



Mi Universidad

ENSAYO

Unidad I ¿Por que innovar en salud?

1.1 Desde la perspectiva de un instituto

1.2 Desde la perspectiva de la empresa

1.3 Desde la perspectiva científica

1.4 Desde la perspectiva de una asociacion

1.5 Desde la perspectiva de la secretaria de salud.

Maestro: José Manuel Ortiz Sanchez

Alumno: Carlos Eduardo Magaña Osorio

Maestría en administración en sistemas de la salud

4To Cuatrimestre

Villahermosa Tabasco, 20 de noviembre del 2023

INTRODUCCION

La innovación en materia de salud significa más que simplemente desarrollar nuevos medicamentos. También supone crear material y equipo para ayudar en el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de afecciones médicas. La primera estrategia de una empresa de salud radicará en cómo se hace para desarrollar innovación en los procesos, en la cadena de valor, en la tecnología aplicada para avanzar en la calidad, la seguridad de los pacientes, la eficiencia y la aplicabilidad.

La innovación básicamente es un reto a la forma convencional de pensar y hacer frente a los nuevos entornos. Además de vivir en un país con inestabilidad política, económica, social, y laboral, nos dificulta pensar en el largo plazo, aunque resulte una necesidad de contingencia. Entendiendo la innovación como la función que convierte las ideas, las mejoras en proceso en valor.

La innovación se deriva de la capacidad de generar con cierta velocidad ideas que generen valor a alguien. Es un instrumento mediante el cual ideas creadas por equipos dentro del hospital, para que otras personas, usuarios y financiadores les otorguen valor, pensar la forma, las operaciones y la comunicación. El deber de innovar es en toda la cadena de valor, en todos los procesos donde identifiquemos oportunidades. Fundamentalmente en los de curación y cuidados. Buenos equipos médicos y de enfermería. Excelentes servicios de apoyo que aseguren la prestación de servicio sobre bases seguras facilitan el agregado de nuevas actividades y servicios.

El sector de la salud basa sus decisiones complejas, en serie de datos incompletos, registros insuficientes, fundados exclusivamente en la preferencia profesional y en la voluntad por el uso, o la prescripción excesiva de un determinado fármaco que es una probable innovación costo efectiva.

La innovación puede empezar de arriba hacia abajo, pero sin la incorporación del núcleo operativo esto no se implementará, ni se multiplicará exponencialmente en la experiencia paciente. La gente del núcleo operativo nos conecta con la realidad de los pacientes, con lo que estos están pidiendo, la innovación en como se los podemos dar. La atención integrada tiene el potencial de aumentar la continuidad de la atención y reducir los tiempos de espera innecesarios, apoyar el empoderamiento de los pacientes y fomentar la sostenibilidad y la resiliencia de los sistemas de salud. Para algunas enfermedades y afecciones, especialmente las más complejas, la implementación de vías estandarizadas del paciente puede ayudar a mejorar esta coordinación de la atención.

Mejorar la coordinación de la atención, incluso a través de datos de salud y salud digital. Abordar los obstáculos en el recorrido del paciente y eliminar las intervenciones duplicadas puede reducir los costos injustificados y potencialmente mejorar los resultados de salud. Los servicios de salud digitales y los registros electrónicos de salud también son herramientas cruciales para fortalecer la coordinación de la atención y la integración de servicios, así como para mejorar el empoderamiento y la auto gestión a través del acceso de los pacientes a sus propios datos de salud.

¿POR QUE INNOVAR EN SALUD?

Innovar significa mudar o alterar algo, introduciendo novedades. Innovar en salud no implica necesariamente incorporar nuevos gadgets que nos conviertan en autómatas, ni en dependientes tecnológicos. Las ciencias, como decía en “La verbena de la paloma” Ricardo de la Vega, con música de Tomás Bretón, adelantan que es una barbaridad, y no está de más implementar sus avances, pero insisto, sin robotizar al ser humano, ni al médico ni al paciente.

Innovar significa mejorar lo existente, conseguir un balance más efectivo con menos efectos secundarios, aportar nuevas ópticas, conocer nuevas técnicas contrastando con otros profesionales, pero sobre todo humanizando el trato a quien sufre. Ignoro si el día de mañana las consultas serán minimalistas y sólo habrá sillas y pantallas con sensores que detecten de inicio cualquier anomalía en quien sufre. Puedo imaginar esta escena o una parecida, pero lo que nunca debe perderse es el trato cercano y humano con la persona afectada, sino más bien al contrario, la relación debe ser fluida y empática.

Innovar significa acercarse por medio de los nuevos canales, pues muchos pacientes están a largas distancias y precisan igualmente tratamiento. No tenemos el don de la ubicuidad, ni aún se ha inventado máquina para teletransportarse ni transfigurarse a largas distancias, pero sí puede llegar nuestro mensaje, voz y, ahora también, imagen sin necesidad de onerosas unidades móviles, sino con un ordenador, un terminal telefónico, una Tablet, etc., gracias a las conexiones que facilita internet. Podemos monitorizar una situación y actuar a distancia.

Autores como Simon (1997) y March y Olsen (1984) afirman que la racionalidad limitada de los actores y las dinámicas relacionales que se dan entre ellos, sumado al análisis institucional que, según Varela (2008), incursiona en las ciencias de la gestión al intervenir en los problemas que se puedan generar en los procesos de planeación, dirección y control de los recursos organizacionales, son una breve apertura al concepto de institución.

En cuanto al concepto de institución, Powell y Dimaggio (2001) sugieren que algunos autores señalan la institución como un procedimiento organizado y establecido, y como un conjunto de reglas de la sociedad, esta última desde la perspectiva de la sociología. Las instituciones, por una parte, son entendidas como sistemas de producción y, por otra, como estructuras que posibilitan desarrollar o crear algo, como podría ser una nueva empresa o algún tipo de emprendimiento que bien podría ser social, cultural, político, económico, etc. El institucionalismo utiliza un énfasis de explicación de las acciones humanas tomando en consideración los aspectos meso y macro. Tal perspectiva aproxima al institucionalismo a las corrientes de explicación sociológica. También señalan algunos autores que las instituciones tienen una larga duración, siendo estructurales a cada formación social.

En principio, la diferencia entre las instituciones y las organizaciones, según Selznick (1957), está dada porque las organizaciones gestionan los recursos disponibles para el logro de metas u objetivos, y estas, a su vez, se configuran dentro de la institución. Entonces, la socialización será uno de los mecanismos de introducción de los individuos en las organizaciones sobre la base de la apropiación de las normas y reglas sociales. Washington y Ventresca (2004, p. 82) argumentan que “las teorías de cambio son teorías de acción” y proponen una estrategia que permita presentar la complejidad del cambio institucional en términos de procesos de observación. Las instituciones son, según estos autores, “modelos de reglas y tipificaciones que identifican las categorías de los actores sociales y sus actividades adquiridas o relacionadas” y los mecanismos tienen que ver entonces con las categorías de los procesos, por medio de los cuales las instituciones apuntalan el cambio y el nivel de su impacto organizacional.

En el sentido más amplio del concepto, la administración de operaciones se relaciona con la producción de bienes y servicios. Todos los días se tiene contacto con una abundante gama de bienes y servicios, los cuales se producen bajo la supervisión de administradores de operaciones.

Un ejemplo de un administrador de operaciones, sería el gerente de planta que se encuentra a cargo de una fábrica.

Estos administradores pueden incluir a un vicepresidente de operaciones corporativo (o vicepresidente de manufactura) así como a un grupo de gerentes de operaciones de tipo “staff” para que se encarguen de la calidad, la producción y el control de inventarios, así como de las instalaciones y el equipo, en la industria mecánica cubana se dividen generalmente por grupos industriales territoriales similar a las uniones de empresas que existían en la desaparecida URSS, con empresa y unidades bases subordinadas a estos grupos.

La administración de operaciones existe desde que la gente ha producido bienes y servicios. Aunque el origen de las operaciones se puede buscar en las civilizaciones tempranas, la mayor parte de nuestra atención en esta sección se enfocará a los últimos 200 años. En este estudio, no se organizará la historia de la Administración de Operaciones en términos estrictamente cronológicos sino de acuerdo a las contribuciones más importantes o los impulsos primordiales.

Para los usuarios de la ciencia y la tecnología el material a consumir como objeto de una búsqueda de información de interés debe tener ciertos atributos que impriman relevancia, pertinencia, confiabilidad y rigor. La estandarización de esos atributos es la esencia de lo que se publica en las revistas científicas y tecnológicas y por las editoriales comprometidas con la calidad que exigen los usuarios y que estandarizan las instituciones. Es por eso que el servicio al consumidor de esa información se organiza en bases de datos de información científica, las cuales pueden estar referidas a varias disciplinas o a campos específicos del conocimiento y agruparse en sistemas de información científica. Los canales convencionales de difusión de la información científica y tecnológica son las revistas científicas, las memorias de congresos científicos, los informes científico-técnicos, los libros y los repositorios de información científica.

Los retos más importantes de un sistema de información científica y tecnológica son la oferta multidisciplinar o disciplinar según su alcance, su nivel de

actualización, inmediatez y acercamiento al interés de la búsqueda, relevancia y reconocimiento de las fuentes que hace disponibles por la comunidad científica internacional y las instituciones especializadas. También la razón económica del menor costo y el más alto beneficio y la satisfacción del usuario. Para los estudiantes de grado y posgrado en las instituciones de educación superior el panorama se vuelve cada vez más exigente.

El aporte de Thompson (1967) ha sido considerado el más completo sobre contingencia organizacional. El autor rechaza el concepto de sistemas cerrados del modelo clásico que algunos autores como Taylor (1984) y Weber (1984) plantearon, debido a que Thompson observa a las organizaciones como sistemas naturales; es decir, es la fuerte relación que una organización determinada tiene con otras organizaciones que actúan como competencia o, en el caso más crítico, con organizaciones que limitan su papel. Adicionalmente, Thompson presenta una taxonomía que él mismo denomina “Estrategias de cooperación”, taxonomía que se relaciona estrechamente con la capacidad de las instituciones de dar respuestas sociales, crear normas de juego, establecer rutinas y redes comunicacionales en torno a un plan de adaptación. El autor enfatiza mayormente en las ciencias políticas; y con referencia a las “Estrategias de cooperación” argumenta que el control de la incertidumbre exterior de una determinada sociedad es el objetivo central de la acción política; a su vez, el poder con el cual cuenta la acción política ejerce presión en el ámbito de las negociaciones y al final la independencia y la autonomía organizacional serán su sentido esencial; además, postula los procedimientos para la defensa de los dominios, el rol del prestigio, la relación que existe entre dependencia e independencia y la competencia.

En tal sentido, la autoridad permite la coordinación, para lo cual las organizaciones hacen adaptaciones respecto del ambiente natural y social. De manera similar a Barnard (1938), Simon (1997) vinculó las relaciones autoritarias con el proceso de comunicación. Las técnicas y redes comunicacionales serían por lo tanto la base del ejercicio real del poder organizativo. Este análisis está íntimamente ligado con la suposición de la existencia necesaria de un equilibrio organizativo entre tres

sectores que constituyen una red ontológica: Los usuarios, los directivos (emprendedores) y los empleados de cada organización.

Por otra parte, DiMaggio y Powell (1983) se interesan en conocer de qué manera la racionalidad colectiva en el campo organizacional ha identificado básicamente tres mecanismos de cambio, mas no tres variables, algo que Mizruchi y Fein (1999) descubrieron al revisar múltiples estudios científicos y, al contrario de lo dicho por DiMaggio y Powell (1983), operacionalizaron los mecanismos como variables discretas, lo que es algo incorrecto en su fundamento. A pesar de ello Washington y Ventresca (2004) se centran en la especificación de mecanismos y no en la medición de variables y, siendo aún más precisos, en tres mecanismos estándar: coerción, normatividad y mimesis. Además, DiMaggio y Powell (1983), al identificar las causas de la burocracia y la racionalización en las organizaciones se han asociado al cambio desde las ideas de Weber de la vida ascética y el logro. Las organizaciones son más homogéneas y su forma de burocratización se está volviendo una forma común.

Según lo planteado por estos autores, el cambio organizacional es orientado en menor medida por la competencia y la necesidad de eficiencia. Adicionalmente, están cambiando por las regulaciones del Estado y por las profesiones, las cuales las hacen más parecidas entre ellas.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que impulsó la creación de organismos públicos desconcentrados denominados “Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado”. El primer programa formal con participación comunitaria del estado de Chiapas se remonta a 1973, cuando se implementó el Programa de Desarrollo de Los Altos de Chiapas (PRODESCH), con la finalidad de llevar servicios de salud a las regiones indígenas desprotegidas, debido al difícil acceso o ausencia de unidades médicas; de este modo, se capacitó durante tres meses a grupos indígenas de Los Altos, para convertirlos en Agentes de Salud, cuya principal actividad se enfocaba a la

aplicación de vacunas, educación para la salud, nutrición, saneamiento básico y la planificación familiar.

En 1977 se inició el programa de extensión de cobertura y el programa comunitario rural, los cuales compartían el mismo objetivo en cuanto a la participación de la comunidad y diferían respecto a las características en la prestación de servicios y el sistema de supervisión. En 1989 se inició en cinco estados del país el Proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo, que principió en la entidad con la jurisdicción de Tuxtla Gutiérrez, conformada por 22 municipios incluidos en la región No. I del COPLADE. Esta jurisdicción se reestructuró orgánicamente ampliando la plantilla de personal y adecuando la normatividad a las necesidades regionales, acompañadas de un proceso de capacitación continua de sus diferentes áreas.

Entre 1990 y 1994 se amplió el proyecto a las siete jurisdicciones restantes y durante este periodo el reordenamiento de las jurisdicciones tuvo el propósito de consolidar las metodologías, fortalecer las estructuras y mejorar la calidad de los servicios que se prestan en el ámbito de las jurisdicciones, para que funcionaran como un verdadero Sistema Local y contribuyeran en el proceso de descentralización y modernización de los servicios de salud.

CONCLUSION

La salud es uno de los sectores de actividad más innovadores y, sin embargo, el acceso a la innovación y la financiación de la misma constituyen un reto. La innovación es un pilar sobre el que se sustenta el crecimiento económico de nuestro país, y cuanto más ágil sea, mejor será el rendimiento que se consigue en cualquier campo, pero especialmente en el de la salud.

Además, en el sector sanitario, como en muchos otros sectores, la innovación requiere de la adaptación de los procesos siendo fundamental la aplicación de nuevos modelos asistenciales y el diseño de líneas estratégicas de actuación que den respuesta a los cambios (por ejemplo, la medicina personalizada y de precisión).

En el ámbito sanitario, en el que los avances científicos y la investigación son imprescindibles, se debe optimizar la financiación para el desarrollo de iniciativas; las cuáles son claves para mejorar el servicio que reciben los ciudadanos y, a su vez, tiene gran impacto en la sostenibilidad futura de los sistemas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ruiz de Chávez Manuel H, (2005). Innovación tecnológica en salud: fundamentos y perspectivas, Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Cegarra Sánchez, J. (2012). La tecnología. Madrid, Spain: Ediciones Díaz de Santos.

Fernández Breis, J. T. Quesada Martínez, M. y Fernández Breis, J. T. (2017). Aplicaciones de las nuevas tecnologías a la formación en el ámbito de la salud. Madrid, Spain: Dykinson.

José Luis Larrea Jiménez de Vicuña (2015). El desafío de la innovación: de la Sociedad de la Información en adelante. Barcelona, Spain: Editorial UOC.

Goñi Zabala, J. J. (2014). Herramientas para la innovación. Madrid, Spain: Ediciones Díaz de Santos.

Suárez Mella, R. P. (2009). El desafío de la innovación. La Habana, Cuba: Editorial Universitaria.