care Management Review, Vol. 19, N° 4.

BRIGHAM, E. y HOUSTON J. (2001). *Fundamentos de Administración Financiera*. Editorial CECSA, México. :679-681.

BRIGHAM, E y BESLEY S. (2001). *Fundamentos de Administración Financiera*. Editorial McGraw Hill, México. :597, 598, 605-615.

BROWN, S.; SWARTZ, T. (1989). *A Gap Analysis for Professional Service Quality*. Journal of Marketing, Vol. 53, N° 4.

CARMAN, J. (1990). *Costumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the Servqual Dimensions*. Journal of Retailing, Vol. 66, N° 1.

CRAIRNER, Stuart (2005). *Los 50 mejores libros de gestión empresarial*, Ediciones DEUSTO, España.

DONABEDIAN, A. (1980). *The Definition of Quality an its Approaches to its Assessment*. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. Ann Harbor MI Health Administration Press.

GÁMEZ, BANDA Y TIRADO O.; BANDA H. y TIRADO M. (2004). *El Capital de Trabajo: Modelos y Decisiones Financieras*. Editorial IMCP. :19, 20.

GISBERT, Ramón (2002). *Economía y Salud: Economía, Gestión Económica y Evaluación en el Ámbito Sanitario*. Editorial Masson, España. :48

GUERRERO, Omar (2003). *Gerencia Pública en la globalización*. Editorial Porrúa, México. :750.

GUERRERO, Omar (2004). *Gerencia Pública: Una Aproximación Plural*. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial UNAM, México, :60.

HILL, Charles W., JONES Gareth R. (2004). *Administración Estratégica. Un Enfoque Integrado*. Editorial McGraw Hill, México. : 217-223.

HORNGREN, CHARLES T. (1999). *Contabilidad Financiera*. Editorial Prentice Hall, México. : 247-254.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto (2003). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill, México. : 143-153, 245-257.

IMCP (2005). *Normas de Información Financiera*. Editorial Instituto Mexicano de Contadores Públicos, México. :255-256, 258-259, 804-805.

ISHIKAWA, Kaoru (2007). *¿Qué es el control total de calidad?: La modalidad japonesa*. Editorial Norma, Colombia. :27.

JURAN, J.M. (1964). *Managerial breakthrough*. Editorial McGraw Hill, Estados Unidos de América. : 367-371.

JURAN, J.M. (1988). *Planning for quality*, Free Press, Nueva York.

JURAN, J.M., GRZYNA, Frank M. (1993). *Quality planning and analysis*. Editorial McGraw Hill, Estados Unidos de América. : 134-137.

JOHNSON, Robert W., MELICHER, Ronald W. (2000). *Administración Financiera*. Editorial CECSA, México. : 189-195.

JONES Gareth R., GEORGE Jennifer M. (2000). *Administración Contemporánea*. Editorial McGraw Hill, México. : 125-130.

KOERNER, M. (2000). *The conceptual domain of Service Quality for Impatient Nursing Services*. Journal of Business Research., Vol. 48.

LEE, H., BUNDA, M., KIM, Ch. (2000). *Methods of Measuring Health-Care Service Quality*. Journal of Business Research., Vol. 48.

LEGAULT, Pilles (2000). *Alcanzar la calidad total: en una empresa de servicios*, Editorial Trillas, México. : 44-47.

MALAGÓN-LONDOÑO, GALÁN Y PONTÓN, Gustavo; GALÁN, Ricardo y PONTÓN, Javier (2002). *Administración Hospitalaria*. Editorial Panamericana, Colombia. : 17, 26, 88,107-109, 124, 397, 406-408.

MILES, M.B. y HUBERMAN, A. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Editorial Sage Publications, Inc., Estados Unidos de América. : 345-367.

MORENO, Joaquín (2002). *La Administración Financiera del Capital de Trabajo*. Editorial CECSA, México. : 237

MORENO, Roberto (2006). *El Proceso Constructivo de la Administración Estatal en la Historia Moderna*. Revista Gobierno y Gestión, Año 7, No. 27 Enero-Abril.

MÜNCH Galindo, Lourdes (2006). *Calidad y mejora continua: principios para la competitividad y la productividad*. Editorial Trillas, México. : 35.

MÜNCH, Lourdes y GARCÍA, José (2005). *Fundamentos de Administración*. Editorial Trillas, México. : 35-47.

NAMAKFOROOSH, Naghi (2006). *Metodología de la investigación*. Editorial Limusa, México. :59.

O'CONNOR, S.; SHEWCHUK, R.; CARNEY, L. (1994). *The General Gap*. Journal of Health Care Management. Vol. 14, N° 2.

OCHOA, Héctor; LUCIO, Ruth; VALLEJO, Francisco; DÍAZ, Sonia; RUALES, José, KROEGER, Axel. (1999). *Economía de la Salud*. Editorial Pax México, México. : 133, 198, 208-209, 220.

OLIAS, Blanca (2001). *La Nueva Gestión Pública*. Editorial Prentice Hall, España. : 76-78

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V; BERRY, L. (1985). *A Conceptual Model for Service Quality and its Implications for Future Research*. Journal of Marketing, Vol. 49.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V; BERRY, L. (1988). *Servqual: a Multi-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. Journal of Retailing, Vol. 64, N° 1.

PARDO, María del Carmen (Compiladora); SOSA, José de Jesús; MERINO, Mauricio; MENDEZ, José Luis; CARRILLO, Ernesto; LYNN, Laurence E. JR; MAJONE, Giandomenico; PETERS, Guy; THOENING, Jean-Claude; AGUILAR, Luis; ARELLANO, David (2004). *De la Administración Pública a la Gobernanza*. Editorial El Colegio de México, México.

PERDOMO, Abraham (2002). *Elementos Básicos de la Administración Financiera*. Editorial Thomson, México. :237, 243.

PINTO, R., GRAWITZ, M. (1967). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Editorial Hispano Europea, España. : 455, 491.

PLANT, J. (1985). *Orchestrating Changes in Quality*. Health and Social Service Journal, October. :1297.

RENWICK, P. E. (1992). *Quality Assurance in Health Care: The Theoretical Context*. International Journal of Health Care Assurance. Bradford, Vol. 5. :29-36 .

SÁNCHEZ, José Juan (2006). *Gestión Pública y Governance*. Editorial Instituto de Administración Pública del Estado de México, México. :37.

SISK, Henry L., SVERDLIK, Mario (1976). *Administración y gerencia de empresas*. Editorial South-Western Publishing Co., Estados Unidos de América. : 658.

STAKE, ROBERT (1999). *Investigación con estudios de caso*, Ediciones Morata, Barcelona, España.

TUCKER, J., ADAMS, Sh. (2001). *Incorporating Patients' Assessments of Satisfaction and Quality: An Integrative model of patient's evaluation of their care*. Managing Service Quality, Vol. 11, No. 4.

THOMPSON, A. A., STRICKLAND, A.J. (2003). *Administración Estratégica*. Editorial McGraw Hill, México. : 447-453.

UVALLE, Ricardo (2002), VII Congreso Internacional CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Portugal, p.1:5.

VAN HORNE J. y WACHOWICZ J. (2002). *Fundamentos de Administración Financiera*. Editorial Prentice Hall, México. : 236, 267, 305-306.

VARO, Jaime. (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad de los Servicios Sanitarios*. Editorial Diaz de Santos, España. :6-9, 12-14, 37-38, 40-41, 46-49, 51-54, 58.

WALBRIDGE, S.; DELENE, L. (1993). *Measuring Physical Attitudes of Service Quality*. Journal of Health Care Marketing. Winter.

YIN, Robert K. (1991). *Case Study Research: Design and Methods*. Editorial Sage Publications, Inc., Estados Unidos de América. : 43-47.

ZEITHAML, Valarie A.; PAR ASURAMAN, A. y BERRY, Leronard L. (1993). *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Editorial Díaz de Santos, España. :205-217.

Informe sobre el desarrollo mundial 1997, © 1997 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/banco mundial, EE.UU. ISBN 0-8213-3779-3.

Referencias Electrónicas

http://www.iadb.org//sds/SCS/site_4631_s.htm3

<http://www.indetec.gob.mx/cnh/propuestas/254a.pdf>

<http://www.virtual.epm.br/material/healthcare/spanish/E0101.PDF>

<http://cnh.gob.mx/documentos/8/3/art/archivos/feh3y6q.html>

<http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040609093600.html>

<http://www.firgoa.usc.es/drupal>

<http://www.inep.org>

http://www.insp.mx/salud/45/453_9.pdf

<http://www.eumed.net/ce/2005/rcb-rend.htm>

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/55/doc/doc8.pdf>

<http://www.economia.gob.mx/pics/p/p1376/PLAN1.pdf>

<http://www.presupuestocide.org/documentos/salud/DT%2095.pdf>

http://www.insp.mx/salud/45/453_9.pdf

<http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-asociados.htm>

http://salud.tamaulipas.gob.mx/2006/quienes_somos.htm

<http://www.medwave.cl/enfermeria/Nov2003/2.act>

<http://www.gestiopolis.com/canales/financiera/articulos/no%2010/contabilidadteoricprac.htm>

<http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>

http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_matem%C3%A1tico

http://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_econ%C3%B3mico

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO SERVQUAL

Estimado Paciente del Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata,

Su opinión es muy importante para identificar las áreas de mejora de la calidad de nuestro servicio, por esta razón le pedimos su colaboración para responder las siguientes preguntas. La información que contiene solo será usada para fines del estudio que se realiza para este fin por la Unidad Académica Multidisciplinaria de Comercio y Administración Victoria.

Por favor marque el número que corresponde a su respuesta, la escala va de (1) no estoy de acuerdo a (5) totalmente de acuerdo.

Fecha y día

Área.....

Turno.....

Género.....

	Desacuerdo			De acuerdo	
	1	2	3	4	5
I. Instalaciones Físicas					
Equipo Moderno	1	2	3	4	5
Instalaciones agradables	1	2	3	4	5
Equipamiento profesional	1	2	3	4	5
Cuidado de instalaciones e instrumental	1	2	3	4	5
II. Confiabilidad					
Obtiene el servicio que le prometieron	1	2	3	4	5
Mantienen registros sin errores	1	2	3	4	5
III. Oportunidad de Respuesta					
Informan de los servicios ofrecidos a los pacientes	1	2	3	4	5
Están dispuestos a ayudar a los pacientes	1	2	3	4	5
IV. Trato al Paciente					
Capacidad de atender los problemas de los pacientes.	1	2	3	4	5
Capacidad de infundar confianza en el paciente	1	2	3	4	5
Son amables en todo momento	1	2	3	4	5
Tienen el conocimiento para responder a las preguntas de los pacientes	1	2	3	4	5
V. Empatía					
Dan atención individualizada	1	2	3	4	5
Trato humano	1	2	3	4	5
Horario adecuado para consultas	1	2	3	4	5
VI. Costos					
Menor que todos	1	2	3	4	5
Igual que todos los públicos	1	2	3	4	5
Igual que los privados	1	2	3	4	5

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Observaciones del entrevistador:

Nombre del entrevistador:.....

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE ENCUESTAS

Matriz de consolidación de los comentarios y observaciones recabados en los usuarios de los servicios. (Escala Likert)					
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD POR DIMENSIONES EN EL HOSPITAL GENERAL					
DIMENSIONES	Totalmente en desacuerdo 0%	En desacuerdo 33%	De acuerdo 66%	Totalmente de acuerdo 100%	TOTAL
	1	2	3	4	
DIMENSIÓN 1. INSTALACIONES FÍSICAS					
1.1 EQUIPO MODERNO	53	19	0	0	82
1.2 CUIDADO DE INSTALACIONES	32	29	2	0	73
1.3 INSTALACIONES AGRADABLES	59	48	0	0	107
1.4 EQUIPAMIENTO	76	14	0	0	90
	220	110	2	0	37.73%
DIMENSIÓN 2. CONFIABILIDAD					
2.1 OBTIENE SERVICIO PROMETIDO	117	62	5	0	194
2.2 REGISTRO SIN ERROR	112	36	0	0	158
	229	98	5	0	35.47%
DIMENSIÓN 3. RESPUESTA OPORTUNA					
3.1 INFORMAN DE LOS SERVICIOS	126	28	1	0	165
3.2 DISPONIBILIDAD DE AYUDAR	106	71	0	0	187
	232	99	1	0	33.14%
DIMENSIÓN 4. TRATO AL PACIENTE					
4.1 CAPACIDAD DE ATENDER PROBLEMAS	112	9	2	0	123
4.2 CAPACIDAD DE INFUNDIR CONFIANZA	36	11	1	0	58
4.3 SON AMABLES EN TODO MOMENTO	58	56	12	0	136
4.4 CONOCIMIENTO PARA RESPONDER	27	7	1	0	35
	233	83	16	0	37.91%
DIMENSIÓN 5. EMPATÍA					
5.1 ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	98	25	3	0	126
5.2 TRATO HUMANO	59	56	7	0	132
5.3 HORARIO ADECUADO	47	37	0	0	94
	204	118	10	0	45.53%
DIMENSIÓN 6. COSTOS					
6.1 MENOR QUE TODOS	119	17	0	0	136
6.2 IGUAL QUE OTROS PÚBLICOS	46	82	2	0	140
6.3 IGUAL QUE PRIVADOS	63	3	0	0	76
	228	102	2	0	34.96%

ANEXO 3: ANÁLISIS DE RAZONES FINANCIERAS POR PERIODO

Razones 2001/2000			
Cobranza E.F.E. 2001	(=)	$\frac{3,435,221.25}{18,943,451.85}$	(=) 18%
Cuentas por cobrar B.G. 2000			
Almacén E.F.E. 2001	(=)	$\frac{480,297.93}{2,490,256.72}$	(=) 19%
Almacén B.G. 2000			
Proveedores E.F.E. 2001	(=)	$\frac{2,019,307.18}{3,162,452.08}$	(=) 64%
Proveedores B.G. 2000			
cuentas por pagar E.F.E. 2001	(=)	$\frac{1,293,973.41}{6,427,847.26}$	(=) 20%
cuentas por pagar B.G. 2000			

Razones 2002/2001			
Cobranza E.F.E. 2002	(=)	$\frac{6,637,439.61}{15,508,230.60}$	(=) 43%
Cuentas por cobrar B.G. 2001			
Almacén E.F.E. 2002	(=)	$\frac{23,294.06}{2,970,554.65}$	(=) 1%
Almacén B.G. 2001			
Proveedores E.F.E. 2002	(=)	$\frac{3,843,375.24}{5,181,759.26}$	(=) 74%
Proveedores B.G. 2001			
cuentas por pagar E.F.E. 2002	(=)	$\frac{2,841,138.02}{7,721,820.67}$	(=) 37%
cuentas por pagar B.G. 2001			

Razones 2003/2002

Cobranza E.F.E. 2003	(=)	<u>3,162,229.06</u>	(=)	
Cuentas por cobrar B.G. 2002		22,145,670.21		14%
Almacén E.F.E. 2003	(=)	<u>275,913.18</u>	(=)	
Almacén B.G. 2002		2,947,260.59		9%
Proveedores E.F.E. 2003	(=)	<u>223,846.98</u>	(=)	
Proveedores B.G. 2002		9,025,134.50		2%
cuentas por pagar E.F.E. 2003	(=)	<u>11,637.84</u>	(=)	
cuentas por pagar B.G. 2002		4,880,682.65		0.238%

Razones 2004/2003

Cobranza E.F.E. 2004	(=)	<u>508,113.56</u>	(=)	
Cuentas por cobrar B.G. 2003		18,983,441.15		3%
Almacén E.F.E. 2004	(=)	<u>2,597,659.87</u>	(=)	
Almacén B.G. 2003		3,223,173.77		81%
Proveedores E.F.E. 2004	(=)	<u>13,947,689.63</u>	(=)	
Proveedores B.G. 2003		9,248,981.48		151%
cuentas por pagar E.F.E. 2004	(=)	<u>1,787,905.46</u>	(=)	
cuentas por pagar B.G. 2003		4,869,044.81		37%

ANEXO 4: ESTADOS FINANCIEROS DEL HOSPITAL GENERAL DR. NORBERTO TREVIÑO ZAPATA

BALANCE GENERAL

AL 31 DE DICIEMBRE DEL

	2000	2001	2002	2003	2004
ACTIVO					
<u>CIRCULANTE</u>					
CAJA	32,000.00	37,000.00	17,000.00	38,000.00	88,377.92
BANCOS	5,527,538.71	5,482,712.03	5,856,815.14	2,537,123.92	2,552,845.38
CUENTAS Y DOCTOS POR COBRAR	18,943,451.85	15,508,230.60	22,145,670.21	18,983,441.15	19,491,554.71
DEUDORES DIVERSOS	61,573.94	1,272.50	21,864.14	107,041.81	34,914.86
ANTICIPOS A PROVEEDORES	44,506.14	959,152.25	85,634.81	339,534.55	201,475.06
ALMACÉN DE MATERIALES	2,490,256.72	2,970,554.65	2,947,260.59	3,223,173.77	5,820,833.64
IMPUESTOS POR COBRAR	-	-	-	-	-
TOTAL ACTIVO CIRCULANTE	27,099,327.36	24,958,922.03	31,074,244.89	25,228,315.20	28,190,001.57
ACTIVO FIJO	53,166,248.89	74,912,197.13	75,480,538.30	76,777,321.75	78,301,277.09
<u>ACTIVO DIFERIDO</u>	-	-	-	-	-
TOTAL ACTIVO	80,265,576.25	99,871,119.16	106,554,783.19	102,005,636.95	106,491,278.66
PASIVO					
<u>CIRCULANTE</u>					
PROVEEDORES	3,162,452.08	5,181,759.26	9,025,134.50	9,248,981.48	23,196,671.11
ACREEDORES DIVERSOS	2,068,425.76	342,016.03	807,881.32	2,805,386.39	1,907,338.02
CUENTAS POR PAGAR	6,427,847.26	7,721,820.67	4,880,682.65	4,869,044.81	3,081,139.35
TOTAL PASIVO	11,658,725.10	13,245,595.96	14,713,698.47	16,923,412.68	28,185,148.48
PATRIMONIO	3,413,821.97	13,541,663.81	14,111,129.16	15,404,618.37	32,160,875.62
SUPERAVIT POR REEVALUACIÓN DE EDIFICIO	44,810,401.47	44,810,401.47	44,810,401.47	44,810,401.47	44,810,401.47
RESULTADOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	15,286,221.63	15,101,878.73	28,332,535.15	17,540,840.17	2,701,128.02
RESULTADO DEL EJERCICIO	5,096,406.08	13,171,579.19	4,587,018.94	7,326,364.26	(1,366,274.93)
TOTAL PATRIMONIO	68,606,851.15	86,625,523.20	91,841,084.72	85,082,224.27	78,306,130.18
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	80,265,576.25	99,871,119.16	106,554,783.19	102,005,636.95	106,491,278.66

**ESTADO DE RESULTADOS
DEL 1 AL 31 DE DICIEMBRE**

	2000	2001	2002	2003	2004
INGRESOS					
CUOTAS DE RECUPERACIÓN	32,564,559.16	35,188,000.63	75,522,158.42	77,018,669.99	93,136,245.44
SERVICIOS PARAMÉDICOS (FARMACIA)	21,789,542.49	30,442,650.24	0	0	0
APORTACIONES	60,449,045.70	73,791,947.39	0	0	0
PRESUPUESTO ESTATAL (P.E.T.)	-	-	38,500,495.91	35,182,502.29	37,209,439.58
PRESUPUESTO ESTATAL PROGRAMA DE SALUD	-	-	688,857.00	496,942.40	0
PRESUPUESTO FEDERAL PARA HOMOLOGACIÓN	-	-	37,025,614.42	39,491,126.09	42,072,407.96
APORTACIONES DEL ORGANISMO S.S.T.	-	-	3,711,074.44	9,843,101.09	13,245,513.95
APORTACIONES DE SEGURO POPULAR	-	-	-	-	0
OTROS INGRESOS	1,842,327.78	11,351,105.02	1,608,490.43	725,313.08	1,470,402.14
TOTAL INGRESOS	116,645,475.13	150,773,703.28	157,056,690.60	162,757,654.90	187,134,009.10
GASTOS					
SERVICIOS PERSONALES	66,959,595.92	82,098,902.90	90,193,406.26	101,351,034.70	108,594,284.10
MATERIALES Y SUMINISTROS	36,806,972.10	46,350,194.56	49,963,256.16	44,057,155.78	67,698,978.29
SERVICIOS GENERALES Y SUBROGADOS	7,782,501.03	9,153,026.63	12,313,009.26	10,023,100.25	12,207,021.63
TOTAL GASTOS	111,549,069.10	137,602,124.09	152,469,671.7	155,431,290.7	188,500,284
RESULTADO DEL EJERCICIO	<u>\$ 5,096,406.08</u>	<u>\$ 13,171,579.19</u>	<u>\$ 4,587,018.94</u>	<u>\$ 7,326,364.26</u>	<u>\$ (1,366,274.93)</u>

ANEXO 5: COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO DEL ALMACÉN GENERAL AL CIERRE DE LOS EJERCICIOS DESDE EL 2001 AL 2005.

SERVICIOS DE SALUD DE TAMAULIPAS

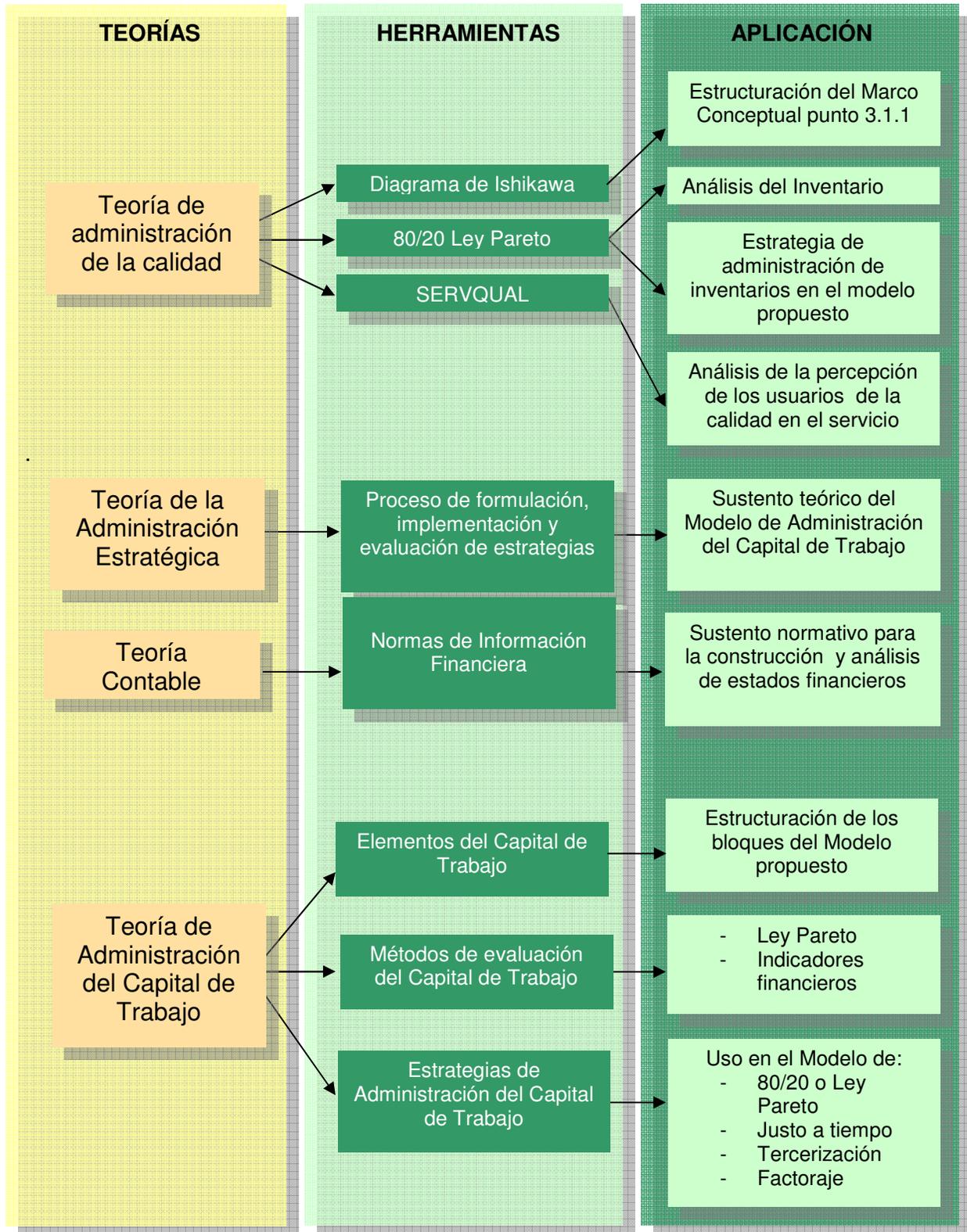
HOSPITAL GENERAL DR. NORBERTO TREVIÑO ZAPATA

COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO DE ALMACÉN GENERAL AL CIERRE DE LOS EJERCICIOS DESDE 2001 HASTA 2005

CONCEPTO	2001	2002	2003	2004	PROMEDIO
Medicamento	47.11%	56.85%	37.43%	41.49%	43.13%
Material de curación	26.48%	20.18%	36.89%	41.81%	30.46%
Material de laboratorio	2.06%	2.40%	4.32%	0.93%	3.81%
Material de radiología y fotografía	2.47%	4.26%	2.72%	5.66%	5.28%
Papelería y artículos de escritorio	2.10%	2.16%	1.16%	1.41%	1.88%
Formas impresas	0.35%	0.52%	1.17%	0.31%	0.60%
Ropería, uniformes	1.74%	1.10%	1.26%	1.08%	1.26%
Aseo y limpieza	0.93%	0.24%	0.72%	0.47%	1.38%
Víveres y utensilios de cocina	0.25%	0.00%	0.85%	0.64%	0.36%
Material de mantenimiento	13.76%	8.58%	6.41%	3.84%	8.13%
Diversos	0.02%	0.04%	0.14%	0.05%	0.09%
Aparatos e instrumental médico	2.00%	2.08%	1.97%	1.17%	1.74%
Donativos	0.63%	0.69%	0.50%	0.31%	0.51%
Donativos hospital infantil	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Sobre inversión	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	0.02%
Departamento de impresión	0.08%	0.12%	0.13%	0.05%	0.09%
Material de hemodiálisis	0.01%	0.76%	1.37%	0.01%	0.45%
Material de hemodinamia			2.94%	0.76%	0.82%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

ANEXO 6: VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Cuadro de correlación de fuentes bibliográficas, herramientas obtenidas de dichas fuentes, utilización según la metodología seleccionada y resultados de la aplicación de las mismas, clasificadas de acuerdo a la estructura de este estudio.





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

Oficio: PPCA/GA/2008

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Doctorado.

Coordinación

Dr. Isidro Ávila Martínez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad.
P r e s e n t e.

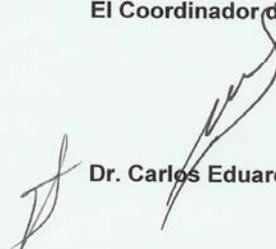
At'n.: Lic. Balfred Santaella Hinojosa
Coordinador de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **Jesús Lavín Verástegui** presentará Examen de Grado dentro del plan del **Doctorado en Ciencias de la Administración** toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité de asuntos académicos y administrativos de Doctorado, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez	Presidente
Dr. Juan Danilo Díaz Ruiz	Vocal
Dr. Roberto Moreno Espinosa	Secretario
Dr. Ignacio González Sánchez	Suplente
Dr. Francisco García Fernández	Suplente

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

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Cd. Universitaria, D.F., 14 de abril del 2008.
El Coordinador del Programa



Dr. Carlos Eduardo Puga Murguía