



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán de Domínguez.**  
**Licenciatura de medicina humana.**

**Tema: Ensayo .**  
**Alumno: Francisco miguel Gómez**  
**Mendez.**

**Grado: 1**

**Grupo: "A"**

**Materia: Salud Publica 1.**  
**Docente: DR. Cecilio Culebro**  
**Castellanos**

## Planeación y gestación sanitaria

La planificación estratégica es una herramienta con plena vigencia y utilidad en la dirección de todo tipo de organizaciones, incluidas las organizaciones sanitarias. El nivel de la organización al que el proceso de planificación estratégica es pertinente es función del tamaño de la unidad, de su complejidad y de la diferenciación del servicio que se presta. Un servicio de cardiología o una unidad de electrofisiología o de hemodinámica pueden ser un nivel adecuado siempre que su plan se alinee con otros eventualmente existente en niveles superiores. Es el líder de cada unidad el responsable de promover el proceso de planificación, como parte esencial y nuclear de su función. El proceso para la planificación estratégica es programable, sistemático, racional y holístico e integra el largo, medio y corto plazo, lo que permite orientar la organización sanitaria hacia transformaciones relevantes y duraderas para el futuro. **Aspectos que tener en cuenta antes de iniciar el proceso de planificación estratégica** Es importante tener una buena comprensión de algunos aspectos más conceptuales de la planificación estratégica (PE) antes de comprometerse en su realización efectiva, lo que no siempre ocurre y explica cierta banalización con que en ocasiones se aborda el proceso y una razón frecuente de su fracaso. Interesa llamar la atención sobre dos aspectos importantes:

- En primer lugar, se da por hecho que la unidad de producción no es el individuo, sino la organización. En el sector sanitario queda aún camino por recorrer en el reconocimiento de que un profesional aislado, aun disponiendo de suficientes medios materiales, no es capaz de resolver todos los problemas que la asistencia sanitaria plantea actualmente.
- En segundo lugar, la PE tiene una clara vocación transformacional, puesto que: a) identifica características actuales propias de la organización y del entorno en el que esta opera; b) genera una imagen de cómo se quiere que esa organización sea mejor en el futuro, y, además, c) establece la ruta y las acciones que permitirán el cambio desde la situación actual a la situación deseada de futuro. Limitación de recursos para la producción. Este es un factor que necesita poca explicación, y menos en épocas de grave crisis económica. Una posible derivada de esta situación es la redoblada obligación

de asignar recursos racionalmente permitiendo sólo la permanencia de las OS mejores y más eficientes.

- Lo importante se desplaza desde el producto o servicio hacia el cliente. La diferencia ya no está únicamente en la calidad del producto o servicio, sino en la manera en que este se traslada al cliente y su experiencia. En las OS ya no se trata solamente de hacer los procesos de la mejor manera posible, sino de que el paciente quede satisfecho y se obtengan los mejores resultados esperables. Además del qué, importa el cómo.
- Tamaño y complejidad de las OS. El aumento del tamaño de la población, sus necesidades y las opciones diagnósticas y terapéuticas que se puede ofrecer han conducido al crecimiento físico de las OS y también su complejidad organizativa. Un Servicio clínico puede ser ya una unidad productiva «demasiado grande»,

Este curso proporciona a los participantes un conocimiento básico de los principios de planificación y gestión de la tecnología sanitaria: evaluación, presupuesto, adquisición, implementación, capacitación / formación, seguridad del paciente, mantenimiento y reemplazo / eliminación. La planificación y la gestión se centrarán en dispositivos médicos, sistemas de información clínica y tecnologías convergen.

Después tenemos el concepto de la OMS, que define la planificación sanitaria como:

“El proceso ordenado de definir problemas de salud, identificar necesidades no satisfechas y el estudio de los recursos para establecer objetivos prioritarios que sean realistas y factibles y proyectar acciones administrativas (OMS,1997).

Si analizamos ambos conceptos podemos concluir que incluyen **tres elementos comunes**: una población con necesidades de salud, los recursos disponibles y las acciones que se han de realizar para utilizar esos recursos de forma óptima, de manera que satisfagan las necesidades de la población.

En esta difícil posición de equilibrios se inscribe la planificación sanitaria.

## **Sistema de la salud, modelo sanitarios .**

Los principios de este sistema son que ha de contribuir a mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente. Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse. . Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud . Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación y reinserción

En sus orígenes, la relación médico-paciente se entendía como una relación privada y la asistencia sanitaria como un bien individual. Una consecuencia potencial de esta concepción parcial es que la enfermedad podía generar situaciones de desamparo y quebranto económico. Un sistema sanitario incluye servicios y actividades de protección y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración de la salud y rehabilitación y reinserción. Así, según la OMS, un sistema de salud que funcione bien debe responder de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de la población con los siguientes objetivos:

- Mejorar el estado de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Defender a la población ante amenazas para su salud.
- Proteger a las personas ante las consecuencias económicas de la enfermedad.
- Proporcionar un acceso equitativo a un cuidado centrado en la persona.
- Hacer posible que las personas participen en las decisiones que atañen a su salud y al sistema sanitario.

Algunas sociedades no consienten que haya sufrimiento por ausencia de recursos económicos o sociales. Sólo si existe un sistema bien organizado se podrá dar respuesta a las necesidades y demandas cada vez mayores de la sociedad. Como se ha comentado al clasificar los sistemas sanitarios en función de los sistemas de protección social, se pueden diferenciar dos alternativas opuestas: quienes opinan que la asistencia sanitaria es un bien privado frente a aquellos que reconocen el derecho a la salud. Para los primeros, la financiación de la asistencia estará basada bien en el pago directo, bien en la compra voluntaria de una póliza de seguros. Por el contrario, el entender la salud como un derecho implica una transformación del sistema de financiación y, por ende, de la organización y la estructura del sistema sanitario. Del equilibrio entre estas posiciones.

1. Clasificación en función de los sistemas de protección social. Los sistemas se pueden clasificar en: a) Sistemas públicos: – La asistencia sanitaria se considera un derecho. – Las contribuciones al sistema sanitario, ya sea como impuestos o como cuotas, son obligatorias. – La contribución no está relacionada con el riesgo individual. b) Sistemas privados: – La asistencia sanitaria se

considera un bien individual. – Las contribuciones al sistema no son obligatorias. – La cuantía de las contribuciones está relacionada directamente con el riesgo de enfermar y el potencial uso de servicios del sujeto. 2. Clasificación en función del tipo de producción y la demanda de servicios. Según Saltman y Von Otter<sup>5</sup>, se clasifican en: a) Sistemas de mercado: se establecen relaciones de competencia tanto desde el lado de la oferta (quién provee los servicios) como desde el lado de la demanda (a qué pacientes se atiende); es decir, el usuario puede elegir quién le presta los servicios, pero los proveedores también pueden rechazar la asistencia a un determinado usuario. – Mercado mixto: un usuario puede acudir a varios proveedores, pero un proveedor no puede rechazar a un usuario. – Mercado interno: diferentes usuarios pueden estar demandando diferentes servicios, aunque no todos se pueden atender. Se asegura la provisión. Un sistema sanitario básico es la relación entre un médico (oferta) y un paciente que sufre una enfermedad y que se dirige al profesional en busca de ayuda (demanda). El médico realiza su acción en respuesta a la demanda de salud del paciente y a cambio recibe un pago por sus servicios. Pero en cualquier sociedad compleja, los sistemas de relaciones se complican. Así, en un sistema sanitario encontramos dos elementos principales, los proveedores de la atención sanitaria (los servicios médicos) y los receptores de la misma (la población a la que atienden), que se relacionan entre ellos mediante diferentes mecanismos. Otro de los protagonistas en este escenario, es el Gobierno, encargado de la regulación, es quien dicta el conjunto de normas que marcan las reglas de funcionamiento del sistema sanitario. Tales como: cuántos y dónde se deben instalar nuevos recursos o quiénes tienen derecho a qué prestaciones sanitarias. En el caso de que la regulación la realice la administración pública se expresará en forma de leyes, decretos y órdenes. Y por último está la financiación, o lo que es lo mismo, cuál es el origen de los recursos económicos dedicados a la prestación de un servicios.

## **Conclusión.**

Los resultados sobre la salud de la población, dependerán de cómo sea el modelo en el que se encuadre el sistema sanitario de ese país. Variarán la equidad, la eficacia, la eficiencia, la satisfacción y la universalidad. Según cómo sean las características organizativas y financieras de los sistemas de salud, se priorizarán más uno u otro de estos objetivos. No hay ningún sistema que dé el máximo en todas, y pretender mejorar un objetivo implica ser más modesto en otro.

## **Bibliografía**

- Serrano Martínez M, Casado Vicente V, Bonal Pitz. Medicina de Familia. Guía para estudiantes.
- Lamata F. Manual de Administración y Gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A; 1998