



Mi Universidad

LIBRO

SUBMODULO II

Procedimientos administrativos con enfoque de calidad y seguridad en los servicios de enfermería

Nombre de la Licenciatura

Técnico Bachiller en Enfermería General

CUARTO SEMESTRE

Periodo: FEBRERO- JULIO 2021

L.E. YESENIA GUADALUPE OVANDO ALEGRÍA

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras -Edgar Robledo Santiago, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida

oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzitol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

Mi Universidad

ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

Intervención Psicopedagógica.

CRITERIOS, PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION Y ACREDITACION.	
Trabajos Escritos	30%
Actividades áulicas	20%
Examen	50%
Total	100%
Escala de calificación	7- 10
Minima aprobatoria	7

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.			
TIPO	TITULO	AUTOR	EDITORIAL
Libro	ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA	BALDERAS PEDRERO MARIA DE LA LUZ	MC GRAW HILL/ INTERA 2012
BIBLIOGRAFIA SUGERIDA.			
TIPO	TITULO	AUTOR	EDITORIAL
Libro	ADMINISTRACION Y GESTION	MOMPART GARCIA MARIA PAZ	DAE 2018

INDICE

Contenido

Misión.....	4
Valores.....	4
Escudo.....	4
Eslogan.....	5
ALBORES.....	5
UNIDAD I: PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS CON ENFOQUE DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	10
I. Administración general	10
I.1. Antecedentes históricos de la administración	11
I.2. Principios generales de la administración	15
I.3. Relación de la administración con otras disciplinas	18
I.4. Concepto de administración	19
I.5. Diferentes corrientes administrativas	20
I.6. Modelos administrativos.....	23
I.7. Reingeniería.....	26
Unidad II : ORGANIZACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD.....	29
2.1. El hospital como una organización.....	29
2.2. Clasificación de hospitales	33
2.3. Concepto de hospitales.....	34
2.4. El hospital como un subsistema nacional de salud.....	35
2.5. Regionalización	36
2.6. Descentralización	38
2.7. Desconcentración	42
2.8. Municipalización	43
2.9. Niveles de atención	46
2.10. Funcionamiento de las organizaciones para la administración de salud.....	49
2.11. Funciones de instituciones de salud	52
2.12. Estructura organizacional.....	53
2.13. Cuerpo de gobierno	54
2.14. Comités de hospital.....	55

2.15.	Enfoque neoclásico	56
2.16.	Departamentalización de instituciones de salud.....	57
2.17.	Servicios médicos	59
2.18.	Servicios paramédicos	59
2.19.	Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.....	60
2.20.	Servicios generales	61
3.1.	Departamento de investigación médica y de enfermería.....	61
3.2.	Aspectos legales en instituciones de salud	64
3.3.	Enfoque de sistemas.....	66
3.4.	El enfoque sistemático de la administración en salud.	67
3.5.	Enfoque contingencial	68
3.6.	Teoría de la contingencia	68
3.7.	El enfoque contingencial en la administración en salud.	68
3.8.	Manuales de programas del departamento de enfermería.....	70
3.9.	Instrumentos administrativos.....	70
3.10.	Graficas de productividad.....	72
3.11.	Manejo de censo	73
3.12.	Vacaciones.....	75
	Unidad IV: ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	78
4.1.	Manejo de la plantilla funcional y nominal	78
4.2.	Cronograma de descansos, vacaciones y actividades	79
4.3.	Fondo fijo de material de consumo, canje y fijo un servicio.....	86
4.5	Supervisión.....	88
4.6.	Comunicación.....	89
4.7.	Funciones del supervisor de enfermería	91
4.9.	Tipos de instrumentos y características del supervisor.....	91
4.10.	Plan de supervisión	93
4.11.	Métodos y medios de supervisión	93
4.12.	Distribución de personal	94
4.16.	Conceptos de control	96
4.18.	Evaluación de los servicios de enfermería	99
4.19.	Evaluación del personal de enfermería	100
4.20.	Evaluación de la atención otorgada por enfermería	101

4.21. Si calidad.	102
Referencias	104

UNIDAD I: PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS CON ENFOQUE DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

Objetivo de la unidad:

Aplicar el proceso administrativo en las instituciones de salud de acuerdo a los criterios de calidad y seguridad para la gestión del cuidado enfermero con alto sentido de responsabilidad y seguridad considerando principios del desarrollo sustentable.

I. Administración general

La administración general pertenece a las ciencias sociales que tiene como propósito el análisis de las organizaciones, a través de la planificación, organización, dirección y control de los recursos económicos, materiales, tecnológicos y humanos.

Objetivos de la Administración

- Lograr eficacia para que la organización consiga sus metas.
- Obtener eficiencia para alcanzar los objetivos con el mínimo de recursos.
- Permitir a la organización tener un amplio punto de vista sobre el medio el cual se desarrolla. Asegurar que la organización produzca o suministre sus servicios.

Elementos de la Administración:

- ✚ Propósito: la administración está orientada en alcanzar determinados resultados.
- ✚ Eficiencia: es la manera de elaborar las cosas bien, logrando los propósitos con los recursos necesarios con calidad y al mínimo costo.
- ✚ Eficacia: se entiende por eficacia al obtener los propósitos satisfaciendo lo que requiere el servicio o producto desde el punto de vista de tiempo y calidad.
- ✚ Productividad: es el vínculo entre la cantidad de materiales necesarios para producir un servicio o un bien. Es el alcance de los mejores resultados con el mínimo de recursos, con eficacia y eficiencia.
- ✚ Coordinación de recursos: en la administración consiste en analizar y ordenar los diversos recursos que influyen en el resultado de un fin común.
- ✚ Grupo social: es imprescindible que exista un grupo social para que se logre la administración.
Recursos materiales: son los bienes que se encuentran en la empresa.
- ✚ Hombre: es el recurso humano de la organización.

- ✚ Sistema: son los asuntos contables, administrativos y de producción.

Características de la Administración

- ✚ Es universal: existe en todo conjunto social.
- ✚ Amplitud de ejercicio: se emplea en todos los niveles de una organización legal.
- ✚ Unidad temporal: las fases del proceso administrativo se realizan al mismo tiempo y no forma aislada.
- ✚ Específica: las características de la administración son específicas, pero se apoya en otras ciencias.
- ✚ Flexibilidad: los fundamentos de administración se aplican según las necesidades del grupo social en donde se emplean, la administración no es rígida.

En la administración general se planifica, organiza, dirige y se lleva un control.

Planificación: es precisar las metas, crear estrategias y establecer planes para ordenar las actividades. Para que se lleve a cabo la planificación debe informarse sobre la economía del país, la competitividad en el mercado y datos de los consumidores entre otros aspectos que se piensen a la hora de realizar el plan. Con la planificación se pretende obtener el progreso socioeconómico de la empresa. La producción de un plan necesita de factores que se relacionan para precisar el nivel, objetivo, enfoque y tiempo de la planificación.

Organiza: establecen lo que se necesita hacer, cómo se llevará a cabo quién lo realizará. Organizar indica plantear una estructura para desarrollar los planes. Sin el proceso de la organización la planificación no podría cumplirse es por esto que van de la mano para lograr los objetivos propuestos por la empresa.

Dirige: dirige a las personas involucradas y soluciona los problemas. En la ejecución el recurso humano es fundamental para realizar el trabajo dentro de la empresa, es por esto que debe crearse una relación favorable entre los trabajadores y la empresa para que el resultado sea lo proyectado.

I.1. Antecedentes históricos de la administración

La administración es un término muy usado en la actualidad, este generalmente es entendido en la forma más simple de cómo realizar y usar recursos adecuadamente, pero esto va más allá de lo que se puede apreciar ya que esta palabra ha tenido una gran evolución desde que se definió su término hasta nuestros días, pues ha ido transformándose en medida de como el hombre lo requiere.

Es necesario conocer cómo se inició, desarrollo, adaptó y estableció la administración debido a que puede mostrar la forma correcta de realizar las diferentes actividades en una empresa, en una escuela, en hospitales o incluso en el propio gobierno.

Para comprender mejor lo que es la administración se presentan las siguientes definiciones de autores

especializados en el tema:

1. Ciencia compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no se pueden lograr en los organismos sociales, (Jimenez, 1990).
2. Es la coordinación de hombres y recursos materiales para la consecución de objetivos organizacionales, lo que se logra por medio de cuatro elementos: Dirección hacia objetivos, a través de gente, mediante técnicas y dentro de una organización, (Kast, 1990).
3. Es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales, (Chiavenato, 2006).

De acuerdo al contenido anterior se puede entender que la administración es considerada una ciencia que incluye métodos, técnicas y teorías para el uso de recursos que se han puesto en práctica en grupos de personas organizadas para alcanzar eficazmente y eficientemente un fin en común.

1. Antecedentes históricos de la administración
2. Civilizaciones antiguas

La administración nace desde que los seres humanos debieron de incorporarse en grupos para lograr cubrir sus necesidades de supervivencia, por lo que se organizaron para complementar sus habilidades, definir reglas y cuidar sus recursos.

A medida que los grupos lograban mejorar sus sistemas de colaboración crecieron hasta formar civilizaciones, en donde la administración debía de adecuarse a las nuevas circunstancias a las que se enfrentaban.

2.1 Sumerios

Se han encontrado antecedentes del pensamiento administrativo desde el siglo X a.C. cuando el legislador bíblico Salomón estableció acuerdos comerciales, de construcción y formo tratados de paz, además de repartir los recursos equitativamente entre la población, así también en el año 5000 a.C. los sumerios lograron la invención de la escritura y la conservación de registros para un control administrativo tributario.

2.2 Egipto

La aportación de los egipcios fueron las pirámides, puesto que ya manejaban habilidades administrativas y de organización, ya que debían de planificar la cantidad de bloques, de donde serían extraídos, cuántos hombres necesitarían y sobre todo el tiempo de construcción, denotando de esta forma que su sistema de planeación y administración de recursos iba adecuándose más a lo que conocemos hoy en día.

2.3 Babilonia

Hammurabi rey de Babilonia elaboro leyes de carácter mercantil, tratando temas como ventas, préstamos, contratos, sociedades, acuerdos y pagarés, además sus transacciones eran registradas en tablillas como un medio de control, por otra parte aquí inicio la no delegación de responsabilidades, ya que por ejemplo se castigaba al supervisor de obras y no a los subordinados por el incumplimiento de estas.

Además el código Hammurabi vigente en el periodo 2000 y 1700 a.C. fue un instrumento en el que se empezaba a definir los *salarios mínimos*, control, depósitos y responsabilidades comerciales. Posteriormente a esto en el 604 a.C. Nabucodonosor al subir al trono implemento los controles de producción y pagos, así como los incentivos de salario en las fábricas textiles.

2.4 China

En los 500 A.C., los escritos de Mencius y Chow denotan que los chinos estudiaban principios de comportamiento sobre organización, planificación, dirección y control, además de conocimiento de conceptos como; organización, funciones, cooperación, procedimientos para mejorar la eficiencia y técnicas de control mismas que se encontraban en la constitución de Chow que era un directorio de todos los sirvientes del emperador.

Alrededor de 2350 y 2256 a. C. el emperador Yao hizo uso por primera vez de una junta de consejo para tomar decisiones importantes y además esta servía como una herramienta de comunicación con sus súbditos.

2.5 Grecia

En Grecia lograron tener la capacidad para administrar las operaciones de compañías comerciales, desarrollaron un gobierno democrático que contenía un proceso administrativo, es en esta civilización donde se encuentra el origen del *método científico*^[21], ya que descubrieron los criterios de investigación e introdujeron la ciencia y la educación en muchos aspectos a la administración.

Fue en este segmento de la historia que Platón apporto la primera teoría sobre la especialización y división

del trabajo, donde entre algunas ideas mencionaba que un trabajador debía enfocarse en realizar las tareas para las cuales tenía la habilidad de hacerlo. Sócrates por su parte mencionaba que un buen administrador lograría que sus subordinados obedecieran y cumplieran, seleccionando a los ideales para cada puesto, sin importar el tipo de comercio que estuvieran administrando.

2.6 India

Alrededor de 321 a. C. el Arthashastra de Kautilya, aportación que define a la ciencia de la política, social y económica del estado, donde se detallaban las obligaciones del rey, sus ministros y consejeros, sobre reuniones del consejo, temas de guerra y paz, donde además hacía referencia a la organización de los negocios, leyes, tribunales, gobierno municipal, costumbre sociales, matrimonio, divorcio, derechos de las mujeres, ingresos, impuestos, minas y factorías, mercados, entre otros, agrupa todos estos aspectos con el fin de lograr el éxito de la política aunque fue señalado como un elemento que no tenía compasión humana y mucho menos moralidad.

2.6 Roma

La mayor aportación que se les conoce es el de administrar una población de aproximadamente 50 millones de personas, por medio de estrategias de control y administración como la que se aplicó en el año 284 d. C. por Diocleciano que consistía en la delegación de autoridad, por medio de la división de su territorio en provincias, diócesis y divisiones geográficas.

2.7 La revolución industrial

Esta etapa está marcada por el desarrollo de máquinas de vapor y energía hidráulica, que dieron una gran ayuda a los sistemas de producción, de esta manera se empezó a necesitar grandes cantidades de personal, nuevos sistemas de comercialización y capitalización, lo que dio lugar a se empezara a contratar mano de obra, división del trabajo, para especializar a los trabajadores se necesitó de entrenamiento, estímulos y sanciones.

Chiavenato, I. (2006) menciona cuatro principales etapas de la revolución industrial:

- I. *Mecanización de la industria y la agricultura*: A finales del siglo XVIII surge la máquina de hilar (*Hargreaves, 1767*), del telar hidráulico y mecánico además de la maquina desmontadora de algodón, que sustituyeron el trabajo del hombre y la fuerza muscular, por trabajo animal e incluso de la rueda hidráulica.

2. *Aplicación de la fuerza motriz a la industria:* Aplicación de las máquinas de vapor para las transformaciones en los talleres, en transportes, agricultura y comunicaciones.
3. *Desarrollo del sistema fabril:* El artesano y su pequeño taller desaparecieron para dar lugar al operario, a las pequeñas y grandes fábricas basadas en la división del trabajo.
4. *Una espectacular aceleración de los transportes y las comunicaciones:* Navegación con vapor *Robert Fulton*, 1807 y logro que después las ruedas propulsoras se convirtieran en hélices. La locomotora fue perfeccionada por *Stephenson*. La primera vía férrea se construyó en Inglaterra, enseguida aparecieron otros medios de comunicación como el telégrafo eléctrico (*Morse*, 1835), surgió el sello postal en Inglaterra (1840) y el teléfono (*Graham Bell*, 1876).

1.2. Principios generales de la administración

El ser humano es social por naturaleza, lo que implica vivir organizadamente. Esto a su vez requiere de dividir las funciones sociales en forma ordenada, de modo que algunos miembros produzcan alimentos, otros vestidos, otros den servicio. Desde que el hombre constituyó la tribu requirió de administración grupal para sobrevivir y cubrir cada vez más sus crecientes necesidades, por lo que la administración es una de las actividades y trabajos más antiguos, interesantes y bellos.

La necesidad es la madre de la administración, dado que para poder satisfacerla se requiere trabajar hacia propósitos concretos del trabajo grupal. Podemos decir que la administración se ha ido formando conforme han ido que hoy día implica una preparación continua profesional; en este campo de la actividad humana concurren todas las demás profesiones para su perfeccionamiento; además de que todos los otros campos la utilizan cada vez más como herramienta.

Wilburg Jiménez Castro define la administración como una ciencia compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no se pueden lograr en los organismos sociales.

Por su parte Fremont E. Kast dice que la administración es la coordinación de hombres y recursos materiales para el logro de objetivos organizativos, lo que se logra por medio de cuatro elementos:

- Dirección hacia objetivos
- A través de gente
- Mediante técnicas
- Dentro de una organización

La mayoría de los autores define a la administración como el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar para lograr objetivos organizativos preestablecidos.

2. Principios de la administración desde el punto de vista de Henri Fayol

Henri Fayol era un teórico de la administración francesa cuyas teorías en la administración y en la Organización del trabajo fueron extensamente influyentes a principios del siglo XX. Fue un ingeniero minero que trabajó para la compañía minera francesa Commentry-Fourchambault-Decazeville, primero como ingeniero; después fue promovido a la gerencia general y después como director de administración desde 1888 a 1918.

Catorce son los principios de administración de Henri Fayol:

1. División del trabajo. La especialización permite que el individuo acumule experiencia, y mejore continuamente sus habilidades; de tal modo, pueda ser cada vez más productivo.
2. Autoridad. El derecho a dictar órdenes junto con las cuales debe ir equilibrada la responsabilidad de su función.
3. Disciplina. Los empleados deben de obedecer, pero este tema tiene dos caras: los empleados obedecerán, solo la gerencia hace su parte proporcionando una buena lección.
4. Unidad de comando. Cada trabajador debe tener solamente un jefe sin otras líneas de mando en conflicto.
5. Unidad de dirección. La gente contratada para la misma clase de actividades debe de tener los mismos objetivos en un solo plan. Esto es esencial para asegurar la unidad y la coordinación en la empresa. La unidad del comando no existe sin la unidad de la dirección, pero no fluye necesariamente de ella.
6. Subordinación del interés individual (al interés general). La administración debe de considerar que las metas de las empresas son siempre supremas.
7. Remuneración. El pago es un motivador importante pero cuando Fayol analiza un número de posibilidades, precisa que no existe un sistema de remuneración perfecto.
8. Centralización (Descentralización). Este es un tema de grado dependiendo de la condición del negocio y de la calidad del personal.

9. Cadena escalonada (línea de autoridad). Una jerarquía es necesaria para la unidad de la dirección. Pero la comunicación lateral es también fundamental, mientras que los superiores sepan que está ocurriendo tal comunicación.
10. Orden. El orden material y el orden social son necesarios. El primero disminuye la pérdida de tiempo y la manipulación innecesaria de materiales. El segundo se logra con la organización y la selección.
11. Acción. En el funcionamiento de un negocio es necesaria una combinación de amabilidad y justicia. Tratar bien a los empleados es importante lograr equidad.
12. Estabilidad de la contratación del personal. Los empleados trabajan mejor si tienen la seguridad en su empleo y en el progreso de su carrera. Una contratación insegura y un alto índice de rotación de personal de forma contraria a la organización.
13. Iniciativa. Permitir que todo el personal muestre su iniciativa de cierta manera es una fuente de la fortaleza para la organización. Aun cuando puede implicar un sacrificio de la vanidad personal de parte de muchos gerentes.
14. Espíritu de cuerpo. La administración debe de fomentar la motivación moral de sus empleados. Fayol llega aún más lejos: |El necesario un verdadero talento para coordinar esfuerzos, provocar el entusiasmo, utilizar las capacidades de cada persona, y recompensar a cada uno según sus méritos, sin despertar posibles celos y disturbar las relaciones armoniosas. |

Principios de la administración desde el punto de vista de Javier Burgos

La política europea de 1789 a 1917 estuvo fuertemente influida por la Revolución francesa, sea a favor o en contra, tal como es observable en las instituciones y las ideas políticas. Los programas de los partidos liberales, radicales y democráticos tienen su origen en ella. La Revolución originó el primer impulso defensivo de Francia contra los invasores, que una vez expulsados se convirtieron en invadidos. La ocupación de España puso a Javier de Burgos en comunicación con los franceses, con quienes trabajó, lo que generó sentimientos encontrados que lo convirtieron en colaboracionista para unos y patriota para otros. Hay que destacar que una vez instalado en París durante 1826, luego de haber abreviado en la ciencia de la administración de Bonnin, Burgos la llevó a España para hacerla florecer.

Conclusión

Entendiendo que la administración es un proceso, ya que realizamos funciones en cierto orden y secuencia; es además una actividad de máxima importancia dentro del que hacer de cualquier empresa, ya que nos referimos al establecimiento, búsqueda y logro de objetivos.

1.3. Relación de la administración con otras disciplinas

El trabajo del administrador profesional se nutre tanto de la teoría, técnicas y prácticas administrativas como de la experiencia personal. Su formación debe incluir el estudio de la conducta humana: individual, grupal y social. Por consiguiente, el futuro administrador debe adquirir también conocimientos de psicología y sociología, básicamente en el área industrial y organizacional.

Su relación con la teoría contable y financiera es estrecha, pues sus decisiones, sobre todo cuando ocupa cargos de alta dirección, se apoyan en los resultados económicos de su gestión y de las áreas que coordina.

También existe un vínculo con la informática, las redes y websites, por lo que el administrador requiere estar actualizado en los productos y programas de cómputo del ramo en que se desempeña.

Además de lo anterior, el futuro administrador tendrá que adquirir conocimientos de matemáticas y estadística, otras disciplinas con las que la administración se relaciona de manera estrecha. Las técnicas modernas de la administración se basan en gran parte en la aplicación de la estadística en todas las áreas del trabajo administrativo, y las matemáticas se utilizan tanto en las finanzas como en la producción y la investigación de mercados.

La administración se relaciona muy de cerca también con la economía. De hecho, la administración es un producto de la teoría económica. En algunos países de Europa los administradores profesionales son graduados en microeconomía o economía de empresa. En la época actual, marcada por la globalización de los mercados, se exige que el administrador adquiera una visión del fenómeno económico mundial.

Otra disciplina fundamental en el conocimiento del administrador es el derecho, pues la empresa actúa en un medio normado por las leyes mercantiles, laborales, ecológicas, fiscales y civiles del país en donde opera.

La empresa como organismo social se desenvuelve en sociedades con normas que regulan la vida de estos organismos, tanto en su actividad mercantil como en su relación con los trabajadores. Mediante el derecho civil se regulan los contratos con otros organismos y personas.

Por otro lado, existe una normatividad ecológica que impone restricciones y obligaciones a las actividades industriales.

a) Ciencias Sociales:

I. Sociología: ciencia que trata de la constitución y de las sociedades humanas.

2. Psicología: ciencia que trata del alma, de los fenómenos de la conciencia. Carácter, modo de ser.
3. Derecho: estudio del conjunto de leyes y disposiciones a las cuales está sometida toda sociedad civil.
4. Economía: ciencia que se encarga del estudio de los mecanismos que regulan la producción, repartición y consumo de las riquezas.
5. Antropología: ciencia que trata del estudio del hombre.

b) Ciencias Exactas:

1. Matemáticas: ciencia que se encarga del estudio de los sistemas abstractos (números, figuras geométricas, etc.)

c) Disciplinas Técnicas

1. Ingeniería industrial: aplicación de los conocimientos científicos a la investigación, perfeccionamiento y utilización de la técnica industrial en todas sus ramas.

2. Contabilidad: ciencia de llevar las cuentas.

Ergonomía: conocida también como ingeniería humana, diseño de los instrumentos, equipo e instalaciones de trabajo, conforme a las características anatómicas humanas incluyendo los aspectos psicológicos.

3. Cibernética: ciencia que estudia los mecanismos automáticos de las máquinas.

<https://ucemfundamentosdelaadministracion.wordpress.com/2014/11/06/guia-para-el-segundo-parcial/>

1.4. Concepto de administración

La administración es la disciplina científica que tiene por objeto el estudio de las organizaciones, constituyendo una socio tecnología encargada de la planificación, organización, dirección y control de los recursos (humanos, financieros, materiales, tecnológicos, del conocimiento, etc.) de una organización, con el fin de tomar el máximo beneficio posible; este beneficio puede ser social, económico, dependiendo de los fines perseguidos por la organización.

La Administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar el manejo de los recursos y las actividades de trabajo con el propósito de lograr los objetivos o metas propuestas de la organización de manera eficiente y eficaz. Permite implementar nuevas estrategias para el logro de las metas para tener éxito en la empresa u organización.

Administración moderna de una organización, centrada en la estrategia y enfocada a las necesidades del cliente.

Otras definiciones de Administración (según varios autores) son las siguientes:

La administración es una ciencia social compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se puede alcanzar propósitos comunes que individualmente no es factible lograr.

La Administración consiste en lograr un objetivo predeterminado, mediante el esfuerzo ajeno. (George R. Terry).

La Administración es una ciencia social que persigue la satisfacción de objetivos institucionales por medio de una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado. (José A. Fernández Arenas).

La Administración es el proceso cuyo objeto es la coordinación eficaz y eficiente de los recursos de un grupo social para lograr sus objetivos con la máxima productividad. (Lourdes Münch Galindo y José García Martínez).

Todas estas definiciones contienen ciertos elementos en común:

- La existencia de objetivo(s) hacia el cual está enfocada la administración.
- La administración se da en grupos sociales, es entre personas.
- Debe existir el uso adecuado de recursos para lograr el fin común.
- Requiere de la eficacia, es decir, lograr los objetivos establecidos o previstos.
- Necesita la eficiencia que se refiere al logro de los objetivos pero al menor costo y con la máxima calidad.
- Productividad, es la obtención de los máximos resultados con el mínimo de esfuerzos humanos.

1.5. Diferentes corrientes administrativas

Estas son las principales teorías de la administración, sus enfoques, representantes y aportaciones.

Teoría clásica (1916) Su representante es Henri Fayol. Esta teoría tiene una perspectiva estructuralista y su enfoque organizacional se centra exclusivamente en la organización formal; tiene una aproximación normativa y prescriptiva. Su concepto de organización es el de una estructura formal como conjunto de órganos, cargos y tareas. Concibe al hombre como un homo economicus que percibe una remuneración por sus laborales. Busca la máxima eficiencia.

Teoría científica: El representante es Frederick Taylor quien desarrolló esta teoría en 1903. Esta teoría tiene una perspectiva que pone énfasis en las tareas y el enfoque organizacional se centra en la organización formal exclusivamente. El método se centra en la departamentalización. Su concepto de organización se basa en la sustitución de métodos empíricos por un método científico y se basa en tiempos y movimientos. Concibe al hombre como un homo economicus y las aportaciones son los principios básicos de la administración como: planeación, preparación, control y ejecución. El propósito de esta teoría es el aumento de la eficiencia empresarial a través del incremento de la producción.

Los incentivos vienen a ser la remuneración por las labores del trabajador.

- Teoría humanista: El representante es Elton Mayo, quien en el año 1932 elaboró esta teoría desde una perspectiva conductista con enfoque en las relaciones humanas. Se basa en la organización informal, aquella que subyace por fuera de la organización formal. Considera al trabajador un hombre social, y las aportaciones es que estudia a la organización como grupos de personas, la delegación plena de la autoridad, la autonomía del trabajador, la importancia del contenido del cargo, las recompensas y sanciones sociales, el nivel de producción depende de la integración social. Los incentivos principales del trabajador son los sociales y los simbólicos. Los resultados son la eficiencia óptima.
- Teoría del comportamiento: Su representante es Abraham Maslow quien en el año 1950 desarrolló esta teoría desde una perspectiva conductista. Estudia la organización formal y la informal. Se enfoca en la psicología organizacional y el concepto de organización se basa en relaciones interpersonales. La concepción del hombre es de un ser individual y social. Los aportes de la teoría del comportamiento es la teoría de Maslow de las necesidades humanas sobre la base de una pirámide de necesidades que el hombre va satisfaciendo a medida que cumple metas. Los incentivos tienen que ver con la pirámide de necesidades, y busca al empleado satisfecho.
- Teoría X / Y: El representante es Douglas Mac Gregor quien elaboró esta teoría con una perspectiva mecanicista. El enfoque de la organización es de innovación y creatividad. El concepto de la organización es de positivos: Y y negativos X. La concepción del hombre es de un ser individual y social. La teoría X lleva a las personas a hacer exactamente lo que la organización pide que haga, ya que se da en forma de imposición.

La teoría Y desarrolla un estilo de administración muy abierto y extremadamente democrático. Autócrata = X versus Autocontrol= Y

- Teoría neoclásica: Esta teoría fue elaborada por Peter Drucker en 1954 bajo la perspectiva metodológica. Considera a la organización formal y a la informal. Para Drucker la organización es

un sistema social con objetivos por alcanzar racionalmente. Los aportes de esta teoría es que le asigna alta jerarquía a los conceptos clásicos de estructura, autoridad y responsabilidad. Además incorpora otros enfoques teóricos como la dinámica de grupos, la organización informal, la comunicación interpersonal y la apertura hacia una dirección democrática. Los objetivos organizacionales son la integración entre objetivos individuales de los trabajadores con los objetivos organizacionales.

- Teoría estructuralista: Su representante es James Burnham en 1947. La perspectiva la ubica sobre la estructura organizacional, las personas y el ambiente. Tiene un enfoque de la organización múltiple y globalizante, formal se basa en un sistema abierto y utiliza un modelo natural. El hombre, para el estructuralismo, es un ser social que desempeña roles dentro de varias organizaciones. Los aportes de la teoría estructuralista son los niveles jerárquicos: 1. nivel técnico, 2. nivel gerencial, 3. nivel institucional. Los objetivos organizacionales tratan de lograr un equilibrio entre los objetivos organizacionales e individuales. Los incentivos son materiales y sociales.
- Teoría burocrática: Esta teoría fue esbozada por Max Weber en 1940. Su perspectiva se basa en la estructura organizacional. Se basa en la organización formal y el enfoque es un sistema cerrado. La organización es humana pero basada en la racionalidad. Las características de la organización son una serie de normas y reglamentos, división del trabajo, impersonalidad de las relaciones, jerarquía de autoridad, rutina y procedimientos. Los aportes son un enfoque de sistema cerrado, énfasis en la planeación y control, establecimientos de tipos de sociedades y autoridades.

Teoría de los sistemas. El referente de esta teoría es Ludwig von Bertalanffy (1951). Tiene una perspectiva integradora, y define a la organización como un sistema abierto o cerrado. No se limita a la división y coordinación entre los departamentos como teorías anteriores. Los aportes de esta teoría, es el globalismo o totalidad. Esta teoría define la Entropía como: tendencia de los sistemas a desgastarse. Las organizaciones como clases de sistemas sociales. Las funciones de un sistema dependen de su estructura. Los objetivos organizacionales son, evitar la entropía. Los incentivos son tecnificarse. Y los resultados que busca esta organización son la tecnificación y la agilidad de los procesos.

Teoría matemática. Los representantes de esta teoría son: Herbert Simon, Von Neumann y Mongesntem. Se desarrolló entre 1947-1954. desde una perspectiva de 'toma de decisiones acertadas'. El enfoque de organización es cuantitativo. Y se concibe a la organización como un espacio donde se aplican procesos decisorios. La teoría de la matemática se basa en dos perspectivas: la del proceso y la del problema, de las cuales se obtiene las características de la toma de decisiones que son: Decisiones programadas y no programadas. Las aportaciones son: teorías de los juegos: estrategia y análisis de conflictos, de los grafos: técnicas de planeación y programación por medio de redes -de las colas: cuida el tiempo de espera, la

cantidad de clientes y el tiempo de prestación del servicio.

Teoría contingencial: Elaborada en 1980 por William Dill, William Starbuck, James Thompson, Paul Lawrence, Jay Lorsch y Tom Burns. La organización es un sistema abierto. Existe una relación funcional entre las condiciones del ambiente y las técnicas administrativas. Subraya el ajuste entre procesos organizacionales y las características de la situación, requería la adaptación de la estructura organizacional a diversas contingencias.

Referencias, créditos & citas APA: LosRecursosHumanos.com. Portal con artículos e información especializada sobre la gestión de RRHH en las organizaciones. En línea desde 2005.

"Principales teorías administrativas: enfoques y representantes". Este artículo fue investigado y redactado por el equipo de redacción de LosRecursosHumanos.com. Obtenido el 27/07/2020, desde la url: <https://www.losrecursoshumanos.com/principales-teorias-administrativas-enfoques-y-representantes/>

1.6. Modelos administrativos

Modelos administrativos

Otro elemento de gran importancia que no debemos dejar de mencionar dentro del papel del gerente es la aplicación de MODELOS ADMINISTRATIVOS. Pudiendo definir los Modelos como representaciones de un objeto, sistema o idea de forma diferente a la de identidad misma. Por lo general el modelo nos ayuda a entender y mejorar un sistema.

Los Modelos Administrativos son Básicamente modelos que las empresas van copiando, adaptándolos y generalizándolos a las necesidades de las mismas, ya que no suelen ser rígidos. Estos se representan a través de técnicas, procesos, modelos y sistemas administrativos.

Funciones del Modelo

* Comparar

* Predecir

Importancia

En cierto modo, los modelos administrativos imitan la realidad de las empresas para buscar

soluciones de ahí la importancia de diseñarlos específicamente para los problemas cuya complejidad impide describirlos o resolverlos con las ecuaciones matemáticas ordinarias. Tratan de reproducir una parte de las operaciones de la organización a fin de no ver lo que sucederá en ella con el tiempo, o de ensayar con esa parte modificando algunas variables

CONCEPTO DE MODELOS

Básicamente hablamos de modelos que las empresas van copiando, adaptándolos y generalizándolos a las necesidades de las mismas, ya que estos no suelen ser rígidos. Estos se representan a través de técnicas, procesos, modelos y sistemas administrativos.

Características:

- Son aplicados para producir un cambio.
- Para su aplicación requiere del uso de distintas herramientas.
- Son modelos que pueden aplicarse a más de un tipo de empresa.
- Son modelos que cambian la forma de desempeño del recurso humano de la empresa, a través de las herramientas aplicadas.
- Ventajas del Modelo Administrativo
Desventajas del Modelo Administrativo

Ejemplo: el desarrollo de un modelo, gasta y quita tiempo y es costoso

1. El modelo no representa con exactitud la situación real.
2. No desenvolvemos adecuadamente las funciones que relacionan a las variables, podemos caer en el error de obtener resultados imprecisos.
3. En cuanto a los resultados nos permiten deducir que a los números no les podemos dar toda la credibilidad, durante qué tiempo lo observamos, hay muchas cosas que tener en cuenta.

Selección del Modelo

El modelo que un gerente sustenta está formado por lo general por las suposiciones que este tiene de las personas y por las interpretaciones que hace de las situaciones. Como los gerentes tienden a actuar según piensan, el modelo subyacente que prevalece en la administración de una empresa determina el ambiente de esa empresa. Esa es la importancia de los modelos.

Los modelos no solo pueden variar de una empresa a otra; también pueden variar dentro de los departamentos de una empresa.

La construcción de modelos es una tarea de uso muy común, incluso la aplicamos sin darnos cuenta; por ejemplo:

Tenemos a una persona que desea redistribuir los muebles de una sala en su casa. El objetivo es tener una distribución que resulte atractiva pero también funcional para el grupo de invitados a una partida de cartas por la noche.

Una de las formas de abordar el presente problemas es mentalizar las diferentes posiciones que pudieran ocupar los muebles en el espacio determinado para la sala.

A esta forma de resolver situaciones se le conoce como **MODELO MENTAL**.

Claro que también se podrían mover los muebles de diferentes posiciones hasta encontrar el ideal, ya que el modelo mental limita los movimientos reales de los muebles, tal vez hayan más elementos que acomodar en la sala que mentalmente no se consideren, además de que la dueña de la casa podría estar omitiendo alguna forma de acomodar los muebles.

Consideremos ahora el problema que enfrenta un administrador encargado de diseñar una planta en una empresa manufacturera. Difícilmente este problema podría ser resuelto mentalmente como en el caso del reacomodo de muebles. El administrador enfrenta restricciones más importantes como la ubicación de aéreas específicas y de equipos.

Existe una gran diferencia entre los dos planeamientos expuestos, ya que el administrador no se puede permitir el pedirle a sus empleados el mover herramienta y equipo 3,4 o 5 veces para ver de qué forma se utiliza mejor el espacio; sin embargo el administrador puede utilizar un **MODELO A ESCALA** donde el problema real se representa de forma reducida mediante una estructura.

BIBLIOGRAFIA

Administración en las Organizaciones. Fremont E. Kast y James E. Rosenzweig, 1988.

Víctor Hugo López Arias. Otros conceptos de la Administración, 1994

Introducción a la Teoría General de la Administración. Idalberto Chiavenato, 2006.

I.7. Reingeniería.

La reingeniería es un enfoque administrativo que consiste en gestionar los procesos en lugar de funciones, rediseñando los procesos de la organización por completo para llevar a generar una mejora continua.

Por definición, la reingeniería es el método mediante el cual se aplica un cambio radical en continuidad a la operatividad de una organización, con el fin de alcanzar una mejora de su competitividad y rentabilidad, mediante la aplicación de técnicas enfocadas al negocio y al cliente, renovando los rumbos estructurales, culturales y estratégicos, rediseñando los procesos clave, de manera que se centren en lograr la satisfacción de sus clientes y entorno. Dejando atrás el enfoque en las funciones organizacionales e involucrando a todas las partes en el cumplimiento de las metas, la manera de alcanzarlas.

Significa empezar de nuevo, arrancando de cero, es hacer lo que ya se está haciendo, pero mejor, con menor y más inteligentemente, con un pensamiento nuevo y rediseño imprescindible de la estructura organizacional y los procesos operativos.

Cómo implementar la reingeniería

El rumbo básico para definir la reingeniería de procesos, está compuesto de tres fases:

- El descubrimiento: Se debe definir una visión estratégica que determine la manera de modificación de los procesos en búsqueda de la competitividad y dominio del mercado.
- El rediseño: es la fase donde se planifica, detalla y organiza todo el proceso de rediseño.
- La ejecución: Considerada la última fase, Se lleva a la realidad el rediseño planteado con el fin de alcanzar la visión estratégica definida en la primera fase.

Para llevar a cabo la implementación de reingeniería se lleva un proceso que incluye:

División del proyecto en unidades manejables, trazar metas alcanzables y cuantificables.

Definición de objetivos alcanzables, dejando de lado las metas muy ambiciosas para concentrar esfuerzos en avances pequeños, pero seguros y constantes.

Se debe transformar la administración intermedia para inclinar su visión hacia la necesidad del cambio, para que fluya adecuadamente los tratados, directrices, desde la dirección hacia los empleados de los

niveles bajos.

Se deben acoger tecnologías de información como herramienta innata de la empresa, de manera que se acelere la comunicación, la respuesta y la disminución de tiempo en trámites. Concentrado mayor tiempo en la aplicación de la estrategia.

Características

Se sustituye la mejora continua y se lleva a cabo una mejora radical.

El mercado tiene una marcada relevancia, buscando que el bien o servicio ofrecido sea considerado por los consumidores como el mejor entre los demás similares.

Permite medir los resultados mediante factores externos como por ejemplo: la participación en el mercado.

Se orienta en función de los procesos básicos de la empresa.

Cuestiona los propósitos y principios de los negocios.

Permite ver el incremento de los esfuerzos.

Beneficios de implementar la reingeniería

Algunos beneficios que puede alcanzar una empresa rediseñar son:

Cambio en los procesos actuales a procesos más eficientes.

Cambio a procesos que requieran menor control y verificación.

El comportamiento de los trabajadores se torna activo, aportan ideas, opiniones y participan en la mejora y avance de los procesos.

Combinación de tareas, convirtiendo varias en una sola integral.

Una mejor organización del trabajo.

Cambios logrados con el rediseño

Las unidades de trabajo dejan de ser considerados departamentos funcionales y pasan a ser equipos de proceso.

Los oficios dejan de ser consideradas tareas simples y pasan a ser trabajos multidimensionales.

Al trabajador deja de ser supervisado, pasa a ser autónomo, pues se le dan las facultades necesarias para

desempeñar su trabajo.

La preparación muta de entrenamiento a educación.

Las actividades ya no medirán el desempeño, se empezará a medir el desempeño y compensación según los resultados.

Se otorgan ascensos en base a las habilidades y no en el en base al rendimiento.

Se cambian los valores proteccionistas, por valores productivos.

Los gerentes dejan de ser supervisores y asumen un papel de entrenadores y capacitadores.

Se transforma la estructura organizacional, se aplana, se torna menos compleja y con mayor flexibilidad para adaptarse a determinados requerimientos del ambiente de cambio.

Los ejecutivos dejan de perseguir el reconocimiento individual, asumen el papel de líder y ejercen la motivación del equipo de trabajo.

Información importante acerca de la Reingeniería

Este proceso de rediseño es posible gracias a los aportes de la Tecnología Información y comunicaciones. Además, para que se lleve con éxito es necesaria la formación del personal que forma parte de la empresa, así como la buena gestión de la misma.

La reingeniería, es innovación, es explorar nuevas capacidades tecnológicas para alcanzar nuevas metas, es considerada una herramienta esencial del cambio y lo utiliza como bandera para alcanzar una ventaja competitiva.

Por otro lado, la reingeniería se basa en el servicio al cliente, ante métodos y procesos inadecuados que no logran la satisfacción del cliente, el reordenamiento es insuficiente, por lo que se elabora nuevamente la ingeniería del proceso, con gente dispuesta a pensar y trabajar de modo diferente en un proceso rediseñado, deshaciéndose de las reglas anticuadas y las suposiciones básicas de cada uno de los procesos de la organización.

Es muy importante el abandono de viejos procesos para entrar en la búsqueda otros nuevos que añadan valor al consumidor, rompiendo con la estructura y cultura de trabajo que se tenía hasta el momento.

El papel de la gerencia es básico para dar inicio a una reingeniería, debe persuadir al recurso humano para aceptar el cambio, educarlo desde el inicio del proceso, emitir mensajes claros y aclarar la situación de la empresa y porque es necesario el cambio.

Unidad II : ORGANIZACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD.

Objetivo de la unidad

Conocer y analizar las instituciones de salud que cuentan con unidad administrativa y adiestrarse en los puestos administrativos que ocupa en la actualidad el licenciado en enfermería.

2.1. El hospital como una organización

En la conformación de un hospital se pueden identificar tres aspectos fundamentales:

- La estructura
- Los procesos
- El ambiente

Podría decirse que cada sesión, cada área, de un hospital es una empresa.

Se puede visualizar la empresa hospital desde su conformación estructural. Se puede mirar cuáles son sus niveles de responsabilidad, su jerarquía y la disposición de los elementos que requiere para realizar su tarea y alcanzar sus fines

La estructura, los procesos deben obedecer a un análisis de:

- Necesidades del usuario que va a satisfacer.
- Características de la institución.
- Respuesta que debe dar al medio donde se desarrollará.

EL HOSPITAL UN SISTEMA

El hospital es un sistema compuesto por tres subsistemas:

- 1- La autoridad normativa, ejercida por los comités, las comisiones o los entes creados para fijar normas.
- 2- La autoridad médica, que es la del experto. Su juicio es acatado como tal y tiene autonomía en su área, con poder de decisión en ella.
- 3- La autoridad administrativa, que es la establecida por estatutos y ejercida por jerarquía. A ésta corresponden las responsabilidades que pueda tener la empresa ante la ley.

Desde el punto de vista organizativo, un hospital está compuesto por varios subsistemas:

- El médico o científico.
- El administrativo y financiero.
- El de recurso o talento humano.

En el caso de los hospitales se subdivide para determinar las áreas que finalmente aplicarán los procesos para prestar los servicios.

Es necesario conformar grupos interdisciplinarios que respondan a las necesidades de la comunidad y de la organización.

Desde el punto de vista funcional, la obligación prioritaria de un hospital es cumplir la función de -asistencia médica .

Otras funciones importantes que debe atender son las de :

- Docencia.
- Investigación en salud.
Educación a la
comunidad.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La OMS propone que el hospital -debe proporcionar a la población atención médica completa tanto preventiva como curativa y - es también centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud, y además, un campo de investigación biosocial

SALUD-SISTEMA

Considerando la salud como un sistema , los hospitales pasan a ser, subsistemas de éste, constituyéndose

como centro de la atención médica.

En este subsistema hospital se puede considerar cuál es el significado que tienen diferentes aspectos como la autoridad, la organización y la función.

HOSPITAL EMPRESA

ASPECTOS		SUBSISTEMA HOSPITAL	
Autoridad	Normativa	Médica	Administrativa
Organización	Científica	Administrativa financiera	Talento o capital humano
Función	Asistencial	Docencia, investigación	Proyección comunitaria

DEL LIDERAZGO INDIVIDUAL AL LIDERAZGO DE GRUPO

En toda empresa hospitalaria se requiere conformar un equipo gerencial que atienda los diferentes aspectos de una entidad de gran complejidad, generada esta no por sus dimensiones físicas o por el número de camas, sino por lo delicado de su labor, realizada sobre personas.

Las funciones del equipo gerencial son:

- Dirección.
- Planeación.
- Organización.
- Integración.
- Control.

Todas están integradas a la vida misma de la entidad.

Fueron descritas en el siglo XX por Henry Fayol.

Esta visión se ha llamado enfoque de procesos.

PROCESO CIRCULAR DE LA ADMINISTRACION

DIRECCIÓN – CONTROL - PLANEACIÓN – INTEGRACIÓN - ORGANIZACIÓN

Un hospital es una empresa que maneja todos los requerimientos mencionados, más personas enfermas.

Una empresa que no debe equivocarse, en ninguno de sus procesos.

Garantizar con calidad la atención del usuario con responsabilidad y compromiso, para evitar una mala práctica.

EL HOSPITAL HOY

Por la modernidad no hay que dejar de lado los elementos que siempre se consideraron para ejercer la medicina y para que esta tuviera influencia sobre las personas enfermas , y también sobre la totalidad de la sociedad.

En cualquier empresa, principalmente en los hospitales, las obligaciones sociales trascienden sus propias funciones económicas. Es decir, que la empresa debe existir para el ser humano y no este para ella.

¿HOSPITAL SOLO EMPRESA?

Una de las principales preocupaciones de las empresas hoy, está en controlar costos y ampliar mercados para aumentar el volumen de ventas y por tanto obtener buenas utilidades.

HOSPITAL – EMPRESA

Las teorías económicas y su aplicación en el sector salud, hace que se dé un enfoque técnico a problemas sociales.

Facilita la confusión entre la cobertura y el servicio.

Resultado cantidad en la atención y no calidad.

PROCESOS EMPRESARIALES

Los procesos tienen tal importancia que pueden verse como la esencia, el corazón del negocio, es decir, que sin ellos no es viable ninguna empresa.

Se espera que estén estandarizados, sistematizados, ojalá robotizados, para que el desgaste sea mínimo y todo encaje en un sistema de producción cerrado que finalmente se convierta en un gran proceso.

PROCESOS HOSPITALARIOS

Aplicando el modelo de procesos empresariales tan rígido, se corre el peligro de subordinar la medicina y sus servicios a los intereses industriales del capital, y reducir la salud a un proceso de compraventa, esto conduciría a que el personal de salud establezca entre sí relaciones en cadena, iguales a la de la industria desconociendo el valor terapéutico y humano que hay en la relación médico – paciente.

EL SER, EL DEBER SER Y EL QUERER DE LOS HOSPITALES

Algunas corrientes económicas han visto en la salud una industria próspera, tanto en la prestación de servicios como en la infraestructura.

- Insumos
- Medicamentos
- Elementos desechables

Se ha observado que la necesidad de este tipo de servicios constituye un campo interesante y un nicho llamativo para introducir el capital privado.

2.2. Clasificación de hospitales

De acuerdo con la dotación y capacidad para atender a sus pacientes, todos los hospitales se dividen en tres niveles diferentes.

Primer nivel El departamento tiene 100 aproximadamente, incluyendo puestos y centros de salud. A este nivel pertenecen los hospitales locales donde se brinda una atención básica. Solo cuentan con médicos generales para la atención de consultas y no hacen procedimientos quirúrgicos. Eventualmente, prestan servicio de odontología general.

Segundo nivel Son llamados hospitales regionales: Estos hospitales están mejor dotados. Tienen mínimo cuatro especialistas: anestesiólogo, cirujano, ginecólogo y de medicina interna. Además, cuentan con laboratorio médico con capacidad para practicar los exámenes básicos de sangre, orina y materia fecal.

Tercer nivel Son llamados hospitales de referencia o altamente especializados, a ellos llegan los pacientes remitidos de los hospitales regionales: Estos hospitales tienen gran número de especialistas: cardiólogos, dermatólogos, siquiátras, neurólogos y nefrólogos, entre otros.

Además, prestan servicios de cuarto nivel o altamente especializado que también requieren una estructura especial: unidades de neurocirugía, unidad renal, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intensivos pediátricos, y de procedimientos de alta complejidad en ginecobstetricia y altos avances tecnológicos en el laboratorio.

Las clasificaciones más usuales son:

Por el número de camas

Por su localización geográfica.

Por su dependencia

Por el servicio que presta Por su construcción

Por su zona de influencia

Por el promedio día-estancia

Bibliografía:

Citar este texto en formato APA:_____ . (2011). WEBSCOLAR. Función y Clasificación de los Hospitales. <https://www.webscolar.com/funcion-y-clasificacion-de-los-hospitales>.

Fecha de consulta: 27 de julio de 2020.

2.3. Concepto de hospitales

Un hospital o nosocomio es un establecimiento destinado para la atención y asistencia a enfermos por medio de personal médico, enfermería, personal auxiliar y de servicios técnicos durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas. Existen tres clases de hospitales: de Primer, Segundo y Tercer niveles, siendo su asistencia de menor a mayor complejidad. Dentro de ellos se atiende a pacientes con afectaciones que irán de simples a gravísimas, críticas, cuidados paliativos o incluso terminales.

Hospital: Del latín hospitalis, un hospital es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estos recintos, por lo tanto, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para reestablecer la salud de los pacientes.

El concepto de hospital tiene su origen en hospes (huésped), que después derivó en hospitalis. En la antigüedad, el concepto se asociaba al establecimiento donde se cumplían tareas de caridad y se asistía a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos. Con el tiempo, la idea de hospital empezó a asociarse sólo al cuidado de aquellos con problemas de salud.

Bibliografía:

eltiempo.com. «Clasificación de los Hospitales». Consultado el 24 de noviembre de 2014.

2.4. El hospital como un subsistema nacional de salud

El Sistema Nacional de Salud mexicano es definido como un conjunto de entidades públicas —federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. Fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984.

El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al estado mexicano. Para poder enfrentar esta situación de enfermedades en el gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre los que se encontraba precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud.

Uno de los objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud es integrar los diversos servicios de salud existentes en el territorio mexicano bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Esto se podrá alcanzar mediante la desconcentración de las funciones de prestación de servicios de salud, que son traspasados a los organismos de salud estatales y a los servicios privados mediante subrogación. De esta manera la Secretaría de Salud federal jugaría el papel de entidad financiera y administradora del Sistema Nacional de Salud. En las primeras décadas del siglo XXI, este proceso continúa, aunque la Secretaría de Salud solo presta servicios sanitarios en los hospitales nacionales de referencia.

Antecedentes:

El Estado mexicano ha participado formalmente en el campo de los servicios de salud desde la Reforma liberal de mediados del siglo XIX, cuando las modificaciones a las leyes mexicanas transfirieron al gobierno la operación de los establecimientos sanitarios —centros de salud, hospitales— que hasta ese momento habían estado bajo administración de la iglesia católica. Durante el Porfiriato se instituyó el Consejo Superior de Salubridad y el primer código sanitario en el país. Desde 1915 se habían establecido algunas juntas sanitarias en varios estados de la república, y en 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública, órgano de orden federal de orientación higienista. Dentro de la orientación social del gobierno de Lázaro Cárdenas del Río, se creó la Secretaría de la Asistencia Pública en 1937. Esta institución tenía como propósito prestar asistencia social, incluyendo servicios de salud, a los sujetos considerados socialmente débiles. Tras la fusión entre esta secretaría y el Departamento de Salubridad Pública en 1943 surgió la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Referencias:

Eibenschutz, Catalina (2007). «Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria». En Molina Salazar, Raúl (coord.) La seguridad social: Retos de hoy, pp. 23-49. Iztapalapa: UAM-I.

López Arellano, Oliva; Rivera Márquez, José Alberto y Blanco Gil, José (2011). «Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios rupturas y perspectivas». En Chapela Mendoza, María del Consuelo y Contreras Garfias, María Elena (coords.). La salud en México, pp. 93-124. Xochimilco: UAM-X.

Tamez, S; Eibenschutz, C; Camacho, I; Hernández, E. (2012). «Neoliberalismo y política sanitaria en México». Xochimilco: Departamento de Atención a la Salud UAM-X. Mimeo.

2.5. Regionalización

La regionalización de los servicios de salud es un proceso de organización de la red de servicios de salud a nivel territorial o local mediante la descentralización de las áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo un mando único y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud al brindar la completa accesibilidad y total cobertura a la comunidad recabando de ella su imprescindible participación. Por medio de este proceso se decide la división político-administrativa a implementar, se establecen las nuevas fronteras internas para facilitar el ejercicio del poder y se adopta una administración pública descentralizada.

Desarrollar una correcta regionalización de los servicios de salud conlleva a dar cumplimiento a una serie de pasos o requisitos básicos: reglamentar la responsabilidad para cada nivel y sus unidades, hacer corresponder la oferta con la demanda/necesidades de la población, establecer una puerta de entrada al sistema de salud regionalizado, establecer un sistema de referencia de pacientes (de menor nivel a mayor nivel), establecer un flujo continuo de información cruzada, establecer mecanismos de apoyo científico y técnico (de mayor a menor), y establecer una participación cruzada de profesionales y técnicos.

Uno de los objetivos fundamentales de todo ejercicio de regionalización es mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, entendida esta como la posibilidad de acceder a los servicios de salud sin que existan barreras geográficas, culturales, mediática, legales o financieras que contempla aspectos como la ubicación de los servicios de salud en la territorialidad, la distancia entre los servicios de salud y los grupos poblacionales, así como a las vías y medios de comunicación. Mientras que la cobertura se refiere

a la capacidad del sistema político y de salud de hacer corresponder la oferta de servicios con las demandas y expectativas existentes a nivel gubernamental y poblacional, o sea, a la correspondencia entre la demanda, el cuadro de salud y los grupos de riesgos con la oferta de servicios de salud.

Regionalizar los servicios de salud siempre conlleva una contradicción entre las administraciones centrales y territoriales o locales, entre la necesidad central de dirigir con más facilidad y flexibilidad y la necesidad local de mayor autonomía y nivel de decisión; el problema está en determinar qué, cuánto y a quién delegar atribuciones que se encuentran centralizadas. El exceso de centralización engendra burocratización y esta entorpece y obstaculiza el funcionamiento y desarrollo de los sistemas organizacionales.

El espacio de la regionalización ha sido definido como el espacio político-administrativo y sanitario, a nivel nacional, provincial o municipal, en el cual se ha producido un ejercicio de reorganización de los servicios con vistas a adecuar la oferta de servicios a la demanda/necesidad definida en la población para mejorar su estado de salud actuando sobre todos sus factores determinantes. Se entiende como área de cobertura de salud, al área geográfica de responsabilidad de una unidad de salud, dictada ya no por la lógica de la asistencia o de la búsqueda de asistencia, sino por la lógica de la vigilancia en salud y que no por definida o delimitada se impide el acceso a la unidad o se transforma en una barrera más, por el contrario, permite perfeccionar la integración de esta en la comunidad al conocer sus características, las de sus habitantes y sus problemas de salud, permitiendo adecuar la oferta asistencial a la realidad detectada.

Los procesos de regionalización favorecen la capacidad de resolver problemas de los servicios de salud a partir de la aplicación consecuente de los principios básicos de la descentralización como un largo proceso que permite ofrecer niveles apropiados de atención para todos, mejorar la calidad de los servicios, incrementar la satisfacción de la población y alcanzar niveles óptimos de la relación costo- beneficio.

El mayor reto para estos procesos de descentralización y regionalización, consiste en estudiar cómo los líderes de los sistemas de salud a nivel territorial, local e institucional son capaces de hacerle frente a las funciones esenciales de la salud pública en las condiciones actuales y vulnerar los problemas y necesidades de salud de sus comunidades, de ahí que una de las variantes para complementar un ejercicio de documentación de una experiencia de regionalización es la evaluación integral del sistema a través de la medición de sus funciones esenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rootman I, Raeburn J. The concept of health. In A. Pederson, M. O'Neill, & I. Rootman (Eds). Health promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives. Toronto, Canadá: WB Saunders; 1994. p. 56-71.

2. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables "La perspectiva canadiense". Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.

3. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York, USA: Aldine de Gruyter. Walter de Gruyter Inc; 1994.

2.6. Descentralización

Es importante destacar también aquí algunos puntos que planteaba José Francisco Ruiz Massieu, personaje clave de la descentralización de la salud como funcionario de la SSA.

"La descentralización en sentido estricto consiste en la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (estado, municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor. Formas menos avanzadas son la desconcentración y la delegación de funciones, en las cuales los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior".

En el campo de la salud, la descentralización vincula las acciones públicas que lleva a cabo la autoridad local. El cuidado de la salud, concebido como atención médica y salud pública, requiere que se vinculen otras acciones que inciden en la salud, manejadas fundamentalmente por los gobiernos de los estados: dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos a la alimentación y cuidado ecológico.

Los partidarios de la descentralización señalaban que las naciones son organizaciones que, para funcionar con eficiencia, deben tener una escala óptima; si se rebasa el tamaño de la organización, aparecen ineficiencias que se traducen en rendimientos decrecientes.

"La descentralización en nuestro régimen constitucional puede evolucionar a través de dos vías que pueden usarse independiente o juntamente: la legislativa y la convencional".

Los convenios de coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los gobernadores de los estados son

instrumentos convencionales que redistribuyen el ejercicio de la competencia administrativa, pero no la legislativa que otorga la Constitución General de la Unión.

En cuanto a la evolución histórica de la descentralización de la salud en México, hay que tener presente que la Constitución de Querétaro, si bien definió que la salubridad general de la República correspondía a la Federación, el resto sería propio de los estados; sin embargo, le faltó claridad y con ello se provocó la centralización sanitaria.

Con base en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana, publicada en agosto de 1934, se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública como unidades regionales de competencia coordinada. A partir de este ordenamiento, todos los códigos sanitarios previnieron la fórmula de la coordinación. Sin embargo, a pesar de ese mecanismo, el proceso centralizador de la nación dejó sentir su presencia en el campo de la salud.

Estrategia de la descentralización de los servicios de salud

Es importante recoger las dos vertientes de la descentralización antes apuntadas, la jurídica y la convencional, para entender las razones de la estrategia escogida, así como los puntos básicos de su implantación. Lo anterior se ha descrito en diferentes instancias.

El fundamento jurídico de la descentralización

El Cuerpo Legislativo desplegó, entre 1982 y 1985, una actividad sin precedente en el campo de la salud. Dentro de las modificaciones introducidas a los preceptos legales destacan los siguientes señalamientos en relación con la descentralización de los servicios de salud:

1. Artículo 4o. Constitucional. Se adicionó en febrero de 1983 con un párrafo penúltimo para incorporar el derecho a la protección de la salud. En lo esencial, esta adición estableció que: a) toda persona tiene derecho a la protección de la salud; b) una ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; y c) esa misma ley establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

2. Ley General de Salud. Se promulgó en febrero de 1984 y entró en vigor en julio del mismo año, conforme a lo dispuesto por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos mencionado arriba. La Ley General de Salud es reglamentaria del derecho a la protección de la salud como instrumento básico para dar eficacia progresiva, a fin de que esa garantía social pueda darse. Responde a los propósitos de definir el contenido, las finalidades y las bases jurídicas del derecho a la protección de la salud y a precisar el contenido normativo de las materias de salubridad general.

"La Ley General de Salud tiene, entre sus objetivos, dar impulso a la descentralización a través de una distribución de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. Esto es parte del contenido de los títulos primero y segundo. Específicamente, el artículo tercero define las materias de salubridad general: el cuarto precisa las autoridades sanitarias, siendo una de ellas los gobiernos de las entidades federativas; el séptimo indica, como una de las atribuciones de la Secretaría, impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios de salud; el noveno señala el propósito de establecer sistemas estatales de salud y la responsabilidad de los gobiernos estatales en su planeación, organización y desarrollo; el decimotercero distribuye las competencias entre Federación y estados; el decimoctavo establece las bases y modalidades en el ejercicio de esas atribuciones y en la prestación de los servicios de salubridad general, de conformidad con los acuerdos de coordinación suscritos entre la SSA y los gobiernos estatales y el Departamento del Distrito Federal, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo; los artículos decimonoveno y vigésimo refieren la estructura administrativa que tendrán los servicios de salud, y el artículo vigesimo primero establece las bases a que se sujetan esos acuerdos de coordinación".

3. Decretos de descentralización. Las Bases para la Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se establecieron por decreto presidencial en agosto de 1983, señalando principalmente: lineamientos y normas aplicables, así como las características de los acuerdos de coordinación entre Federación y estados; las facultades, las acciones para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales; los manuales de organización, de procedimiento y de servicios y los plazos para el cumplimiento de los compromisos; que los consejos internos de administración de los Servicios Coordinados de Salud Pública, convertidos en órganos administrativos desconcentrados por región, serán presididos por los gobernadores; la adecuación del modelo estructural de la Secretaría en el proceso de descentralización y deslinde de lo normativo en ella y lo operativo en los Servicios Coordinados; la participación de las Jefaturas de los Servicios Coordinados de Salud en los subcomités de Salud y Seguridad Social de los COPLADES; asimismo, la creación de un órgano al que se le confiere el Sistema de Salud del Distrito Federal, sujeto a la normatividad y a las acciones de coordinación entre la SSA y el DDF.

En marzo de 1984 se expidió otro decreto por el que se determinaba la descentralización de los servicios de salud de la SSA y los del Programa IMSS-COPLAMAR a los gobiernos estatales. En dicho decreto se enfatiza que la descentralización es un proceso gradual, ordenado por un programa que busca evitar deterioros en la operación de los servicios; se implica la evaluación de las acciones y se indica la extensión de la cobertura y el mejoramiento de la calidad, para dar efectividad a la nueva

garantía constitucional.

"También se establece en el decreto que los servicios de salud se descentralizarán a los gobiernos estatales con sujeción a un programa específico y a los acuerdos de coordinación".

Además, se menciona la elaboración de un Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta, responsabilidad conjunta de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud, y del IMSS donde se señalan las diferentes etapas del proceso de descentralización, así como sus características.

Convenios para la coordinación Federación-estados

Un elemento indispensable para la ejecución y operación del proceso de descentralización, aun cuando correspondía más a la esfera administrativa que a la legislativa, fue la participación formal de los gobiernos federal y estatal. Esto quedó establecido en el Convenio Unico de Desarrollo, donde se precisan las responsabilidades y recursos que atañen a cada gobierno estatal y al Gobierno Federal en la consecución de objetivos comunes. El correspondiente a 1984 incorporó dos cláusulas que revisten especial significado para la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

"La primera precisó que los ejecutivos federal y estatal realizarán acciones para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en el Estado y en una segunda etapa la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del programa IMSS-COPLAMAR y de la propia entidad y, por este camino, llegar a la organización y desarrollo de Sistemas Estatales de Salud.

"La segunda cláusula definió que, a fin de procurar que el derecho a la protección de la salud se convierta en efectiva facultad de la población, la SSA celebrará acuerdos de coordinación para continuar el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta, de conformidad al Programa Nacional de Atención a Población Abierta y al Programa de Descentralización de los Servicios de Salud y promoverá la formación y funcionamiento eficiente de Sistemas Estatales de Salud".

La Secretaría formalizó convenios con los 31 gobiernos de los estados de la República, en concordancia con lo señalado tanto en el Convenio Unico de Desarrollo, como en los decretos del 30 de agosto de 1983 y del 8 de marzo de 1984.

"Las finalidades de estos convenios son, fundamentalmente: i) establecer el tipo y características operativas de los servicios de salud; ii) determinar las funciones que corresponde realizar a la Secretaría de Salud y al Estado; iii) determinar los recursos que se aportan al efecto y efectuar las transferencias

que correspondan; iv) establecer la estructura administrativa para los servicios de salud en la entidad; v) desarrollar los procedimientos para elaborar programas y presupuestos conforme a manuales de coordinación programática; vi) fijar los lineamientos para la descentralización hacia los municipios; vii) establecer normas y procedimientos del control que corresponde a la Secretaría de Salud.

"En 1984 también se firmaron las bases de coordinación con el gobierno del Distrito Federal para normar, programar, evaluar y controlar el proceso de descentralización en esa entidad federativa."

Bibliografía

1. De la Madrid M. Descentralización de la vida nacional. En: De la Madrid M, Soberón-Acevedo G, Ruiz-Massieu JF, Kumate-RodríguezJ, Martuscelli-QuintanaJ, Sandoval-Hernández S et al. La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México, D.F.: Miguel Angel Porrúa, 1986:5-28.

2 Ruiz-Massieu JF. La descentralización de los servicios de salud: obstáculos y soluciones En: De la Madrid M, Soberón-Acevedo G, Ruiz-Massieu JF, Kumate-Rodríguez J,

2.7. Desconcentración

La desconcentración es una técnica administrativa que consiste en el traspaso de la titularidad o el ejercicio de una competencia que las normas le atribuyan como propia a un órgano administrativo en otro órgano de la misma administración pública jerárquicamente dependiente.

La propia norma que atribuya la competencia habrá de prever los requisitos y términos de la desconcentración así como la propia posibilidad de su ejercicio. Requiere para su eficacia la publicación en el Boletín Oficial que corresponda. La desconcentración se realizará siempre entre órganos jerárquicamente dependientes y en sentido descendente. El hecho de que se transfiera la titularidad y no únicamente su ejercicio (como es el caso de la delegación de competencias) implica que el órgano que recibe la competencia la ejerce como propia.

En virtud de la desconcentración, una unidad organizativa puede realizar una o ambas de las siguientes acciones. Por una parte, crear órganos para ubicarlos fuera del lugar sede del organismo, sin afectar la unidad organizativa. A esto se denomina desconcentración orgánica. Por otra parte, delegar o reasignar atribuciones desde un órgano que los concentra hacia otro u otros órganos de la misma unidad organizativa. A esto se denomina desconcentración funcional.

Bibliografía:

García R. [El proceso de desconcentración en el Ministerio de Salud de Costa Rica: el caso de la Sub-Región Central Norte \[tesis máster\]](#). San José: Instituto Centroamericano de Administración Pública; 1990.

2.8. Municipalización

La -municipalización, tal como se la formula en la actualidad, vulnera principios elementales de las doctrinas administrativas en la que se sustenta un sistema nacional de salud. Crea nuevos roles gestionarios, ajenos a la tradición y a las necesidades de la organización sanitaria.

El ámbito de la gestión de un programa local de salud debe ser la totalidad del sistema sanitario. Todos los componentes de este sistema participan en alguna medida, en la gestión de cada uno de sus niveles y son imprescindibles para la cohesión de sus acciones. Desde estos niveles se delega la autoridad que necesitan los programas del nivel primario.

La -municipalización tiene definidas intenciones político ideológicas y financieras, con las cuales se pretende llevar a cabo, en el nivel primario de la atención, entre otras cosas, la privatización de las consultas médicas, dejando las acciones preventivas en manos del sistema de servicios de salud, dicotomía que rompe principios elementales de integración de servicios.

Si bien la -municipalización promueve un acercamiento a la comunidad y contiene fines sociales deseables, la presencia cercana de los poderes centrales del estado, sin una justificada delegación y descentralización, la reviste de un autoritarismo innecesario y perjudicial a los fines de un sistema de salud. Sólo reformas bien estudiadas y aceptadas de las estructuras sanitarias y municipales harían posible obtener los fines deseables de la -municipalización

LOS MUNICIPIOS SALUDABLES

Los municipios hacia la salud, constituyen otra modalidad de gestión en salud. En 1994 se inicia en Venezuela la ejecución del proyecto -Municipios hacia la salud, que no es más que la adaptación del proyecto -Ciudades sanas que se realiza en Europa desde 1986, colocándose la salud en un nivel elevado en la agenda política de los gobiernos locales y de las comunidades.

El proyecto ha establecido alianzas políticas, administrativas y técnicas para la salud y buenas bases para

la acción de cambio e innovación, mediante el desarrollo conceptual que se realiza con el apoyo técnico del municipio que asume el rol de gestor de los recursos destinados a la ejecución de los planes y programas elaborados por la comunidad, como proyectos a ser realizados para la prevención, mantenimiento y consolidación de su salud; desarrollándose una metodología que tiene como pilar fundamental la participación social en la cogestión de la salud, entendida como la acción de actores con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

La metodología establecida está sustentada en la promoción de la salud y en la programación local participativa.

En Venezuela, el movimiento de comunidades saludables comienza a finales de 1993 y se inicia en el municipio Zamora del Estado Falcón. Este es el primer municipio hacia la salud en Venezuela y el octavo en el mundo.

ESTRUCTURA SANITARIA Y NIVELES ADMINISTRATIVOS

En la estructura del Ministerio del Poder Popular para la Salud pueden identificarse 3 niveles administrativos:

Nivel Central (Nacional) con funciones preponderantemente normativas, tiene como jurisdicción todo el país y su máxima autoridad es el Ministro del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Nivel Intermedio (Regional) con funciones de coordinación, abarca una entidad federal y la máxima autoridad es el Director Regional de Salud.

Nivel Local (Municipal) con funciones operativas de ejecución programática, tiene autoridad sobre las comunidades y su autoridad es el Jefe del Municipio Sanitario.

EL MUNICIPIO SANITARIO

Es una unidad técnico administrativo dependiente de la Dirección Regional de Salud, con jurisdicción territorial fijada en función de zonas geográficas, socioeconómicas u otras que contribuyen a configurarle una unidad programática y fluidez administrativa, comprende Municipios o Parroquias y tiene como cabecera la sede del establecimiento de Atención Médica, de tipo hospitalario que sirva de centro de referencia y de apoyo administrativo y epidemiológico.

El Municipio Sanitario constituye el nivel operativo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y es la unidad administrativa y ejecutora de los programas de salud en las áreas geopolíticas resultante de la división por subregiones. Es el representante a nivel local y operativo de la organización regional de

salud. Bajo esta concepción, el Municipio Sanitario es el organismo de donde se emanan:

Las informaciones vitales sobre demografía: natalidad, morbilidad y mortalidad

Las informaciones administrativas relativas a establecimientos, suministros, dotación, personal, presupuestos, mantenimiento

Los anteproyectos de programas, su ejecución, supervisión, su control y evaluación

Vigilancia y control epidemiológico

Registro y control de bienes nacionales

La aplicación de la legislación sanitaria vigente.

Cada Municipio Sanitario tiene una Jefatura de Municipio, presidida por un médico especialista en Salud Pública. Las funciones del jefe del Municipio Sanitario son fundamentalmente: programar, ejecutar y controlar todas las actividades de fomento, conservación y restitución de la salud en los establecimientos a su cargo.

En resumen, sus funciones son:

Rendir cuentas directas a la Dirección Regional

Formular el plan de salud municipal.

Controlar la Ejecución de los Programas

Evaluar los resultados de los Programas

Preparar anualmente el Proyecto de Presupuesto-Programa del Municipio

Ejecutar los Programas de Salud, Saneamiento y Epidemiología del Municipio

Ejecutar el Sistema de Información y Estadística Sanitaria

Cumplir con las Normas de Custodia de los Bienes Nacionales Mantener

relaciones con las otras dependencias de la Dirección Regional Ejecutar

todas las actividades administrativas del Municipio.

Promover la Capacitación y entrenamiento del Personal del municipio.

Bibliografía:

Arocena, José (1995). El desarrollo local, un desafío contemporáneo, Nueva Sociedad, Caracas. — (1998). Propuesta metodológica para el estudio de procesos de desarrollo local, claeH, Montevideo. Carrillo, Emilio (2002). Desarrollo local: nuevas perspectivas, Consejería de Gobernación–Junta de Andalucía, Andalucía. Chihu, Aquiles (2002). Sociología de la identidad, uam, México. Ciosi, Nilda Delia (2008). —Tecnologías modernas en auxilio de la gestión del territorio, en Vidal–Koppmann, Sonia (comp.), El municipio: problemática y desafíos para el siglo xxi, imhicihu / conicet, Buenos Aires, pp. 115–133

2.9. Niveles de atención

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.

Sistema de referencia y contrarreferencia

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

NIVELES DE COMPLEJIDAD

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales. En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

NIVELES DE PREVENCIÓN

La Prevención se define como las Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria

Son -medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998, Colimón, 1978).

-Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998, Colimón, 1978).

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

Prevención secundaria:

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos -aparentemente sanos de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (Pruebas de Screening).

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende

reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

Prevención Terciaria

Se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo en lo relativo a rehabilitación ejemplificamos: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

Es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. La APS fue definida como: -la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Bibliografía

- 1. García Salabarría J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Publica Cubana. Rev. Cubana Salud Pública 2006,32 (1): 07-15.**
- 2. Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N. Planificación de la Red Asistencial de ASSE. ASSE-abril, 2002.**

2.10. Funcionamiento de las organizaciones para la administración de salud

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

A la administración en salud también se la conoce con los nombres de gerencia en salud, gestión sanitaria, gestión clínica, administración de empresas de salud, administración de servicios de salud y gerencia de servicios de salud.

Es la capacidad de gestionar, administrar y financiar las empresas e instituciones de salud, adecuarlas a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios, actualizar su infraestructura y dotación donde se requiera, ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos, mejorar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles.

La administración de servicios de salud es una de las disciplinas de la salud pública. Su función es la integración eficiente y efectiva de los recursos humanos, físicos y económicos para lograr una atención óptima de servicios de salud al paciente. El/la administrador/a procura que los recursos disponibles para la promoción, protección y restauración de la salud sean aplicados tomando en consideración el conocimiento científico vigente sobre la salud y la enfermedad.

El desarrollo de las actividades en los servicios de Salud es un proceso de alta complejidad, ya que no se relaciona únicamente con alcanzar los resultados esperados en la planificación, sino que tiene que ver con todos los elementos, visibles y no visibles, que deben darse para lograr dichos resultados. Superados los primeros momentos de la gestión en los servicios (definir objetivos generales, proyectos, asignar recursos y personal) es indispensable garantizar el cumplimiento de lo resuelto, momento en el que surge una serie de complicaciones y obstáculos de carácter logístico y de naturaleza humana que a veces llegan hasta a neutralizar la acción en las unidades operativas.

La dirección de las Áreas y de otros niveles operativos es concebida y desarrollada de una manera bastante tradicional; se reproducen en buena medida las características verticalistas, estáticas, de limitada creatividad, con escasa o nula participación de los integrantes de los organismos mencionados y peor aún de la comunidad. Esto contribuye también a disminuir la eficiencia y calidad de los servicios y, por lo tanto, a afectar la legitimación de los mismos ante la comunidad.

Al no conocer y por lo mismo no tomar en cuenta la cultura organizacional, es decir, las características

individuales y colectivas de los miembros de las unidades de salud, se cierra un camino de gran importancia que puede conducir a la mejora considerable en el funcionamiento de dichas unidades. La falta de sentido de pertenencia, la existencia de conflictos interpersonales e inter grupos, son a menudo elementos que pasan desapercibidos ante los directivos y que pueden ser la base de problemas trascendentes.

Otro elemento fundamental en el desarrollo de esta etapa y que no está presente en el manejo de las Áreas de Salud, tiene que ver con la profunda relación entre los servicios y la comunidad; para la etapa de la planificación, como ya hemos señalado en módulos anteriores, es indispensable la participación conjunta del servicio y organizaciones de la sociedad; pero de igual manera el control de la ejecución debe ser efectuado con similares niveles participativos, que no solamente tienen que ver con la eficiencia, sino con conceptos de rendición de cuentas y control social de la gestión en salud.

La Administración de la salud necesita de profesionales que cuenten además de los conocimientos gerenciales modernos, herramientas, involucrados con la salud, el garantizar que las instituciones, organizaciones comprometidas con este servicio ofrezcan calidad gracias a una buena productividad.

Se requiere de profesionales comprometidos con la gerencia de la salud que cuenten como señalan algunas universidades, escuelas relacionadas con la Administración de la salud con el poder:

Desarrollar la capacidad de gestión, administrativa y financiera de las empresas e instituciones de salud, adecuarlas a las exigencias dadas por los nuevos sistemas de prestación de servicios, actualizar su infraestructura y dotación donde se requiera, ajustarse a los procesos de descentralización y modernización de los servicios públicos, mejorar la prevención, promoción, diagnóstico y atención en salud, aplicar los mecanismos tendientes a mejorar la calidad, eficiencia y coberturas de los servicios en todos los niveles.

El dominio de un marco conceptual y metodológico para identificar y comprender los elementos, tanto externos como internos, que influyen en el desempeño, productividad y calidad de los sistemas locales de salud. La capacidad de análisis y evaluación de los problemas locales de salud de la población.

El dominio de métodos y técnicas necesarias para organizar y dirigir sistemas locales de salud, manteniendo un liderazgo que fomente la interacción disciplinaria, la optimización de recursos, la identificación de necesidades y problemas, así como la realización de propuestas que garanticen.

El manejo de los componentes epidemiológicos, socio-sanitarios, económicos, financieros, contables y de desarrollo institucional, por medio de las herramientas gerenciales y teórico-prácticas de salud pública aplicadas a instituciones del sector salud y de los entes territoriales.

El cuidado de la salud es un negocio y, como todo negocio, necesita una buena administración para funcionar sin inconvenientes. Los administradores de servicios médicos y de salud, también llamados ejecutivos de la salud o administradores de atención de la salud, planifican, dirigen, coordinan y supervisan los servicios de cuidado de la salud. Estos trabajadores son especialistas a cargo de un departamento clínico específico o generalistas que administran la totalidad de las instalaciones o un sistema.

La estructura y el financiamiento del cuidado de la salud están cambiando rápidamente. Los futuros administradores de servicios médicos y de salud deben estar preparados para ocuparse de la integración de los sistemas del cuidado de la salud, las innovaciones tecnológicas, un entorno cada vez más regulado, la reestructuración del trabajo y un foco cada vez mayor en el cuidado preventivo.

En las instalaciones pequeñas, los administradores principales se ocupan más de los detalles de las operaciones diarias. Por ejemplo, muchos administradores de residencias geriátricas administran el personal, las finanzas, el funcionamiento de las instalaciones y las admisiones, al tiempo que brindan atención a los pacientes.

Los administradores clínicos tienen capacitación o experiencia en un área clínica determinada y, consecuentemente, asumen responsabilidades más específicas que los generalistas. Por ejemplo, los directores de fisioterapia son fisioterapeutas experimentados y la mayoría de los administradores de historias clínicas e información de salud poseen un título de licenciatura en Información de la Salud o Administración de Registros Médicos. Los administradores clínicos establecen e implementan políticas, objetivos y procedimientos para sus departamentos, evalúan al personal y la calidad de su trabajo, preparan informes y presupuestos y coordinan actividades con otros administradores.

Los administradores de información de salud son responsables del mantenimiento y la seguridad de todos los registros de los pacientes. Las regulaciones recientes del gobierno federal exigen que todos los proveedores de atención sanitaria mantengan registros electrónicos de sus pacientes y que esos registros sean seguros. Como resultado, los administradores de información de salud deben mantenerse al día respecto de la tecnología informática, así como de los requisitos legales. Además, a medida que los datos de los pacientes se utilizan con mayor frecuencia para la gestión de la calidad y la investigación médica, los administradores de información de salud deben garantizar que las bases de datos sean completas, precisas y estén disponibles sólo al personal autorizado.

2.11. Funciones de instituciones de salud

Funciones del departamento de salud

Entre las funciones de un departamento de salud están:

Planificación y organización de los servicios y recursos sanitarios, dígase hospitales, centros de salud, servicios de urgencia, etc.

Regulación y vigilancia de los asuntos relacionado con la higiene y seguridad alimentaria.

Promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Vigilancia epidemiológica, no solo referida al manejo de datos sobre incidencia y prevalencia, si también al uso de esa información en función de otros objetivos aquí mencionados, como la prevención de enfermedades.

2.12. Estructura organizacional

Se conoce como estructura organizacional a las formas de organización interna y administrativa de una empresa u organización. Esto incluye también el reparto del trabajo en áreas o departamentos determinados según esa misma estructura.

Dicho en otras palabras, la estructura organizacional de una empresa es el modo en que se concibe a sí misma, el modo en que planifica su trabajo y reparte formalmente sus responsabilidades. La estructura organizacional es la forma de una empresa.

Las empresas y organizaciones suelen organizarse a sí mismas en base a los objetivos que se han trazado. Por otro lado, su estructura responde también al modelo de gestión interna que emplean, es decir, a cómo conciben la autoridad, la jerarquía administrativa y la división de sus labores.

Cada empresa tiene su estructura organizacional propia. Es posible modificarla y adaptarla a nuevos escenarios y necesidades si fuera el caso, aunque eso suele implicar grandes cambios y remodelaciones.

Características de la estructura organizacional

Toda estructura organizacional es un orden formal, es decir, consta en los documentos de la empresa y está reflejado en su organigrama. En este último se representan las distintas personas que trabajan en ella y sus cargos específicos.

Suelen basarse en un principio de especialización y departamentalización, es decir, de construcción de

bloques de trabajo en los que se llevan a cabo labores determinadas: relaciones públicas, recursos humanos, gerencia administrativa, etc. Mientras más grande sea una empresa, más especializados serán sus departamentos.

Estas estructuras pueden ser de dos tipos:

Centralizado. Concentra las decisiones en los altos cargos de la jerarquía.

Descentralizado. Permite a cada departamento importantes márgenes de autonomía.

Por otro lado, generalmente responden a una idea previa de cómo organizar un equipo humano para conseguir un objetivo común. En esa consideración deben tomarse en cuenta la tecnología, los recursos humanos y el –espíritu o la personalidad empresarial de la organización.

2.13. Cuerpo de gobierno

1. DIRECTOR GENERAL: Misión, objetivos y responsabilidades del hospital que dirige.
2. DIRECTOR DEL HOSPITAL: Actuar y supervisar que las actividades se realicen en estricto apego a las Leyes.
3. CONSEJO CONSULTIVO: Validar el Presupuesto de Egresos y el Pronóstico de Ingresos Anuales del Hospital. Evaluar los logros operativos y el proceso de gestión administrativa que le han presentados por el Director del Hospital
4. CUERPO DE GOBIERNO: Supervisar y evaluar la adecuada utilización de los recursos de que dispone el Hospital para su óptimo funcionamiento.
5. JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION: Administrar los procesos de Enseñanza, Capacitación e Investigación médica.
6. SUBDIRECCION MEDICA: Vigilar que el otorgamiento de los servicios médicos se realice con oportunidad, calidad y sentido humano.
7. JEFATURA DE ESPECIALIDAD: Coordinar, organizar y vigilar las actividades que se desarrollan en cada área especializada.
8. COORDINACION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: Anatomía Patológica, Laboratorio de análisis, Imagenología.
9. ENFERMERIA MEDICINA PREVENTIVA Y EPIDEMIOLOGIA, INFORMATICA MEDICA, ADMISION HOSPITALARIA, COORDINACION DE SERVICIOS DE APOYO, NUTRICION Y DIETETICA, TRABAJO SOCIAL.
10. SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA: Vigilar que las operaciones administrativas y financieras se realicen en apego al marco legal y normativo.

11. RECURSOS HUMANOS, RECURSOS FINANCIEROS: Vigilar el ejercicio del presupuesto del Hospital, Integrar, actualizar y revisar la plantilla del personal.
12. SISTEMAS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO: Mantener en óptimas condiciones las instalaciones Administrar el Sistema de Red Hospitalaria.
13. RECURSOS MATERIALES ALMACEN Y FARMACIA: Realizar la compra de bienes, materiales y servicios Recepción y custodia de los materiales de curación.
14. FUNCIONES DEL HOSPITAL.
15. FUNCIONES DEL HOSPITAL PREVENCIÓN ENFERMEDAD DIAGNOSTICO TRATAMIENTO
16. DOCENCIA E INVESTIGACION: Permitiendo la formación de diversos profesionales Pretende docencia e investigación

2.14. Comités de hospital

Los comités técnico-médicos son elementos fundamentales de vigilancia del hospital, su misión es establecer o mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación; son el eje de la gestión hospitalaria para el cuidado de la salud de la población a la que servimos. Se constituyen como órganos de asesoría para el cuerpo de gobierno del hospital con la misión de mejorar el desarrollo de los servicios de la institución mediante acciones que favorezcan la implantación de recomendaciones específicas. El producto de las deliberaciones y el trabajo sistemático es un factor esencial para la certera toma de decisiones que orienten las acciones realizadas hacia la mejora de la calidad técnica y una mejor atención médica en beneficio de la población de los usuarios de nuestro hospital. Los comités se integran por grupos interdisciplinarios de profesionales de la salud; asimismo, varían según la complejidad de la unidad hospitalaria.

El propósito fundamental es analizar los diferentes aspectos de la atención médica y quirúrgica que se otorga en el hospital, así como verificar el cumplimiento de los criterios, procedimientos y normas establecidas. Su funcionamiento permite la detección de problemas, y mediante consenso de sus integrantes establece medidas de corrección para mejorar la eficacia y la eficiencia de la operación, así como la evaluación de los resultados alcanzados y elaboración de los planes de mejora cuando se considera necesario. Considerando los criterios de Ética ninguno de los comités está autorizado para divulgar información relacionada con algún caso estudiado, excepto por disposición legal, ni dar a conocer a personas ajenas a la institución los nombres del personal que intervino; su papel es estrictamente científico y confidencial.

La organización y funcionamiento de los comités tienen carácter obligatorio para los hospitales y su operación puede adaptarse de acuerdo con la complejidad de la unidad.

Los comités tienen las siguientes funciones genéricas:

- Coadyuvar a la mejora de la calidad en los servicios que se ofrecen a los usuarios de la unidad hospitalaria.
- Jerarquizar los problemas detectados.
- Definir las estrategias necesarias para resolver los problemas identificados.
- Establecer la metodología y las acciones necesarias para operar las estrategias.
- Llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de las acciones.
- • Aportar los elementos para la identificación de coordinación entre los servicios y mantener una interrelación entre ellos.

2.15. Enfoque neoclásico

También llamada escuela operacional, o del proceso administrativo, surgió de la necesidad de utilizar los conceptos válidos y relevantes de la teoría clásica, y es la que actualmente es más usada en casi todas las organizaciones a nivel mundial.

Para los neoclásicos, -La Administración consiste en orientar, dirigir y controlar los esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un fin común con un mínimo de recursos y de esfuerzo y con la menor interferencia, con otras actividades útiles

Objetivos

- Mostrar por un lado el eclecticismo de la teoría neoclásica de la administración, su preocupación por la práctica administrativa y su énfasis en sus objetivos y resultados. Por otro lado, en tanto teoría eléctrica, el relativismo con que asume los postulados clásicos, aunque mantienen el énfasis sobre los principios clásicos de la administración.
- Afianzar la administración como una técnica social básica que el administrador utiliza para alcanzar resultados, ayudado por las personas con quienes trabaja.
- Definir las funciones del administrador, que conforman el proceso administrativo.

Las principales características de la teoría neoclásica son:

1. Énfasis en la práctica de la administración.- La teoría neoclásica se caracteriza por hacer gran énfasis en los aspectos prácticos de la administración, por el pragmatismo y por la búsqueda de resultados concretos.
2. Reafirmación relativa de los postulados clásicos.- La teoría neoclásica es casi una reacción a la gran influencia de las ciencias del comportamiento en el campo de la administración.

El enfoque neoclásico utiliza la mayor parte de los conceptos clásicos, estructura de la organización lineal, funcional y línea - staff, relaciones de línea y asesoría, problema de autoridad y responsabilidad y departamentalización.

3. énfasis en los principios generales de administración.- En la administración los principios cumplen un papel equivalente al de las leyes en las ciencias físicas, pues buscan demostrar una relación causa-efecto. Un principio es una proporción general aplicable a determinados fenómenos que proporciona una guía de acción. los principios no deben tomarse de manera rígida y absoluta sino relativa y flexible.
4. Énfasis en los objetivos y en los resultados.- Toda organización existente para alcanzar objetivos y reproducir resultados, la organización debe estar determinada, estructurada y orientada en función de éstos. De allí nace el énfasis en los objetivos organizacionales y en los resultados que deben alcanzarse, como medio de evaluar el desempeño de las organizaciones. Los objetivos son valores buscados o resultados deseados por la organización.
5. Eclecticismo.- Los autores neoclásicos, a pesar de basarse en gran parte en la teoría clásica, son bastante eclécticos y recogen el contenido de casi todas las teorías administrativas, a saber:

- De la teoría de las relaciones humanas.
- De la teoría de la burocracia.
- De la teoría del comportamiento.
- De la teoría matemática.
- De la teoría de los sistemas.

2.16. Departamentalización de instituciones de salud

La jerarquía no es que el sistema de distribución de autoridad y responsabilidad que existen en las organizaciones. A mayor jerarquía mayor en su influencia. La jerarquía surge como una necesidad para que cada cargo que sea inferior sea controlado por otro superior y halla un balance entre las posiciones de la empresa. La jerarquía no es más que orden y subordinación.

- Organización lineal o militar: es específica, única y absoluta, toda la autoridad y responsabilidad son transmitida por una sola línea a cada departamento.
- Organización funcional o de Taylor: las actividades se la asigna a un jefe específico, se descomponen el trabajo de dirección complejo y difícil en varios elementos más simples. Aquí se el jefe debe tener mayor especialización y mayor capacidad para que todo se realice con eficiencia.
- Organizaciones líneas y staff: se basa en asesoramiento y servicios o sea mantiene la autoridad pero cada dispone de un jefe para cada función.

LOS ORGANIGRAMAS.

Son cartas o graficas de organización es las cuales se representan los sistemas de organización. Este puede visualizar la división de funciones, los niveles jerárquicos, la naturaleza lineal.

Estos deben ser organizados de manera específica iniciando desde el director hasta el último nivel. Además se colocan los nombres de las funciones no de personas.

Existen dos tipos de organigramas que son los más utilizados:

- Organigramas Verticales: se basa en una estructura jerárquica piramidal, cuyas responsabilidades recaen en la cima de la misma. A medida que descendemos por la cadena en cada área funcional, el nivel de autoridad y responsabilidad disminuye.
- Organigramas Horizontales: se basan en los mismos elementos de los anteriores solo que aquí se inicia el nivel máximo jerárquico a la izquierda hasta culminar por la derecha.

EL ANÁLISIS ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA TEORÍA

GENERAL DE SISTEMAS.

Teoría general de sistemas.

Un biólogo alemán llamado Ludwing von Bertalanffy fue el primero en publicar varias obras que hablaran de la teoría general de los sistemas.

Gracias a Bertalanffy, podemos decir que una teoría de los sistemas nos ayudaría a estudiar mejor los campos no físicos el conocimiento científico, un ejemplo de esto seria las ciencias sociales.

Podemos definir un sistema como un conjunto de elementos que estar relacionados dinámicamente en una interacción constante.

2.17. Servicios médicos

Se conoce como asistencia sanitaria en México, y como atención médica, asistencia médica, atención sanitaria, o atención de salud en algunos países latinoamericanos, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Puede requerir estancia y reposo en domicilio –hospitalización a domicilio- o sin este requerimiento".

Características:

Se considera como asistencia sanitaria a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, obstetricia, enfermería y afines.

Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo "intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones". La provisión organizada de tales servicios puede constituir un sistema de asistencia sanitaria. Esta puede incluir una organización gubernamental tal como, en el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud o una cooperación entre el Servicio Nacional de Salud y Servicios Sociales, tal como ocurre en 'Shared Care'. Antes de que el término "asistencia sanitaria" se hiciera popular, los anglófonos se referían a la medicina o al sector sanitario y hablaban del tratamiento y la prevención de la enfermedad y la discapacidad.

2.18. Servicios paramédicos

El paramédico es un profesional de la salud con nivel técnico, técnico superior universitario (TSU) o licenciatura, enfocado en la atención pre-hospitalaria y clínica. También es denominado, en función de su formación y lugar de realización técnico en urgencias médicas, técnico en emergencias médicas, técnico en emergencias sanitarias, técnico de medicina en emergencias pre-hospitalarias, técnico en emergencias pre-hospitalarias o técnico en atención pre-hospitalaria. Usualmente es miembro de un servicio de atención de emergencias, el cual responde y atiende a las emergencias médicas y de trauma, siguiendo protocolos de intervención internacionales, revisados y aceptados.

La medicina es ejercida por profesionales de la salud, como médicos de las distintas especialidades, enfermeros, auxiliares, técnicos de laboratorio, investigadores, etc. No obstante, algunas actividades relacionadas con la medicina son ejercidas por otro tipo de profesionales, como por ejemplo los conductores de ambulancia que atienden las emergencias y cuya actividad es conocida como paramedicina. Así, el término paramédico, se refiere a todo aquello que está al margen de la medicina pero relacionada con ella, tal y como sucede con otras palabras con el prefijo para, como paramilitar o

parafarmacia. En el caso de la parafarmacia, las sustancias que se recetan no son medicamentos en el sentido tradicional del término.

2.19. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Los Servicios Auxiliares de Diagnóstico tienen como objetivo contribuir y proporcionar información de la evaluación del paciente, como apoyo diagnóstico, seguimiento en el tratamiento de enfermedades y proporcionan datos para el control epidemiológico para la salud pública, a través de la realización de análisis que se ajusten a los estándares de calidad y seguridad del paciente. Prestan servicio a pacientes del Instituto en los Servicios Clínicos, de Consulta Externa, Urgencia, Cirugía, Investigación y pacientes externos entre otros, así como otras Instituciones en el cuidado a pacientes con Enfermedades Respiratorias. Los Laboratorios garantizan que en los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos cumplan con los estándares de calidad tanto de la estructura, proceso y resultados. Se Fomenta la cultura de la mejora continua y la reducción de riesgos en todos los servicios hasta un mínimo aceptable, por lo que es necesario conocer los recursos disponibles y todo el entorno en el que se presta la atención al paciente.

Entre los métodos auxiliares de diagnóstico se cuentan: los análisis clínicos de laboratorio, los estudios de gabinete radiológico o de Imagenología y otros como electrocardiograma, electroencefalograma, etc.

Para integrar un diagnóstico, el médico, valiéndose de sus conocimientos, experiencia y sagacidad, analiza la información obtenida en consulta por medio del interrogatorio del paciente y la exploración clínica, para así llegar a una sospecha o certeza diagnóstica. Sin embargo esto no resulta fácil, dada la similitud de síntomas y signos entre algunas enfermedades, siendo esto motivo de probable confusión.

Gracias a la invención de instrumentos científicos, que con el tiempo han sido objeto de cada vez mayor sofisticación y precisión, han surgido áreas de apoyo diagnóstico –principalmente el laboratorio clínico y el gabinete radiológico– que han venido a contribuir aportando datos e imágenes; los cuales se relacionan con estados de salud o enfermedad. Su integración en la práctica médica es una realidad incontrovertible, pues intervienen también en el seguimiento del tratamiento; así como en la medicina preventiva.

Visto desde esta perspectiva, tanto el laboratorio clínico como el gabinete de Imagenología, proporcionan información, para complementar la que el médico clínicamente haya podido establecer en consulta.

2.20. Servicios generales

El Departamento de Servicios Generales se encarga de proporcionar oportuna y eficientemente, los servicios que requiera el Centro en materia de comunicaciones, transporte, correspondencia, archivo, reproducción de documentos, revelado de material fotográfico, intendencia, vigilancia, mensajería y el suministro de mantenimiento preventivo y correctivo al mobiliario, equipo de oficina y equipo de transporte.

Funciones

Coadyuvar en la formulación del plan de distribución anual del presupuesto de gasto corriente para su aprobación, contribuyendo en la definición de criterios y prioridades de asignación de recursos para el correcto desempeño de las labores administrativas y el oportuno suministro de los servicios generales.

Elaborar el Programa Anual de Mantenimiento Preventivo y Correctivo al mobiliario, equipo de oficina y equipo de transporte.

Unidad III: Principales enfoques de la administración en salud.

Objetivo de la unidad

Conocer y aplicar en la práctica los enfoques de la administración en salud en las instituciones de salud en sus tres niveles de atención.

3.1. Departamento de investigación médica y de enfermería

La investigación es la búsqueda de nuevo conocimiento, lo que es fundamental para el desarrollo de enfermería para aplicar cuidados basados en evidencia. La enfermera en la práctica cotidiana le permite observar tanto el entorno como las técnicas y procedimientos que aplica, por medio del proceso científico, mejora el conocimiento existente y genera nuevo conocimiento que influye directa o indirectamente en la práctica de enfermería.

Paradigmas en la Investigación en Enfermería

El desarrollo de la investigación en otros países ha sido difícil, en España han trabajado unos 100 años, para consolidar la investigación en enfermería. Inicialmente era realizada por la academia y hasta hace pocos años se ha instaurado en el ámbito clínico, tomando diversos enfoques de interés. Un factor determinante para el conocimiento científico ha sido sin duda la educación superior en enfermería.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) considera la investigación en enfermería como la búsqueda sistemática de conocimientos en beneficio a los usuarios, familia y comunidad. La investigación en enfermería incluye temas actuales de interés como son la promoción de la salud, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, el cuidado del individuo en diversas etapas de la vida durante la enfermedad, recuperación, rehabilitación o muerte digna.

El conocimiento se logra a partir de la investigación de enfermería el cual se emplea en la práctica basada en evidencias para mejorar la calidad en el cuidado obteniendo resultados favorables e intervenciones de enfermería efectivas. El CIE afirma que una práctica fundamentada en la investigación permite evaluar la práctica y el sistema de salud. La investigación en enfermería nos permite responder cuestiones de los cuidados y la atención de la salud, promoverla y prevenir enfermedad.

El CIE ha identificado dos principales líneas de investigación relevantes para enfermería los cuales se describen en el siguiente cuadro:

El comité de expertos de enfermería de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que: -la investigación es una actividad apropiada para todos los niveles del personal de enfermería puesto que contribuye a reconocer problemas... toda enfermera debe ser capaz de utilizar los hallazgos de las investigaciones y de modificar la práctica a la luz de nuevos resultadosl .

La investigación ha avanzado en conjunto con los proyectos de investigación desarrollados en las instituciones de educación mexicanas, pues es en las universidades donde se han desarrollado el mayor número de publicaciones; además de las instituciones de salud que permiten observar la disciplina y su campo de aplicación.

En México es posible utilizar el pensamiento científico en áreas de trabajo, se consideran cuatro indicadores que identifican a una profesión con formación científica:

- Consolidación de cuerpos académicos Publicación científica
- Doctorados
- Miembros del Sistema Nacional de Investigadores (SNI)

El estudiante de enfermería debe adquirir una adecuada formación científica para que una vez inserto en el sector salud le permita en sus funciones aplicar sus conocimientos y habilidades en busca de nuevo conocimiento, ya que actualmente las actividades de enfermería están dirigidas en el área asistencial-curativa lo que no permite al personal de enfermería tener una visión científica en su área laboral.

Las instituciones de educación, universidades, forman la pieza clave en la formación de recursos humanos con la vocación de futuros investigadores, alentandolos a continuar estudiando un posgrado; sin embargo, es común que se tenga la visión, que los proyectos de investigación sean desarrollados por parte de los estudiantes de maestría o doctorado, pudiéndose enfatizar durante sus estudios de licenciatura.

En este mismo sentido es fundamental explorar las estrategias necesarias que fomenten e incentiven a los estudiantes, durante su formación en la universidad, integrarse a la investigación en enfermería. Pese a que la mayoría de ellos no continúen estudios de posgrado, se pueda asegurar que cuenten con un pensamiento más crítico y analítico, propios de la investigación, que les permita evidenciar y describir su aportación profesional en la salud del individuo, comunidad y población en general durante su práctica profesional diaria.

Durante la formación de los estudiantes en las universidades, debe estar presente la investigación, es preciso desarrollar en los estudiantes y futuros profesionistas los valores y actitudes como lo es la capacidad de observación y exploración.

Programas y modelos de salud surgidos a partir de la investigación en Enfermería

De acuerdo con el CIE las prioridades a desarrollar actualmente y en los próximos años se enfocan en:

Desarrollo y aplicación de modelos conceptuales y teorías de enfermería.

Desarrollo de estrategias para la mejora de los actuales programas de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Estudio de las poblaciones en búsqueda de las estrategias para la modificación de factores de riesgo.

Mejoras en las intervenciones de enfermería, analizando la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Análisis de la calidad de vida laboral del profesional de enfermería, estrés laboral, relación con el paciente, movilidad, capacitación, etc

Participación en el desarrollo de las políticas destinadas a la equitativa, oportuna y eficiente prestación de servicios.

Integrar la práctica basada en evidencia.

La investigación enfermera, debe trascender de la teoría a la práctica con la aplicación de resultados y con orientación de servicios de salud conforme a los resultados de investigación. En la actualidad existe una evolución en la investigación y autonomía en la atención, permitiendo aportar la fuente de conocimiento para generaciones futuras, en beneficio del gremio de enfermería, usuarios y sociedad.

Es el momento de innovar en todas las áreas de enfermería, permitiendo el desarrollo de la profesión, el reconocimiento, calidad y excelencia en el cuidado.

3.2. Aspectos legales en instituciones de salud

Análisis de la legislación

Para explorar este tema, realizaremos un breve análisis de lo establecido por las normas, reglamentos y leyes existentes. De esta forma, esperamos que Ud. sea capaz de buscar las diversas reglamentaciones cuando lo necesite.

Hemos organizado nuestro análisis en cuatro categorías:

1. Autoridad y actores que intervienen en el proceso regulatorio.
2. Aspectos relativos al paciente.
3. Función de autoridad sanitaria.

Autoridad y actores que intervienen en el proceso regulatorio

Todos los países tienen normas que definen en forma clara la rectoría de la autoridad de salud, como aquellas de creación de los ministerios o secretarías de salud, y las que organizan y establecen sus funciones. Los aspectos más regulados son los que identifican a la autoridad competente en salud y hacen enunciaciones genéricas de derechos, calidad de la atención, la regulación de tecnologías, acreditación y habilitación de establecimientos, la formación del personal de salud y aspectos de seguridad del paciente, como los sistemas de reporte de incidentes y daños. La función de la garantía de calidad recae en el

ministerio/secretaría de salud.

Aspectos relativos al paciente

En México este tema se regula por medio de leyes específicas sobre derechos de los pacientes. El respeto a la confidencialidad, la privacidad, la intimidad y la dignidad, el derecho a la información y al consentimiento informado gozan de un tratamiento más generalizado.

Entre los derechos de los pacientes, se incluyen también el derecho a la interconsulta médica y a recibir atención oportuna en un ambiente limpio y seguro, al uso de los efectos personales durante la internación y a obtener el detalle de la cuenta por servicios que reciban los pacientes no asegurados que acudan a servicios públicos, a la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico o a recibir medicación sin cargo durante la internación.

Función de la autoridad sanitaria

En el ámbito de la habilitación de establecimientos sanitarios, se tiende crear a sistemas normativos armonizados o únicos que eviten la existencia de brechas de calidad entre los distintos tipos de prestadores. Desde la perspectiva de seguridad del paciente, se creó una Comisión Nacional de Uso Racional de Medicamentos.

En este punto, Ud. debe saber que este proceso es responsabilidad de un organismo nacional, como el Ministerio de Salud o Secretarías de Salud. En el caso de la formación continua, prevalecen aquellas normas que contemplan la prevención de infecciones nosocomiales, sin incorporar el tema de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Además, se incluye la importancia de la formación y capacitación del recurso o talento humano en el contexto de los programas de centros de formación.

Investigación y gestión de la información

En cuanto a la investigación, nos interesa particularmente señalarle a Ud. que la documentación clínica, bajo distintas denominaciones y conceptos, está incluida en gran parte de las legislaciones, en muchas de ellas como normativa técnica y en otras como parte de los derechos exigibles por los pacientes.

La garantía de la confidencialidad de los datos y el habeas data como recurso procesal para acceder a los propios datos y solicitar su rectificación o supresión está prevista en la mayoría de las legislaciones de los países analizados, incluso en las constituciones. La implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud fundamenta gran parte de los cambios normativos que se evidencian en ese sentido.

Sobre las infecciones nosocomiales, se ha detectado que sus reportes cuentan con diverso grado de

desarrollo en la región, y en muchos casos se vinculan a otros sistemas de información y vigilancia, como los de farmacovigilancia, uso racional de medicamentos, y seguridad de los pacientes. Existen diferencias en los sistemas de reporte de incidentes y eventos adversos entre los países que disponen recoger la información sanitaria clasificando, ordenando y homogeneizando los reportes de incidentes, y aquellos que no han regulado la información y documentación sanitaria para la calidad con base en principios definidos. En este sentido, se evidencian desarrollos notables con normas específicas en la materia.

3.3. Enfoque de sistemas

El enfoque de sistemas revolucionó los enfoques administrativos existentes. Concibe a las empresas como sistemas sociales inmersos en sistemas que se interrelacionan y afectan mutuamente.

Los orígenes de este enfoque se remonta a las concepciones aristotélicas de causa y efecto, y que todo entero forma parte de otro mayor. La teoría moderna de sistemas se desarrolló por los aportes de Ludwing Von Bertalanffy, quién indicó que no existe elemento físico o químico independiente, todos los elementos están integrados en unidades relativamente interdependientes.

Fue en 1954 cuando Kenneth Boulding escribió un artículo titulado "La teoría general de sistemas y la estructura científica". Este artículo es considerado de gran relevancia porque revolucionó el pensamiento científico y administrativo.

Puede definirse un sistema como "un conjunto de elementos íntimamente relacionados que actúan e interactúan entre sí hacia la consecución de un fin determinado".

Los sistemas se pueden clasificar de acuerdo con:

El grado de interacción con otros sistemas: abiertos, semiabiertos o semicerrados y cerrados.

Su composición material y objetiva: abstractos y concretos.

Su capacidad de respuesta: activos, pasivos y reactivos.

Su movilidad interna: estáticos, dinámicos, homeostáticos y probabilísticos.

Su grado de dependencia: independientes e interdependientes.

En cualquier sistema se puede encontrar cuatro elementos básicos para su funcionamiento:

Entradas o insumos: abastecen al sistema del necesario para cumplir su misión.

Procesamiento: es la transformación de los insumos.

Salidas o producto: es el resultado del proceso.

Retroalimentación: es la respuesta de los sistemas que han recibido como insumo el producto de un sistema previo o la respuesta del medio ambiente.

Referencia:

La teoría general de sistemas en su propósito más amplio, contempla la elaboración de herramientas que capaciten a otras ramas de la ciencia en su investigación práctica. Por sí sola, no demuestra ni deja de mostrar efectos prácticos. Para que una teoría de cualquier rama científica esté sólidamente fundamentada, ha de partir de una sólida coherencia sostenida por la TGS. Si se cuenta con resultados de laboratorio y se pretende describir su dinámica entre distintos experimentos, la TGS es el contexto adecuado que permitirá dar soporte a una nueva explicación, que permitirá poner a prueba y verificar su exactitud. Por esto se la ubica en el ámbito de las metateorías.

La TGS busca descubrir isomorfismos en distintos niveles de la realidad que permitan:

Usar los mismos términos y conceptos para describir rasgos esenciales de sistemas reales muy diferentes; y encontrar leyes generales aplicables a la comprensión de su dinámica.

Favorecer, primero, la formalización de las descripciones de la realidad; luego, a partir de ella, permitir la modelización de las interpretaciones que se hacen de ella.

Facilitar el desarrollo teórico en campos en los que es difícil la abstracción del objeto; o por su complejidad, o por su historicidad, es decir, por su carácter único. Los sistemas históricos están dotados de memoria, y no se les puede comprender sin conocer y tener en cuenta su particular trayectoria en el tiempo.

Superar la oposición entre las dos aproximaciones al conocimiento de la realidad:

La analítica, basada en operaciones de reducción.

La sistémica, basada en la composición.

La aproximación analítica está en el origen de la explosión de la ciencia desde el Renacimiento, pero no resultaba apropiada, en su forma tradicional, para el estudio de sistemas complejos.

3.4. El enfoque sistemático de la administración en salud.

Los sistemas de salud enfrentan el desafío de contribuir a mejorar las condiciones de salud, ocupando un lugar de importancia prioritario en los países de ingresos medios y bajos, dado que la ausencia o precariedad de los sistemas de salud repercuten de manera negativa en los resultados sanitarios esperados. Así también, debido a la directa relación entre los programas y sistemas, ya sea por la ausencia o debilidad

de ambos, esto impactará en una consecuente falla en la salud pública y en la propia ejecución de los programas. En ese mismo sentido, los sistemas de salud debilitados son uno de los principales cuellos de botella en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El pensamiento sistémico constituye una de las –cuatro revoluciones en curso que contribuyen a transformar la salud y sus sistemas de atención. En ese marco, este trabajo identifica aquellos elementos sistémicos de tipo conceptual y operacional aplicados a los sistemas de salud que ayudan a superar las trabas e inercias que entorpecen la gestión y los resultados sanitarios. Resultan relevantes conceptos propios del pensamiento sistémico tales como las variables estructurales y la complejidad dinámica, así como la incorporación de la relación entre los programas y los sistemas de salud, la función de monitoreo y evaluación junto al rol de la innovación y la integración de los sistemas como elementos de primera importancia. Esto contribuirá a establecer diseños que ponen de relieve también el contexto de aquellos componentes que orientan la gestión, identificando los procesos y resultados en un continuo de la gestión sanitaria.

3.5. Enfoque contingencial

3.6. Teoría de la contingencia

3.7. El enfoque contingencial en la administración en salud.

Este enfoque apareció para completar enfoques simplistas de la administración, sobre los cuales rondaba el ideal de que se podían aplicar de forma universal. Las investigaciones mostraron que las propuestas de las teorías vigentes cambiaban de una situación a otra, puesto que las organizaciones y los subsistemas eran únicos.

Concepto.

El enfoque contingente o teoría de las contingencias aplicado al estudio de las organizaciones es una concreción de la teoría general de sistemas y se basa en la consideración de las posibles contingencias o condiciones del entorno de la organización para establecer, en función de las mismas, el diseño estructural o las acciones administrativas más adecuadas a cada situación o caso.

La tarea del administrador consistirá aquí en identificar los factores contingentes que definen una situación dada, observar cómo interaccionan entre ellos y con la situación, y tratar de encontrar la respuesta administrativa más adecuada o ajustada a ese conjunto de variables concretas. En definitiva, identificar la técnica que mejor servirá para alcanzar las metas deseadas en una situación, en unas

VARIABLES DE CONTINGENCIA.

Tamaño de la organización: el número de personas en una organización ejerce una gran influencia en lo que los gerentes hacen. Conforme el tamaño se incrementa, aumentan los problemas de coordinación

Tecnología de operaciones: diferentes tipos de tecnología requieren unas estructuras, estilos de liderazgo y sistemas de control diferentes

Incertidumbre del entorno: el grado de incertidumbre provocado por los cambios políticos, tecnológicos, socioculturales y económicos tienen efectos en el proceso administrativo. Lo que funciona mejor en un entorno estable y previsible puede ser inapropiado en un ambiente cambiante e imprevisible

Diferencias individuales: las personas difieren en cuanto a su deseo de crecer, autonomía, tolerancia a la incertidumbre y expectativas. Tales diferencias son esenciales cuando el gerente selecciona técnicas de motivación, estilos de liderazgo y diseño de puestos.

Análisis de contingencial

El punto de vista de contingencia sugiere que hay esquemas adecuados de relaciones para los distintos tipos de organizaciones y que puede mejorarse el entendimiento de cómo interactúan estas importantes variables.

Así, el análisis de contingencia podría llevarnos a unas conclusiones generales sobre estos esquemas de relaciones:

La forma de organización estable-mecánica es más adecuada cuando se aplica lo siguiente:

El medio ambiente es relativamente estable y seguro. Los objetivos están bien definidos y se mantienen. La tecnología es relativamente uniforme y estable. Hay actividades rutinarias y la productividad es el objetivo primordial. La toma de decisiones es programable y los procesos de coordinación y control tienden a permitir un sistema jerárquico estructurado de manera estricta

La forma de organización adaptable-orgánica es más adecuada cuando se aplica lo siguiente:

El medio ambiente es relativamente incierto e inestable. Los objetivos son diversos y cambiantes. La tecnología es compleja y dinámica. Hay muchas actividades no rutinarias en las que son importantes la creatividad y la innovación. Se utilizan procesos heurísticos de toma de decisiones.

3.8. Manuales de programas del departamento de enfermería

Los manuales son herramientas administrativas que concentran en forma ordenada y sistemática una serie de elementos administrativos para transmitir la información de una organización con el fin de orientar, estandarizar y guiar la práctica diaria.

Clasificación de los manuales Por su contenido: Hacen referencia a los aspectos organizacionales de manera detallada y formal de cualquier entidad. Manuales de: • Organización • Normas • Procedimientos Por función específica: Mencionan las funciones operacionales de una unidad específica. Manuales de: • Hospitalización • Consulta externa • Quirófano • Admisión Por su ámbito de función: Estructuran las necesidades que surgen en la misma unidad administrativa. Manual: • General • Particular

Manual de organización Describe la estructura de los departamentos de la organización, así como las tareas específicas y la autoridad asignada a cada miembro del organismo, su importancia radica en presentar una visión en conjunto de la organización, precisando las funciones y con ello evitar duplicidad. Los elementos que se desarrollan en este manual son: 1) Introducción, 2) Antecedentes históricos 3) Marco Jurídico, 4) Misión, 5) Visión de la unidad, 6) Organigrama, 7) Directorio del servicio, 8) Análisis de puestos y 9) Glosario de términos.

Manual de procedimientos administrativos Este manual refiere en forma detallada los lineamientos a seguir en la toma de decisiones para el logro de los objetivos, es decir, marca las políticas y normas que ayudan a asegurar la eficiencia en el desempeño de funciones, su objetivo es asegurar que sus usuarios se comporten de manera específica. Los elementos que se desarrollan son: 1) Introducción, 2) Definición del servicio, 3) Descripción de la unidad, 4) Objetivos del servicio, 5) Políticas, 6) Normas y

3.9. Instrumentos administrativos

INSTRUMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:

INSTRUMENTOS TECNICO-NORMATIVOS

Los instrumentos técnico-normativos que nos señalan las funciones son:

Manual básico del
puesto. Descripción
y análisis de puestos.

Inducción del personal al área
y al puesto. Plantilla teórica y
nominal de personal.

Normas administrativas para el manejo y control de personal, roles de asistencia, vacaciones,
festivos, licencias, incapacidades, etc.

Expediente de
personal. Manual
de organización.

Manuales de
procedimientos.

Instructivos de
operación.

Normas técnicas de asistencia al paciente.

Investigación operativa, diagnóstico situacional, planes y
programas de trabajo.

Programas institucionales y específicos del servicio.

Normas de comités.

Capacitación y desarrollo de personal.

Promoción a puestos superiores. Toda esta instrumentación determina y sirve de base para lo que ha de ser la estructura general de trabajo que tiene un departamento y los servicios de enfermería. Una buena organización ayuda a lograr los objetivos, lleva hacia adelante el trabajo, utiliza los mejores medios, conserva los esfuerzos e incrementa la comprensión para que marchen sin tropiezo las diversas actividades y aumenta el interés del personal por su labor realizada. De esta forma, la organización llega a convertirse en una función administrativa altamente productiva y vigorosa.

Existen una gran variedad de instrumentos administrativos que la enfermera utiliza para brindar sus cuidados de enfermería de manera eficaz y con calidad.

3.10. Graficas de productividad

¿Qué es la productividad?

Es un término muy usado en círculos académicos y organizacionales, pero rara vez se define de forma adecuada (Prasad, Jha & Prakash, 2015). De hecho, no existe una definición uniforme de "productividad" en la literatura científica (Kämäräinen, Peltokorpi, Torkki & Tallbacka, 2016). A menudo se confunde y se considera intercambiable junto a términos como "eficiencia", "eficacia" o "rentabilidad" (Tangen, 2005).

Por tradición, en la manufactura de productos y la prestación de servicios, se define como "productividad" a la relación entre elementos de salida y de entrada (Kämäräinen et al., 2016). En esa misma línea, Hernández, Camargo y Martínez (2015), señalan que la productividad vendría a ser la relación entre elementos producidos y horas trabajadas.

A nivel hospitalario los parámetros para medir la productividad están basados en el tiempo de hospitalización, los días de recuperación post quirúrgica, la premura de los diagnósticos exactos, la cantidad de exámenes de laboratorio y rayos equis.

En salud lo primordial, más que la cantidad, es el impacto o resultado que se obtiene con la atención proporcionada.

Como lo he expresado en artículos anteriores, el actual modelo de atención está basado en la

consulta espontánea incontrolada, con énfasis en lo curativo, donde el profesional no puede tener control en el paciente. Ese es el principal obstáculo para poder medir de manera objetiva la productividad y nos lleva a tener un sistema de salud ineficiente, altamente costoso, donde se mantiene la insatisfacción del paciente y la frustración del médico y la enfermera, sin que se pueda vislumbrar una solución del problema.

3.11. Manejo de censo

Censo Diario Es el número de pacientes internados que están ocupando una cama en un hospital, en un momento dado.

Censo hospitalario, Es el número de pacientes internados que están ocupando una cama en un hospital, en un momento dado. La hora de confección del Censo está especificada a la media noche (24.00 hrs).

DEFINICIONES

GENERALES

CAMAS

DISPONIBLES:

Es el número de camas instaladas en el hospital en condiciones de uso, para la atención de pacientes hospitalizados, independientemente de que estén o no ocupadas. El número de camas disponibles puede variar diariamente debido a: que se agregan camas por demanda estacional, emergencia, etc. que se retiren camas para reparación, desinfección, pintura del local, clausura temporaria del servicio, etc.

INGRESO:

Es la entrada de una persona al hospital como paciente hospitalizado. Todo ingreso al hospital involucra la ocupación de una cama de hospital.

EGRESO:

Es la salida del establecimiento de un paciente hospitalizado. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por *alta* o por *defunción*.

HOSPITALIDAD O PACIENTE DÍA:

Es el conjunto de servicios brindados a un paciente hospitalizado en el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un día censal. Es decir que la atención brindada diariamente a cada paciente hospitalizado se computa como un paciente -día (una hospitalidad). El caso de un paciente que ingresa y egresa en el mismo día, se computará como un paciente-día. El total de pacientes-días de un período se obtiene sumando el número diario de pacientes-días de ese período.

DIA CAMA DISPONIBLE:

Es el período comprendido entre las 0 y las 24 horas de un día, durante el cual una cama de hospital se mantiene a disposición para el uso de pacientes hospitalizados.

PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLES:

Es el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente. Se obtiene dividiendo el total de días-camas disponibles durante un período por el número de días del período. El total de días- camas disponibles del período se obtiene del Censo diario.

PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS:

Es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el período. Se obtiene dividiendo el total de pacientes día del período por el total de días-camas disponibles del período y multiplicando por 100. Los datos para este porcentaje se obtienen del Censo diario.

GIRO DE CAMAS:

Es una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cada cama durante un período. Se obtiene dividiendo el número de egresados por el promedio de camas disponibles durante un período.

Los datos para su cálculo se obtienen del Censo Diario.

PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES -DIA (PROMEDIO DIARIO DE HOSPITALIDADES):

Es el número promedio de pacientes hospitalizados recibiendo atención diaria durante un período. Se obtiene dividiendo el total de pacientes día durante un período por el total de días de dicho período. Los datos para su cálculo se obtienen del Censo Diario.

PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA:

Es el número de días que en promedio cada paciente egresado durante un período ha permanecido internado.

Se obtiene dividiendo la suma de días de estada de los pacientes egresados en un período por el número de egresos del período. Los datos para este cálculo se obtienen de la Boleta de Hospitalización. **Parámetros para elaborar diagnóstico situacional de un**

hospital de segundo nivel

El diagnóstico situacional forma parte de la primera etapa del proceso administrativo: la planeación; es una labor imprescindible dentro de las actividades de programación en salud pública. Es la ejecución de una metodología que permite la detección de diversas problemáticas y su importancia relativa, así como los factores que la determinan.

3.12. Vacaciones.

El cálculo de personal de enfermería es una operación matemática cuyo propósito es determinar el número de enfermeras que se requieren, para dotar a un servicio de salud específico de los recursos humanos indispensables para su funcionamiento.

RECOMENDACIONES:

- 1) Tomar en cuenta la capacidad instalada de los servicios; es decir, el total de camas, total de consultorios, total de salas de quirófano etc.
- 2) Considerar la complejidad de los tratamientos médicos y de enfermería que requieren los pacientes según el nivel de prevención y servicio especializado que se trate.
- 3) Calcular de acuerdo al área de atención correspondiente según el indicador.
- 4) Otro factor importante a tomar en cuenta es el sistema de organización que utiliza la institución de salud, ya que si es lineal, requiere de menos personal que el sistema de organización funcional.

INDICADORES: Las 5 categorías para la atención de enfermería que son aceptadas y aplicadas para el suministro de personal son: 1. Cuidados mínimos 2. Cuidados parciales 3. Atención directa 4. Cuidados intensivos intermedio 5. Cuidado intensivo

INDICADORES PARA CALCULAR PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL TRATAMIENTO CATEGORÍAS DE TRATAMIENTO HORAS NECESARIAS (EN 24 HORAS) I. Cuidados mínimos (convalecencia, consulta externa, atención domiciliaria y franca recuperación) I a 2 horas II. Cuidados parciales (hospitalización, no graves o delicados) 3 a 4 horas III.

CATEGORÍAS DE TRATAMIENTO HORAS NECESARIAS (EN 24 HORAS) IV. Cuidado intensivo intermedio (pacientes de urgencia, con necesidad de reanimación, pacientes graves, pacientes con tratamientos completos y en vías de recuperación) 7 a 8 horas V. Cuidado intensivo (pacientes graves en fase complicada de tratamiento, pacientes posoperatorio mediato y pacientes con tratamiento de tercer nivel de atención) 10 a 14 horas

Los servicios de los hospitales representan los tipos de especialidad médica que se toman en cuenta para calcular personal de enfermería y el correspondiente suministro. SERVICIO HORAS DE ATENCIÓN (EN 24 HORAS) Cirugía 4 Medicina interna y ginecología, así como obstetricia. 3 Pediatría 5 Prematuros 6 Terapia intensiva 10 Urgencias 8

TIPOS DE SERVICIO — Cirugía — Medicina interna — Obstetricia — Pediatría — Prematuros

Terapia intensiva – Urgencias

INDICADORES PARA CALCULAR PERSONAL DE ENFERMERÍA NECESARIO SEGÚN EL SERVICIO HOSPITALARIO ♣ Para central de equipos y esterilización se calculan una enfermera instrumentista y una enfermera circulante por sala. ♣ En la teco – quirúrgica y sala de expulsión se calcula una jefe de sala y ocho auxiliares de enfermería para un hospital de 100 camas.

INDICADORES POR JORNADA LABORAL También encontramos indicadores para programar suplencias y descansos, los cuales se indican a continuación: JORNADA DE TRABAJO % ENFERMERAS (EN24 HORAS) Matutino 40 Vespertino 30 Nocturno 30 TOTAL 100

INDICADORES POR SUPLENCIA En las últimas décadas se ha tomado conciencia de la evolución y desarrollo de la enfermera, actualmente se reglamenta el servicio profesional de enfermera. VACACIONES Una enfermera más por cada 10 si se tienen vacaciones en períodos de 10 días y dos al año. 6to y 7mo días Una enfermera más por cada 6 enfermeras 80% profesional 20% no profesional Prematuros , terapia intensiva, urgencias, unidad quirúrgica 100% profesional Central de equipos y esterilización 10% profesional 90% no profesional

INDICADORES PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO PUESTO NÚMERO Jefe de Enfermeras 1 Sub jefes de enfermeras 1 por jornada en hospitales de 100 camas Supervisoras 1 por jornada en hospitales por cada 60 camas Jefe de enseñanza 1 por cada 100 camas Jefe de servicio 1 por jornada y servicio

PROCEDIMIENTO PARA CALCULAR PERSONAL DE ENFERMERÍA El procedimiento para calcular el personal de enfermería necesario en los servicios, se realiza con los siguientes pasos: 1. Calcular las horas necesarias de atención de enfermería requeridas para el servicio.

A. Número de camas (C) B. Indicador (I) C. Fórmula: $X=CI$

En donde: X: Horas necesarias C: Número de camas I: Indicador Ejemplo: ¿Cuántas horas de atención de enfermería son necesarias para un servicio de pediatría con 20 camas? X: 20, 20 es el número de camas, 5 es el indicador para el servicio de pediatría.

Respuesta: Horas necesarias=100

CALCULAR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA NECESARIO PARA EL SERVICIO,

TOMANDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS A. Horas que se requieren cubrir con personal de enfermería: (H) B. Jornada de trabajo: (J) C. Fórmula: $X = H/J$

Distribuir el personal para un servicio de pediatría con 20 camas en los diferentes turnos.

Matutino: 40%= 5 ® Vespertino: 30%= 4 ® Nocturno: 30%= 4

Calcular el personal de enfermería suplente: A. Para cubrir vacaciones, 1 más por cada 10 enfermeras en el servicio. B. Para cubrir 6° y 7° días, 1 enfermera más por cada 6. En total 3 para suplencias.

Unidad IV: ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

Objetivo de la unidad

Analizar la administración de los servicios de enfermería y los recursos con los que cuentan las instituciones de salud en sus tres niveles de atención para garantizar la atención del paciente con calidad y de manera oportuna.

4.1. Manejo de la plantilla funcional y nominal

La plantilla de personal se define como el número de puestos y el número de personal que ocupa esos puestos, para alcanzar los objetivos de una organización. Es decir, la plantilla de personal implica la relación ordenada de los puestos y empleados.

Para ahondar en el significado de este término, es necesario puntualizar que la plantilla de personal representa también el presupuesto de personal; el cual consiste en la expresión de un número de puestos de trabajo de diferentes tipos y las calificaciones que requieren.

El objetivo de la plantilla de personal es el contar con el número de personal necesario que posea los conocimientos, habilidades y actitudes (competencias), que le permitan lograr a una organización mayores niveles de productividad (obtener mayores resultados con menos recursos), así como satisfacer los exigentes criterios de competitividad (alto énfasis en la calidad, reducción permanente de costos, alta productividad y orientación clara hacia el cliente), que la conduzcan al logro de sus objetivos: mayor utilidad económica, incrementar su valor económico y elevar la calidad de vida de su personal; o bien, si se trata de una organización pública, el propósito de ésta será el alcance de su misión, es decir, la razón por la que fue creada.

El proceso de planificación de los RRHH abarca las políticas, sistemas y procedimientos, que tienen por objetivo asegurarse de que el número apropiado de personas, con las cualificaciones y especificaciones que la organización necesite, estará disponible en tiempo útil y en los lugares requeridos. Mediante la planificación de los recursos humanos las organizaciones tienen que identificar sus necesidades actuales y anticiparse a sus necesidades futuras de personal, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. De tal forma que se pueda asegurar que haya suficientes RRHH disponibles, con la competencia adecuada para dar la atención sanitaria requerida y de calidad a la población.

4.2. Cronograma de descansos, vacaciones y actividades

Reclamación de vacaciones, permisos laborales

Las vacaciones son la interrupción retribuida establecida legalmente y de manera anual para proporcionar el merecido descanso del trabajador.

Es realmente un derecho del trabajador derivado de su propia relación laboral y que se encuentra constitucionalmente reconocida e irrenunciable (art. 3.5 y 38 E.T.).

El importe de la retribución será la remuneración normal o media que estuviere percibiendo el trabajador en la jornada ordinaria.

Las vacaciones deben ser disfrutadas necesaria y obligatoriamente, no siendo posible su compensación económica, únicamente cabría la compensación económica de vacaciones no disfrutadas en el supuesto que se haya producido el cese del trabajador antes de haber agotado el período vacacional completo, o en el caso de no haber llegado todavía la época de producirse dicho disfrute.

Cuando se deben disfrutar las vacaciones

Las vacaciones deben ser disfrutadas por el trabajador dentro del año natural, es decir, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, no siendo posible la acumulación de las vacaciones de un año para otro.

Finalidad de las vacaciones laborales

La finalidad de las vacaciones parecen dirigidas a una finalidad de descanso, por ello se venía prohibiendo la realización de trabajos durante las vacaciones que contrariasen esta finalidad de descanso, no obstante el Tribunal Constitucional ha considerado recientemente que la concepción del período anual de vacaciones como tiempo cuyo sentido único o principal es la reposición de energías para la reanudación de la prestación laboral, supone reducir la persona del trabajador a un mero factor de producción.

De ahí que en defecto de cualquier previsión en nuestro derecho al respecto, se haya declarado que trabajar durante las vacaciones no puede ser considerado como causa de despido.

El disfrute de las vacaciones

El derecho a las vacaciones se genera día a día, pero su disfrute no está supeditado a la fecha de su total devengo.

La fijación del período de vacaciones no puede sea adoptada ni modificada unilateralmente por el empresario (STCT 13.6.85). De mantenerse el desacuerdo, será el Juzgado de lo Social el que, en un procedimiento sumario, preferente y urgente, resuelve definitivamente la cuestión (arts. 125 y 126 LPL).

La simple coincidencia de unas mismas fechas de disfrute durante varias anualidades no consolida un derecho adquirido.

El calendario de la empresa de vacaciones

El calendario de vacaciones debe fijarse en cada empresa ya que todo trabajador tiene derecho a conocer con dos meses de antelación la fecha de comienzo y disfrute de sus vacaciones. La falta de comunicación con la suficiente antelación faculta al trabajador para reclamar los perjuicios acreditados.

La caducidad del derecho de vacaciones

Como quiera que las vacaciones se disfrutan por años naturales, una vez transcurrido el año el derecho a las vacaciones caduca y no se puede obtener compensación en metálico de las mismas. Al producirse el cese en el trabajo, la parte proporcional de las vacaciones que se ha de cobrar es únicamente la relativa al período transcurrido de ese mismo año.

Vacaciones laborales e Incapacidad temporal

Cuando el período de vacaciones fijado en el calendario de vacaciones de la empresa, coincida en el tiempo con una incapacidad temporal derivada del embarazo, el parto o la lactancia natural o con el período de suspensión del contrato de trabajo previsto en el artículo 48.4

(En el supuesto de parto, la suspensión tendrá una duración de 16 semanas...), se tendrá derecho a disfrutar las vacaciones en fecha distinta a la de la incapacidad temporal o a la del disfrute del permiso que por aplicación de dicho precepto le correspondiera, al finalizar el periodo de suspensión, aunque haya terminado el año natural a que correspondan.(Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres)

Paga de vacaciones

El trabajador tiene derecho a percibir durante las vacaciones la misma retribución que se le abona durante los restantes meses del año.

Si el trabajador deja de prestar servicios antes de haber disfrutado de sus vacaciones, tiene derecho a percibir la parte proporcional que le corresponde.

Con carácter general se establece el principio de que el trabajador por disfrutarlas no debe sufrir perjuicio alguno de carácter económico, ni en cuanto a su cuantía, ni en cuanto a la fecha de su percepción.

En cuanto a la fecha de su percepción, la retribución de las vacaciones se abonará antes de comenzar su disfrute, salvo que el convenio colectivo estableciese otra cosa.

No suelen ser parte de la remuneración normal o medios los conceptos salariales de carácter extraordinario que remuneran actividades también extraordinarias, por ejemplo el quebranto de moneda, el plus de nocturnidad, etc.

Permisos laborales

Se entiende la cesación temporal, no periódica, de la prestación de servicios por causa determinada y, en general, retribuable por el empresario.

El trabajador, previo aviso y con causa justificada puede ausentarse del trabajo con

derecho a remuneración, por alguno de los motivos y por tiempo determinado. Para ello deberá poner con la debida antelación en conocimiento del empresario el motivo de su ausencia, igualmente debe justificar el motivo alegado.

Los permisos deben disfrutarse en la fecha en que se produzca la necesidad, no pudiendo ser trasladados a días hábiles.

Permisos retribuidos:

Permiso por matrimonio:

El trabajador podrá ausentarse del trabajo un período de 15 días naturales.

Permiso por Gestación:

Por el tiempo indispensable para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto que deban realizarse dentro de la jornada de trabajo.

Permiso por Parto:

En el supuesto de parto, la suspensión tendrá una duración de 16 semanas ininterrumpidas, ampliables en el supuesto de parto múltiple en 2 semanas más por cada hijo a partir del segundo. El periodo de suspensión se distribuirá a opción de la interesada siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto.

En caso de fallecimiento de la madre, con independencia de que ésta realizara o no algún trabajo, el otro progenitor podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste del período de suspensión, computando desde la fecha del parto, y sin que se descuente del mismo la parte que la madre hubiera podido disfrutar con anterioridad al parto. En el supuesto de fallecimiento del hijo, el período de suspensión no se verá reducido, salvo que, una vez finalizadas las 6 semanas de descanso obligatorio, la madre solicitara reincorporarse a su puesto de trabajo.

Permiso por Nacimiento de hijo:

Podrá ausentarse en el caso de nacimiento del hijo durante 2 días, si el nacimiento se produce en la misma localidad o 4 días si tiene que desplazarse. (Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres)

Enfermedad o muerte de pariente:

2 días, Por el fallecimiento, accidente o enfermedades graves, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario, de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad. Cuando con tal motivo el trabajador necesite hacer un desplazamiento al efecto, el plazo será de 4 días. (Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres) Los parientes incluidos en este apartado son tanto los del propio trabajador como los de su cónyuge: hijos, nietos, padres, abuelos y hermanos. Esta licencia únicamente tiene por objeto la atención del enfermo y debe existir una razonable inmediatez entre el uso de la licencia y el conocimiento de la enfermedad.

Permiso por Traslado de domicilio habitual:

Por el traslado de domicilio habitual el trabajador tiene derecho a 1 día de permiso retribuido.

PERMISO PARA Cumplimiento de un deber:

Todo deber inexcusable de carácter público y personal da derecho a ausentarse del trabajo durante el tiempo indispensable para su cumplimiento.

Permiso ara funciones sindicales o representativas:

El trabajador podrá ausentarse del trabajo, con derecho a su remuneración, para realizar funciones sindicales o de representación del personal.

Permiso por Lactancia de hijo:

Las trabajadoras, por lactancia de un hijo menor de 9 meses, tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones.

La duración del permiso se incrementará proporcionalmente en los casos de parto múltiple.

La mujer por su voluntad, podrá sustituir este derecho por una reducción de su jornada en media hora con la misma finalidad o acumularlo en jornadas completas en los términos previstos en la negociación colectiva, o en el acuerdo a que llegue con el empresario respetando, en su caso, lo establecido en aquella. Este permiso podrá ser disfrutado

indistintamente por la madre o el padre en caso de que ambos trabajen. (Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres)

Las discrepancias deben ser resueltas, si no prosperan la conciliación o reclamación previas, mediante sentencia recaída en un procedimiento urgente y de tramitación preferente contra la que no cabe recurso alguno.

Permiso por Hospitalización del recién nacido:

La madre o el padre trabajador, tiene derecho a ausentarse del trabajo durante 1 hora cuando el hijo recién nacido debe permanecer hospitalizado a continuación del parto por tratarse de un prematuro o por cualquier otra causa.

También en este caso tienen derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de 2 horas, pero con la disminución proporcional del salario.

Permiso por Desplazamiento:

El trabajador desplazado a población distinta de la de su residencia habitual, por tiempo inferior a un año, tiene derecho a un mínimo de 4 días laborables de estancia en su domicilio de origen y sin computar como tales los de viaje, por cada 3 meses de desplazamiento.

Permiso por Exámenes y estudios:

El trabajador tiene derecho al disfrute de los permisos necesarios para concurrir a exámenes cuando curse con regularidad estudios para la obtención de un título académico o profesional.

Permiso por Consulta médica:

Generalmente, la concesión y retribución de los permisos necesarios para asistir a consulta médica suelen ser materia regulada en el convenio colectivo de aplicación.

Permiso por Cuidado de familiar y guarda legal:

Tienen derecho a una reducción de la jornada de trabajo entre un tercio y la mitad con disminución proporcional del salario, quien por razones de guarda legal tiene a su cuidado

directo un menor de 6 años o un minusválido, psíquico o sensorial, que no desempeña una actividad retribuida.

Quién por razón de guarda legal tenga a su cuidado directo algún menor de 8 años o una persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de la jornada de trabajo, con la disminución proporcional del salario entre, al menos, un octavo y un máximo de la mitad de la duración de aquélla. (Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres)

Permiso por paternidad (Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres)

En lo supuestos de nacimiento de hijo, adopción o acogimiento de acuerdo con el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores, el trabajador tendrá derecho a la suspensión del contrato durante 13 días ininterrumpidos, ampliables en el supuestos de parto, adopción o acogimiento múltiples en 2 días más por cada hijo a partir del segundo. Esta suspensión es independiente del disfrute compartido de los períodos de descanso por maternidad regulados en el artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores.

En el supuesto de parto, la suspensión corresponde en exclusiva al otro progenitor.

En los supuestos de adopción o acogimiento, este derecho corresponderá sólo a uno de los progenitores, a elección de los interesados; no obstante, cuando el período de descanso regulado en el artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores, sea disfrutado en su totalidad por uno de los progenitores, el derecho a la suspensión por paternidad únicamente podrá ser ejercido por el otro.

Excedencias laborales

El trabajador con al menos una antigüedad en la empresa de un año tiene derecho a que le reconozca la posibilidad de situarse en excedencia voluntaria por un plazo no menor a 4 meses y no mayor de 5 años. Este derecho sólo podrá ser ejercitado otra vez por el mismo trabajador si han transcurrido 4 años desde el final de la anterior excedencia.

Excedencia para cuidado de hijos

Los trabajadores tendrán derecho a un período de excedencia de duración no superior a 3 años para atender al cuidado de cada hijo, tanto cuando lo sea por naturaleza, como

por adopción, o en los supuestos de acogimiento, tanto permanente como preadoptivo, aunque éstos sean provisionales, a contar desde la fecha de nacimiento o, en su caso, de la resolución judicial o administrativa.

Excedencia para cuidado de familiar

También tendrán derecho a un período de excedencia, de duración no superior a 2 años, salvo que se establezca una duración mayor por negociación colectiva, los trabajadores para atender al cuidado de un familiar, hasta el 2º grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida.

La excedencia contemplada en este apartado anterior, cuyo período de duración podrá disfrutarse de forma fraccionada, constituye un derecho individual de los trabajadores, hombres o mujeres.

No obstante, si dos o más trabajadores de la misma empresa generasen este derecho por el mismo sujeto causante, el empresario podrá limitar su ejercicio simultáneo por razones justificadas de funcionamiento de la empresa. (Modificación LO 3/2007 igualdad entre mujeres y hombres).

Referencia:

LEY FEDERAL DEL TRABAJO SECRETARIA DE SALUD

4.3. Fondo fijo de material de consumo, canje y fijo un servicio

Los factores que deben tomarse en cuenta al determinar el equipo y material necesario son:

Capacidad del hospital, Curva estándar del consumo, Porcentaje ocupacional, Especialidad del hospital, Tratamientos especiales, Sexo y edad de los pacientes, Presupuesto del hospital, Duración del material, Tipo de almacenamiento, Calidad y costo de los artículos, Tipo de equipo y sus características.

Se clasifican por: Su localización: Almacén. Fondo fijo. Central de equipos y esterilización. Su servicio: De curación. De canje. Equipo móvil. Equipo fijo. Equipo clínico. Equipo rojo.

Indicadores para el cálculo de ropa de cama, Número de camas.....1 juego de ropa por cama. Numero de juegos.....4 distribuidos en la lavandería, ropería, almacén y en uso. Proceso de lavado.....1 juego más por cada 10. Renovación.....cambiar los juegos cada 6 meses. Equipo móvil.....1 por cada 10 pacientes en 24 horas en equipo móvil de uso frecuente y 1 por cada 20 pacientes en equipo móvil de uso relativo.

Indicadores para otros materiales. Termómetros.....1 por cada 5 pacientes. Sondas.....4 por servicio de diferente numeración. Equipo rojo.....1 por servicio.

Equipo rojo: son aquellos artículos utilizados en caso de emergencias médicas, incluye medicamentos, material y equipo. Equipo clínico: artículos que se utilizan en el tratamiento y exploración de pacientes, entre ellos figuran jeringas, guantes, termómetros, sondas. Equipo móvil: son artículos que pueden moverse con facilidad de un lugar a otro según se requiera. Equipo de canje: es aquel que se cambia cuando el uso lo ha deteriorado, cuando se pierde y es necesario reponerlo o cuando está sucio y se cambia por limpio.

Bibliografía:

Administración de los servicios de enfermería: Balderas Pedrero.

4.4. Calculo de ropa

Recomendaciones: Se hace necesario asegurar la suficiencia en abasto en todo el proceso, que sea capaz de proteger su intimidad con percepción de limpieza y seguridad, buen control de ropa hospitalaria y de uso de la ropa quirúrgica

La cantidad de ropa de uso hospitalario necesario para cubrir y proteger el cuerpo del usuario en las áreas que brindan atención médica o para proporcionar confort a las personas que se encuentran hospitalizadas. La cantidad de ropa de uso quirúrgico necesaria para los procedimientos que requieren ropa de algodón diseñada y confeccionada especialmente para este fin de acuerdo a las diferentes especialidades.

Ropa hospitalaria sabana estándar sabana clínica colcha hospitalaria cobertor de cama bata cruzada para paciente adulto bata de aislamiento funda almohada toalla camisa abierta y

pantalón para adulto bolsa en forma cilíndrica para ropa sucia hule clínico

Ropa quirúrgica ropa quirúrgica plana ropa quirúrgica molde.

CALCULO DE ROPA HOSPITALARIA: 1 juego más por cada 10 juegos existentes en lavandería, con el propósito de cubrir el proceso de lavado y renovación por deterioro normal. Dicho juego debe sustituirse cada 6 meses. 1 juego por cama de las existentes en los servicios (puesta) 1 juego por cama existente en ropa sucia 1 juego por cama existente en ropería del servicio 1 juego por cama existente en lavandería

INDICADORES PARA CÁLCULO DE ROPA HOSPITALARIA: 1 Tendido, 1 Limpio, 1 Sucio 1 Proceso, 1 traslado, 1 ropería, 1 almacén, 1 reposición Ajuste por prenda

CRITERIOS PARA ESTABLECER EL FONDO FIJO DE ROPA 1.- No. De camas 2.- Tipo de pacientes (Hombre, mujer, niño, adulto, adolescente, pacientes graves, delicado, post operado, ambulatorio) 3.- No. De cambios que se realiza en 24hrs 4.- Tipos de cambio (completo, $\frac{1}{2}$ cambio o $\frac{1}{4}$ de cambio) 5.- Estaciones del año 6.- % de ocupación

RECOMENDACIONES PARA CALCULAR ROPA: Prever la existencia con cálculos realistas asegurando ropa para los servicios, Mantener la dotación y verificar las existencias, Realizar investigaciones periódicas para verificar el surtimiento y uso de la ropa.

Bibliografía:

Administración de los servicios de enfermería: Balderas Pedrero.

4.5 Supervisión

El término supervisión según la Real Academia Española significa ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otras personas. La supervisión en Enfermería es, por lo tanto, una de las responsabilidades más grandes que puede ejercer un profesional.

Para Zeidy Vargas, Máster en Administración de Servicios de Salud y subdirectora docente del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, la supervisión en enfermería es un proceso que comprende aspectos técnicos y administrativos orientados en lograr que, las actividades de enfermería se realicen en el lugar, el tiempo, la magnitud y el método

preestablecido para asegurar una atención con calidad a todas las personas usuarias de los diferentes servicios de prevención, promoción y tratamiento de la salud.

—La supervisión pretende conseguir que los servicios que se prestan y la idoneidad de los procedimientos que se utilizan, sean los que generen el máximo beneficio para el usuario y la comunidad y asegurar que todos los cuidados se presten con la mayor calidad y los recursos adecuados para el mejor costo-beneficio ll afirmó Vargas.

La supervisión en enfermería es una de las funciones principales de gestión, liderazgo, dirección y control que realiza la enfermera para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar una atención de calidad. Dentro del rol la enfermera tiene esta función y no la puede delegar a otra persona.

El propósito de la supervisión en enfermería es que ella junto con los colaboradores brinden esa atención con calidad pero también con calidez y que refleje los cuidados de enfermería en las fases de prevención, curación y rehabilitación a toda la población que demanda servicios de salud, así como a promover el trabajo en equipo y desarrollar la eficiencia del personal para lograr la máxima productividad.

La finalidad de la supervisión en enfermería es:

Mejorar la calidad de la atención de enfermería

Crear un ambiente favorable a las personas.

Impulsar el desarrollo del personal.

Mantener la disciplina y el interés en el trabajo.

Organizar la utilización de los recursos materiales.

Balderas, (2009) afirma que en investigaciones realizadas con el personal de enfermería, es recomendable distribuir el tiempo disponible para la supervisión.

4.6. Comunicación

Una de las claves de la enfermería pasa por tener una buena comunicación con los pacientes y el resto de profesionales sanitarios, puesto que se trata de un componente

básico y fundamental dentro de la profesión enfermera. El personal sanitario debe saber escuchar para luego poder entender al enfermo, por lo que obtener una comunicación óptima supone mejorar la calidad de vida y satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares.

Desde los inicios, la enfermería sabe que uno de los aspectos más importantes a la hora de atender a un individuo, sano o enfermo, es la comunicación, ya que les permite establecer interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a una mejora en la salud, aunque en determinadas ocasiones no se consiga crear un binomio como el esperado.

Características tales como la empatía, la escucha activa o el respeto a la dignidad del individuo, por citar algunas, deben realizarse teniendo como fin el hecho de conseguir una comunicación eficaz y una relación terapéutica satisfactoria. Todo ello genera un cambio a la hora de cuidar y humanizar todo el proceso asistencial, mejorando ostensiblemente la relación enfermera-paciente.

Bien es sabido que las profesiones sanitarias requieren de un desarrollo muy específico, basado en una serie de conocimientos y habilidades que son la base del resto de especialidades, las cuales deben desarrollarse gracias a una buena formación teórico-práctica. Algo fundamental para convertirse en un/a enfermero/a de calidad.

Sin lugar a dudas, la comunicación es un aspecto muy poco material y muy asequible, que debe establecerse de forma eficaz en toda práctica sanitaria, condicionando ‘nuestro saber hacer’. En el ámbito sanitario, la labor profesional incluye el establecimiento de relaciones interpersonales directas, que van más allá de la simple interacción entre dos individuos. La relación terapéutica que se crea entre enfermera y paciente supone el establecer objetivos comunes, relaciones de colaboración e intercambio de ayuda mutua.

Todos los enfermeros que quieran disponer de manuales relacionados con la comunicación terapéutica en enfermería, pueden informarse entrando en la biblioteca virtual de la web <https://www.enfermeria21.com/>, o bien mediante el enlace: <http://www.biblioteca.enfermeria21.com/producto/comunicacion-terapeutica-en-enfermeria>.

4.7. Funciones del supervisor de enfermería

Funciones básicas.

Dentro de las funciones básicas están las funciones técnicas, administrativas, docentes y de investigación:

Tener supervisores preparados en Administración es vital para hacer cumplir los requerimientos del sistema de salud. La mayoría de los expertos coinciden en que hay cinco funciones básicas que todos los gerentes desempeñan: planificación, organización, integración, dirección y control.

En conjunto, estas funciones representan el proceso de administración de validez para: Implementar una adecuada gestión de la calidad, un adecuado manejo de recursos humanos y materiales; conducir una apropiada comunicación interna con el equipo de profesionales de la salud; atender y satisfacer la demanda de los usuarios o bien para la optimización del control de registros y documentos.

Balderas, (2009) afirma que en investigaciones realizadas con el personal de enfermería, es recomendable distribuir el tiempo disponible para la supervisión.

4.8. Distribución de tiempo para supervisión

Balderas, (2009) afirma que en investigaciones realizadas con el personal de enfermería, es recomendable distribuir el tiempo disponible para la supervisión de acuerdo con los siguientes porcentajes:

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO PARA LA SUPERVISIÓN

- Aspecto Porcentaje
- Personal 45%
- Paciente 20%
- Servicio 20%
- Docencia 10%
- Otras actividades 5%

4.9. Tipos de instrumentos y características del supervisor

Control de la información y análisis de los puestos

El supervisor de enfermería tiene la responsabilidad de dominar el área administrativa, por ello es indispensable que cuente con los conocimientos apropiados que le permitan implementar la supervisión de forma precisa siendo identificados a través de un análisis de puestos, es decir, una revisión comparativa de las exigencias (requisitos) que imponen esas tareas o responsabilidades, cuáles son los requisitos intelectuales y físicos que debe tener cada profesional para desempeñar eficientemente el puesto, cuáles son las responsabilidades que el puesto le impone y en qué condiciones debe desempeñarse.

El supervisor de enfermería debe poseer una gama muy amplia de conocimientos, por ejemplo en calidad de atención al paciente, habilidades en la toma de decisiones y negociación, ser empático y resolutivo.

La capacitación es básica

Para poder cumplir con esta responsabilidad se debe obtener capacitación, adiestramiento y entrenamiento hasta lograr obtener experiencia en la materia. Parte de las actividades diarias

de una supervisora es estudiar los informes de actividades, revisar quejas y sugerencias de los usuarios, presentar propuestas a los niveles superiores de programas integrales de asesorías, dar o permitir que sus subordinados asistan a cursos de enfermería, así como vigilar las áreas en las que haya detectado errores repetidamente.

La supervisión es un proceso que mantiene en paralelo, junto con el proceso administrativo, los mismos pasos de planificación, organización, integración, dirección y control para poder obtener los resultados esperados.

Liderazgo y habilidades

En todos estos pasos se debe mantener un liderazgo efectivo el cual es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión. El liderazgo es guiar, conducir, dirigir y preceder.

Aplicará al máximo sus capacidades, las pone en práctica, sabrá conducir a la organización por el mejor camino y durante la trayectoria será conocedor de cómo alcanzar el éxito. Para ello deberá dirigir y potenciar las mejores habilidades de cada persona que conforma

su grupo de trabajo. Cada líder las desempeñará a través del estilo propio, según las habilidades innatas o adquiridas de cada cual.

Funciones básica

Tener supervisores preparados en Administración es vital para hacer cumplir los requerimientos del sistema de salud. La mayoría de los expertos coinciden en que hay cinco funciones básicas que todos los gerentes desempeñan: planificación, organización, integración, dirección y control.

En conjunto, estas funciones representan el proceso de administración de validez para: Implementar una adecuada gestión de la calidad, un adecuado manejo de recursos humanos y materiales; conducir una apropiada comunicación interna con el equipo de profesionales de la salud; atender y satisfacer la demanda de los usuarios o bien para la optimización del control de registros y documentos.

4.10. Plan de supervisión

Plan de Supervisión.

Un plan de supervisión permite tener una guía de supervisión en las distintas áreas que se encuentran en la empresa y las diferentes funciones que realiza el personal de cada área por lo tanto la guía hace más fácil el trabajo del supervisor ya que es un apoyo para controlar a los trabajadores, materias prima, maquinaria y equipo y todos los recursos coordinas de la empresa para contribuir al éxito de la misma.

Cada sistema presenta diferentes necesidades a cubrir que se van a ver reveladas gracias una buena supervisión, para ello el supervisor a carga de las áreas debe conocer perfectamente el propósito de los sistemas así como los resultados que provee a la empresa para que pueda detectar posibles fallos y así estar al día a día de la empresa.

4.11. Métodos y medios de supervisión

Los métodos de la supervisión le sirven al profesional de enfermería que ejerce la función de supervisión para obtener resultados, evaluando el cumplimiento de una normativa; utilizando diferentes métodos y técnicas las cuales son el conjunto de procedimientos y habilidades que se realizan para desarrollar las tareas (Furukawa, 2011: 1). El método de

supervisión directa conlleva la comunicación, la observación, el recorrido, la entrevista, la enseñanza, las asesorías personalizadas o grupales, y las reuniones, así como la supervisión indirecta como el análisis de documentos, informes, manuales, reglamentos, plan de supervisión, lista de chequeos y registros de enfermería entre otros.

Es por esta razón que se asume el papel del personal supervisor de los servicios de salud, es quien representa la gestión de los servicios de enfermería del área administrativa, asistencial, docente e investigación que tiene el principal objetivo de brindar servicios de calidad, las exigencias en su actuación han incluido, el conocimiento y la interacción con todo el ambiente organizacional, permitiendo una mayor contribución en el éxito de la institución.

4.12. Distribución de personal

Criterios para la dotación de personal de enfermería.

Distribución año calendario. • Días laborables: 200 • Días no laborables: 150 de ausentismo programado que incluye: descansos, vacaciones, festivos y los correspondientes por contrato colectivo de trabajo y por ley, equivalente al 41%. • Faltas previsibles: Para determinar este criterio se deberán hacer estudios retrospectivos por años noventa; lo deseable es que el estudio abarque un período mínimo de 3 años. En promedio no deberá rebasar los quince días. B. Porcentaje de personal según nivel de atención y nivel académico del personal de enfermería. • Para tercer nivel – 80 % personal profesional (la distribución de enfermeras generales y el de especialistas será determinado de acuerdo con la especialidad) – 20 % personal no profesional (auxiliar de enfermería). • Para segundo nivel – 70 % personal profesional (40% categoría enfermeras generales y 30 % enfermeras especialistas) – 30% personal no profesional (auxiliar de enfermería) • Por turno – 35% matutino – 25% vespertino – 20% nocturno (para cada velada) C. Otros • En caso de programas específicos la atención deberá ser otorgada, en orden de prioridad, por licenciados en enfermería o enfermeras con curso pos técnico correspondiente con la naturaleza del programa. • Los indicadores: horas enfermera -paciente para los programas especiales se determinarán atendiendo el criterio de productividad con calidad, mismo que considera entre otros aspectos: – a) Número de pacientes atendidos por jornada laboral – b) Índice de control de pacientes con adherencia al tratamiento – c)

Índice de infecciones concomitantes – d) Índice ingresos y reingresos hospitalarios – e) Índice de alta por mejoría.

4.13. Reporte de ausentismo

El ausentismo laboral del personal de enfermería, es un problema que enfrentan muchas unidades de salud, ya que impide brindar atención con calidad y eficiencia en las unidades de medicina familiar. El objetivo de este estudio fue realizar un diagnóstico acerca de los factores que provocan el ausentismo, mostrar cuatro modelos que permitan entender este fenómeno en su contexto, y fundamentarla actuación de quienes administran el departamento de enfermería. Para evaluar el tema en estudio, se analizó la plantilla de personal la cual indicaba el nivel de ausentismo que prevalecía en la unidad; los resultados obtenidos reflejan como principal causa no previsible, el ambiente laboral adverso, relacionando éste con problemas familiares y enfermedad, haciendo evidente la importancia de analizar sistemáticamente este fenómeno, con el fin de obtener información oportuna que favorezca llevar a cabo medidas orientadas a controlar las diferentes variables asociadas, favoreciendo así la eficiencia administrativa.

La principal causa de ausentismo observada, según los datos obtenidos en el estado del arte e instrumentos aplicados, fue el ambiente laboral adverso, relacionado con los problemas familiares y enfermedad; estos factores reflejaron ser los de mayor impacto en la generación del ausentismo no previsible en tal caso. Las relaciones interpersonales también influyeron en el ausentismo, ya que el exceso de pases de salida del grupo en estudio refleja la importancia de los factores psicosociales como causa y permanencia en el trabajo; cuando las relaciones interpersonales no son satisfactorias y existe un ambiente laboral adverso, se convierten en condicionantes de ausentismo. Asimismo, cuando el trabajo cubre la necesidad de interacción social, se convierte en parte importante respecto a la reducción de productividad de los empleados.

4.14. Reporte de incidentes e informe mensual

El reporte de incidentes en el personal de enfermería y los informes mensuales del personal de enfermería, actualmente existen muchos métodos que pueden utilizarse tales como hojas administrativas de enfermería para la recopilación de los datos pero también

existen distintos programas de la tecnología de la informática que se pueden utilizar para realizar los reportes del personal de enfermería que pueden ser reportes diarios, semanales, mensuales, anuales etc.

4.15. Evaluación y control de los servicios de enfermería

Es necesario evaluar cómo se realizan los procesos o procedimientos de enfermería, ya que mediante ellos este profesional oferta sus servicios y perpetúa el cuidado como esencia de la profesión definiendo sus competencias, si bien no se tienen estándares establecidos, es necesario generar experiencia, pero sobre todo evidencia, es decir ejercer nuestra profesión con enfermería basada en evidencias. Establecer un modelo de evaluación de la calidad del cuidado permite al profesional de enfermería saber de forma objetiva y concreta la eficiencia con la cual realiza sus intervenciones. Sin duda alguna creemos que estamos a la vanguardia del conocimiento científico, técnico, humano y espiritual en el cuidado con calidad de los pacientes con padecimientos cardiovasculares, y que el personal de enfermería de este instituto sigue participando de manera activa en su superación académica y de otros grupos de enfermería dándonos la oportunidad de comprometernos a comprender y apoyar el sistema básico de valores y ayudar a cumplir la misión y visión del INCICH, haciendo vida su lema: —Amor y Ciencia al Servicio del Corazónll.

REFERENCIAS I. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México 2001.

4.16. Conceptos de control

CONCEPTO: Apreciar el resultado de ejecutar los planes en relación con los objetivos previamente establecidos, conociendo las causas de las posibles desviaciones y las medidas oportunas para su corrección.

CARACTERÍSTICAS: Oportunidad. Debe manifestarse inmediatamente, El control será útil en tanto proporcione información en el momento adecuado. Es fundamental que los datos o informes de los controles sean accesibles para las personas a las que van a ser dirigidos. Es necesario establecer medidas de control en ciertas áreas de acuerdo con criterios de valor estratégico. Accesibilidad. Ubicación estratégica. Permite, evaluar

ejecuciones, a nivel genérico y específico, determinando la acción correctiva necesaria. Control por áreas funcionales. Control de producción. Busca incrementar la eficacia, reducir costos y la uniformidad y mejora de calidad del producto. Se refiere a la evaluación de la eficacia de las funciones a través de las cuales se da a conocer un producto al consumidor. Control de mercadotecnia. Proporciona información acerca de la situación financiera de la empresa. Control de finanzas. Control de recursos humanos.

Balderas Pedrero (2016) Administración y gestión de los Servicios de Enfermería.

4.17. Pautas básicas que se relacionan con el control

El control es de total carácter administrativo. Así que veamos algunos conceptos:

—Consiste en verificar si todo ocurre de conformidad con el plan adoptado, con las instrucciones emitidas y con los principios establecidos, tiene como fin señalar las debilidades y errores a fin de rectificarlos e impedir que se produzcan nuevamente. Henry Fayol

—Proceso para determinar lo que se está llevando a cabo, valorizándolo y, si es necesario, aplicando medidas correctivas, de manera que la ejecución se desarrolle de acuerdo con lo planeado. George R. Terry

—Consiste en hacer que algo pase en la forma que se planeó que pasara, lo que hace que la planeación y el control sean tan inseparables que han sido denominados los gemelos de la administración. Robert L. Dewelt.

—Busca hacer que los hechos estén de acuerdo con los planes. Goetz.

—Apreciación del resultado en cuanto al logro de objetivos organizacionales. Balderas

Como puedes darte cuenta, el control es un instrumento para la mejora continua, por lo que a pesar de ser la última etapa del proceso administrativo, no significa que deba ejecutarse hasta el final, se efectúa en todo momento que sea necesario de acuerdo a la actividad, de forma preventiva o concurrente (se desarrolla durante la dirección) y el de realimentación al concluirse el tiempo establecido en el plan.

Es importante, porque permite establecer medidas de corrección para alcanzar los planes:

se aplica tanto a las cosas, las personas y los actos; permite determinar y analizar rápidamente las causas que pudiesen haber originado las desviaciones; proporciona información sobre la ejecución; se detecta el área de responsabilidad y se establecen medidas correctivas; Se reducen costos, se ahorra tiempo y se incide en la productividad.

También se pueden prever desviaciones mediante diagnósticos continuos, optimizar recursos y se puede promover la creatividad y la innovación.

Principios:

Del equilibrio: verificar la congruencia entre resultados esperados y obtenidos El equilibrio se logra, cuando la autoridad delegada es proporcional al tipo de decisiones que debe tomar aquel a quien se delega.

Normativo: Las funciones tienen que estar contempladas en los documentos oficiales, al igual, los parámetros deben estar determinados en los respectivos planes, manuales o en los reglamentos.

De la garantía del objetivo. La función del control es asegurar el éxito de los planes a través de la detección oportuna de desviaciones.

De eficiencia: Los controles implantados deben detectar oportunamente desviaciones del plan, causas y fallas.

De economía: Hace referencia a la detección de efectos indeseables en comparación con el plan y un mínimo de costos para la organización.

De la armonía de planes: Los diferentes programas y planes de la organización deben señalar con claridad los sistemas y técnicas de control a utilizar, así como el progreso entre acciones.

De la jerarquía. Reflejan la responsabilidad por la acción, esto para facilitar las correcciones.

Del control de punto crítico: Se orienta a factores que pueden interferir con los planes o los objetivos.

De acción: Indica la necesidad de actuar en el momento preciso, lo que lo hace efectivo.

De excepción. Los resultados se aplican a las actividades representativas, delimitando funciones estratégicas, a fin de reducir tiempo y costo.

De actitud: Como forma eficaz de controlar (disposición).

Los principios varían en número dependiendo del autor, o en su defecto cambian nombre aunque impliquen lo mismo, así podemos encontrar el principio de responsabilidad única, el principio de la función controladora, el de costo económico por ejemplo.

En cuanto a los pasos del control que son necesarios es el establecimiento de estándares, la medición de resultados, la corrección mediante el sistema de control y la retroalimentación de la evaluación de los resultados.

El registro oportuno de todas y cada una de las actividades que se llevan a cabo en la empresa permite contar con los elementos necesarios para definir si tanto lo planeado como lo real son coincidentes, si lo real no ha superado a lo planeado o si lo planeado es inferior al logro. La corrección de desviaciones implica el reinicio del ciclo administrativo, la identificación de las causas llevará a no solo a trabajar los síntomas o en las consecuencias. La variación en el factor tiempo también permitirá saber el grado de urgencia para implementar las acciones. Es importante que el rango de variación no se convierta en significativo. Bibliografía consultada 1. Balderas Pedrero, María de la luz (2015). Administración de los servicios de enfermería. 7ma edición, Mc Graw Hill. 2. Benavidez Peña, R. Javier (2004). Administración. México; McGraw-Hill

4.18. Evaluación de los servicios de enfermería

La evaluación está determinada por la medición objetiva de logros progresivos, confronta alcances en relación con el plan inicial y establece posibles causas en las desviaciones detectadas, limitantes para la ejecución o el desempeño, es por lo tanto, objetiva, dinámica, constante, oportuna, continua y permanente.

Balderas la conceptúa como un —proceso sistemático de medición y comparación de resultados en relación con los objetivos—. Para Espinoza Vergara es —comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante una acción, con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa—. Mientras que Montserrat

Colomer (1979) le define como un —proceso crítico referido a acciones pasadas con la finalidad de constatar, en términos de aprobación o desaprobación, los progresos alcanzados en el plan propuesto y hacer en consecuencia las modificaciones necesarias de las actividades futuras. Y para Fernández García (1992) es —estimar los conocimientos, aptitudes y el rendimiento de los programas, de las intervenciones y de los profesionales que interactúan en todo el proceso metodológico. Entonces concluimos que en la evaluación existe una situación planeada, una real y una comparación entre ambas que permite orientar los procesos.

Otra clasificación se basa en la procedencia de los evaluadores (autoevaluación, interna, externa, mixta); en cuanto al objeto del contenido (diseño, proceso, resultados, contexto); momento en que se realiza (antes, durante, posterior) y de acuerdo a la función (sumativa, de impacto).

Algo sumamente importante es evitar el autoengaño, pues no llevará a ninguna parte el realizarla en base a lo que se desea que salga, o sin haber prefijado las metas, o no haber considerado el todo (parcialidad en base al interés), el ser subjetivo o caer en la simple burocracia de cumplir; siempre debe conocerse el qué, para qué y a quién le interesa la evaluación para poder determinarla correctamente, no olvidemos que algunas de sus funciones pueden ser de retroalimentación o adaptativas, de formación, sistematizadoras, motivadoras; además pueden llevar a una maduración de equipo, fomentando la participación y el compromiso. Bibliografía consultada 1. Balderas Pedrero, María de la Luz (2015). Administración de los servicios de enfermería. 7ma edición, Mc Graw Hill. 2. Benavidez Peña, R. Javier (2004). Administración. México; McGraw-Hill

4.19. Evaluación del personal de enfermería

Evaluación del desempeño

Es un método para evaluar el recurso humano en la organización, por lo cual se le considera una herramienta de gestión para evaluar conocimientos, habilidades y comportamientos; es una apreciación del desenvolvimiento para lo que fue contratado y que aporta logros en los objetivos de la empresa. Es un concepto sistémico y por ello dinámico, debido a que la

evaluación cuantitativa y cualitativa es formal e informal y en diferentes momentos o periodos, buscándose conocer el grado de eficacia con la que realiza sus actividades y responsabilidades en el puesto. Este es imprescindible en el proceso administrativo pues impacta en la problemática y toma de decisiones para desarrollar políticas, reglamentos, etc.

Su propósito es mejorar el resultado de su recurso humano y su contribución en la organización, determinar problemas de integración, supervisión y gerencia, buscando posibles disonancias (entrenamiento, capacitación, etc) que permita neutralizar posibles situaciones, mejora de la calidad del trabajo y calidad de vida de la empresa.

Es muy útil para motivar al empleado, potencializar el talento, fomentar la capacitación y el desarrollo personal; mantener comportamientos considerados positivos; promoción, transferencia o reubicación (oportunidad de crecimiento); para la planeación del recurso (diseño de puestos), selección y entrenamiento, o en su defecto separación. También permite cumplir con leyes y normativas estipuladas.

Es importante considerar que no puede restringirse tan solo a un simple juicio de valor unilateral o superficial, se requiere en su caso buscar las posibles causas que originen el detrimento, la incongruencia sobre expectativas y la retroalimentación. Bibliografía consultada 1. Balderas Pedrero, María de la luz (2015). Administración de los servicios de enfermería. 7ma edición, Mc Graw Hill. 2. Benavidez Peña, R. Javier (2004). Administración. México;McGraw-Hill

4.20. Evaluación de la atención otorgada por enfermería

Por ejemplo la Norma ISO 10667:2012 describe los procedimientos y métodos para la evaluación de personas en entornos laborales y contextos organizacionales. Es aplicable a nivel internacional, proporciona una guía clara y concisa sobre las buenas prácticas (competencias, obligaciones y responsabilidades), se estructura en dos partes: Los requisitos para el cliente y los requisitos para los proveedores del servicio de evaluación, cubre todo el ciclo de vida laboral en sus escalas individual, grupal y organizacional.

Organizacionalmente se trabaja en programas y ciclos de mejora cuyo impacto puede darse a corto, mediano y largo plazo. El problema para su implementación es que se

requiere de estándares que a veces no se tienen o con normas organizacionales, la presencia del juicio subjetivo (no realizarlo de forma objetiva y equitativa), el temor que se ocasiona en el trabajador al saber o sentirse observado y calificado, la mala técnica de un evaluador no capacitado para ello, la dificultad que puede presentarse para recolectar la información, los problemas interpersonales, la evaluación no acorde al giro del servicio.

La evaluación del desempeño en Enfermería, busca con los resultados obtenidos, retroalimentar al subordinado sobre su trabajo, su comportamiento, sus habilidades y conocimientos, a mantener, mejorar o cambiar aspectos. La evaluación no solo abarca por ende el desempeño en el cargo para lo que fue contratado, sino el alcance de las metas, indicador u objetivo que se logran, la imagen ante el cliente. Las partes participantes deben estar conscientes de los beneficios y que forma parte de todo un proceso de mejora.

Sin embargo, en cualquier ámbito empresarial pueden no alcanzarse resultados satisfactorios por la presencia de distanciamientos, sentimientos de explotación, sentimientos de acoso laboral, malos entendidos, error en la técnica, criterios y herramientas utilizadas, aplicación deficiente de normas entre otros. En la aplicación de evaluación por resultados se cuenta con criterios de desempeño normados y un nivel esperado de productividad, lo que facilita a la comparativa de datos, obtener resultados individuales, del equipo y de la organización, reflejados lo más constructivamente posible en áreas de oportunidad de mejora (aprender mediante el reconocimiento de lo que se hace bien y lo que se necesita mejorar). También permite determinar las responsabilidades y prioridades a implantar para acrecentar el rendimiento.

Estándares

Así que iniciemos por definir lo que es un estándar, de acuerdo con Münich y Galindo —es una unidad de medida que sirve como modelo, guía o patrón con base en la cual se efectúa el control. De acuerdo con Benavides y Pañeda —Es un nivel de desempeño establecido para que sirva de modelo o punto de referencial. Por lo que puede ser útil para evaluar la eficiencia y eficacia o una actividad específica.

4.21. Si calidad.

La calidad es un atributo esencial de la atención médica que resulta fundamental para lograr los objetivos nacionales de salud y el futuro sostenible del sistema de salud. En México existen antecedentes de iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que datan de 1956; sin embargo, fue hasta el año 2001 cuando gran parte de los esfuerzos fueron canalizados en una estrategia nacional, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

El objetivo de programa es —contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad mediante el apoyo a la consolidación de la calidad en los establecimientos de atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, a través del impulso al desarrollo de proyectos para la mejora de la calidad en su dimensión interpersonal y técnica, con énfasis en la seguridad del paciente, así como fomentar e implantar un esquema sectorial que permita reconocer el desarrollo de experiencias exitosas en la materia. Sus mecanismos de financiamiento se establecen en convocatorias públicas para participar en el Premio Nacional de Calidad en Salud y en los Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica.

En materia de evaluación, las Reglas de Operación del programa especifican que sus resultados deben ser evaluados en los términos de las disposiciones emitidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), y que las evaluaciones externas deberán ser realizadas por instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional e internacional, con reconocimiento y experiencia en la evaluación de programas de salud o desarrollo social, y coordinadas por la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

Referencias

I. OPS/OMS. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo la Seguridad del Paciente; 1 a 5 de octubre del 2007; Washington, DC, EUA.