



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS
COORDINACIÓN DE POSGRADO**

**“Modelo de Gestión de los Servicios de Salud de Hidalgo”
*Énfasis en el Factor Humano***

**DOCUMENTACIÓN DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA
P R E S E N T A:**

Luis Enrique Díaz Pérez

Directora de Tesis:
M. en C. Laura Islas Márquez

Pachuca, Hgo.

Enero de 2010

Agradecimientos

Con toda mi admiración y gratitud,
al Dr. Alberto Jonguitud Falcón,
médico y servidor público ejemplar,
pero sobre todo, hombre de bien.

A mis colaboradores y amigos
de la Dirección de Planeación
de los Servicios de Salud de Hidalgo,
por su comprensión y enseñanzas,
en especial a la MSC Rosario Barrera Gálvez,
por su invaluable apoyo.

A los maestros y compañeros
del Programa de Maestría en Gestión Administrativa
de la UAEH, particularmente M en C. Laura Islas Márquez y
Dr. Jesús González Castillo por haberme compartido su saber
y momentos imborrables en mi vida.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 INSTITUTO DE CIENCIAS ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS
 POSGRADO

Oficio ICEA/AP/0136/09
 ASUNTO: Autorización de Impresión

MTRO. JULIO CESAR LEINES MEDÉCIGO
 DIRECTOR DE CONTROL ESCOLAR DE LA U.A.E.H.
 PRESENTE.

La Comisión evaluadora del proyecto terminal titulado "Modelo de Gestión de los Servicios de Salud de Hidalgo. Énfasis en el factor humano", realizado por la sustentante M.C. Luis Enrique Díaz Pérez, con cuenta 009734, perteneciente al programa de Maestría en Gestión Administrativa, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 73 del Reglamento General de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que el sustentante deberá cubrir los requisitos del Reglamento General de Estudios de Posgrado y demás reglamentos aplicables al caso para acceder al examen de Grado, en el que sustentará y defenderá el documento de referencia.

Atentamente
 "AMOR, ORDEN Y PROGRESO"
 Pachuca Hidalgo, 27 de Julio de 2009
 El Comité

MTRA. ARLEN FERÓN ISLAS
 PRESIDENTE

MTRA. RUTH JOSEFINA ALCÁNTARA
 HERNÁNDEZ
 SECRETARIO

DRA. LAURA ELENA ISLAS MÁRQUEZ
 VOCAL



MTRA. ALEJANDRA CORICHI GARCÍA
 SUPLENTE

Vo.Bo.
 DIRECTOR DE I.C.E.A.

MTRO. JESUS IBARRA ZAMUDIO

Índice

	Pág.
Glosario	V
Siglas	IX
Índice de cuadros	X
Índice de gráficas	X
Índice de figuras	X
Resumen	XI
Summary	XIV
I. Contexto	1
1.1. El ámbito de la Salud	1
1.2. Sistema Nacional de Salud	7
1.3. Sistema Estatal de Salud	16
II. Diagnóstico	25
1. Condiciones de Salud	25
1.1. Aspectos geográficos	25
1.2. Aspectos demográficos	27
1.3. Aspectos socioeconómicos	29
1.4. Transiciones	31
1.5. Desigualdades en daños a la salud y enfermedades emergentes	34
2. Los Servicios de Salud de Hidalgo	44
III. Programa Estatal de Salud	51
1. Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011	51
2. Integración y contenido del Programa Estatal de Salud (PES) 2005-2011	60
IV. Enfoques administrativos predominantes	65
1. ¿Qué son las organizaciones?	66
2. Enfoques administrativos	68
3. Corrientes de actualidad	83
V. El factor humano en el PES	101
1. Estrategias y líneas de acción relacionadas con el factor humano	102
2. Universo de aplicación	106
3. Operacionalización del PES	107
VI. Representación gráfica del Modelo de Gestión de los SSH	116
Conclusiones	120
Anexos	124
Bibliografía	131

Glosario

C

Cama censable. Es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, es controlada por el servicio de admisión de la unidad porque genera egresos hospitalarios y se asigna al paciente en el momento de su ingreso hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. La capacidad de respuesta de un hospital, es proporcional a su número de camas, p ej. si se trata de un Hospital de 30, 60 o más camas.

Camas no censables. Cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

D

Declaración de Alma Ata. Expresa el consenso del trabajo de los expertos del mundo en materia de salud que celebraron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma-Ata, URSS, del 6-12 de septiembre de 1978. Esta Declaración marca un hito en la Salud Pública del mundo y en sus diez puntos, aborda la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

E

Enfermedades carenciales. Son trastornos producidos por deficiencias de la nutrición, lo que deriva en ausencia de sustancias específicas esenciales como vitaminas, minerales o aminoácidos. Aunque también incluyen situaciones en las que la sustancia esencial, está presente pero no se absorbe adecuadamente.

Enfermedades crónicodegenerativas. Las enfermedades crónicodegenerativas, son padecimientos regularmente asociadas con la edad avanzada y el envejecimiento lo que ocasiona deterioro orgánico y funcional progresivo y sostenido.

Enfermedades infecciosas. Son un grupo de entidades clínicas consecuentes a un proceso infeccioso provocado por diversos agentes biológicos, entre los más

comunes se encuentran: virus, bacterias, hongos, cuya acción invasiva y dañina y perturba el funcionamiento normal del organismo infectado.

F

Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud. Es uno de los fondos del Ramo 33 y tiene como criterios de distribución: inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal descentralizados; recursos con cargo a las previsiones para servicios personales transferidas durante el ejercicio fiscal inmediato anterior incluidas las presupuestarias; recursos transferidos para cubrir el gasto de inversión y otros recursos destinados a promover la equidad en los servicios de salud y aliviar los rezagos.

G

Gasto de bolsillo. Corresponde al pago que hacen las personas o sus familiares, de manera directa y de sus propios recursos, por cada servicio de atención a la salud que reciben.

M

Modelo biomédico. El modelo biomédico se fundamenta en el conocimiento y el método científico, por lo tanto, explica la enfermedad desde una perspectiva orgánica, donde existen causas tangibles de la enfermedad y en consecuencia, técnicas y drogas para el tratamiento. Este modelo suscitó el optimismo que muchas enfermedades podrían ser curadas y focalizó más sobre la enfermedad que sobre la salud. Aunque el modelo biomédico de enfermedad predomina en la cultura occidental, las tendencias de cambio incluyen también los aspectos sociales y psicológicos en el proceso salud enfermedad.

Morbilidad por demanda. Son los registros de “causas de enfermedad” que se realizan en las unidades médicas, en base a las personas que acuden para recibir atención médica. Tales registros permiten una aproximación al conocimiento de cuáles son las enfermedades más frecuentes en la población.

Mortalidad general. Razón entre el número total de defunciones registradas en una población y por todas las causas de muerte, entre el número de residentes en esa población, durante un periodo anual, expresada por 100,000 habitantes. Representa un estimado promedio del riesgo absoluto que tienen de morir los habitantes de ese lugar, por cualquier causa.

Mortalidad infantil. Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en los niños menores de 1 año, entre el número de nacidos vivos

registrados (NVR) durante un año, por cada 1000. Representa el riesgo de morir que tienen los menores de un año, en una población determinada, por todas las causas, durante su primer año de vida. Este es un indicador muy usual para medir el desarrollo en general, pues se supone que en todos los grupos humanos existe especial interés por cuidar a la niñez, especialmente quienes tienen mayor vulnerabilidad.

Mortalidad materna. La muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. El indicador se construye dividiendo el número de defunciones de mujeres en las circunstancias ya descritas, durante un año, entre el número de Nacidos Vivos Registrados en un año por 1000. El análisis de la mortalidad materna se asocia estrechamente a la mortalidad infantil.

N

Niveles de Atención. Es una clasificación que se aplica en el sector salud para distinguir la complejidad de las unidades médicas y en consecuencia, su capacidad de respuesta. En el primer nivel se encuentran las unidades de escasa complejidad, que brindan atención ambulatoria de medicina general. El segundo nivel es el de unidades de mediana complejidad, brinda atención ambulatoria y de hospitalización en cuatro especialidades básicas, su unidad representativa son los hospitales generales. Al tercer nivel corresponden los establecimientos de mayor complejidad, brinda servicios ambulatorios y hospitalización de alta especialidad.

R

Ramo 33. Es el ramo presupuestal del Gobierno Federal que agrupa diversos Fondos de Aportaciones que se distribuyen a los estados y municipios, cuya distribución y ministración se apega a un calendario determinado por la Federación al principio de cada Ejercicio Presupuestal. La regulación de este ramo está determinada por el Capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal. Se constituye de siete fondos, entre ellos el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud FASSA.

S

Sector Salud. Es la agrupación convencional de las instituciones públicas y privadas, cuya función está relacionada con la salud de la población y están coordinadas por la Secretaría de Salud federal o estatal, según su ámbito de competencia. Se distinguen primordialmente las prestadoras de servicios de salud, las formadoras de recursos humanos para la salud, las prestadoras de servicios públicos como agua potable, etc.

Seguridad Social. Sistema basado en cotizaciones que garantiza la protección de la salud, las pensiones y el desempleo así como las prestaciones sociales financiadas mediante impuestos, se ha convertido en un reto universal el mundo globalizado.

Seguro Popular de Salud. Es una opción de aseguramiento público en materia de salud que brinda protección financiera ante la enfermedad, a familias y ciudadanos que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social.

T

Tasas estandarizadas de mortalidad. Cuando se necesita comparar la mortalidad entre poblaciones diferentes se recurre a la estandarización, este es un método epidemiológico clásico que remueve el efecto confusor de variables que se sabe o supone, difieren en las poblaciones a comparar y provee una medida-resumen de uso más fácil. El factor para el cual se ajusta más frecuentemente es la edad ya que la estructura de edad tiene un impacto importante en el riesgo absoluto de morir en esta población. Una población con una estructura más vieja, siempre presentará tasas crudas más elevadas que una población más joven. Las tasas ajustadas permiten comparaciones válidas entre poblaciones, que ayudan a establecer prioridades, aunque sus valores sean artificiales.

Transición demográfica. Se conoce así al paso de un régimen caracterizado por elevados niveles de mortalidad y fecundidad sin control a otros bajos y controlados, lo cual tiene un fuerte impacto la población total y su estructura por edad. Este proceso tiene como saldo el envejecimiento de la población y este a su vez, trae consigo drásticos cambios en el estado de salud de elevado impacto social y también económico.

Transición epidemiológica. Constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar: desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles; desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada; desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces y polarización epidemiológica, que consiste en las diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población, observables en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad.

Siglas

Sigla	Significado
APO	Administración Por Objetivos.
CASSIM	Comisión de Agua y Alcantarillado de Sistemas Intermunicipales.
DO	Desarrollo Organizacional.
EP	Estructura Programática.
FASSA	Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud.
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-COPLAMAR	Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.
IMSS-Solidaridad	Instituto Mexicano del Seguro Social, Solidaridad.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
LESPH	Laboratorio Estatal de Salud Pública de Hidalgo.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPD	Organismo Público Descentralizado.
PAT	Programa Anual de Trabajo.
PED	Plan Estatal de Desarrollo.
PEMEX	Petróleos Mexicanos.
PES (2005-2011)	Programa Estatal de Salud (2005-2011)
POA 2006	Programas Operativo Anual 2006.
SCSPEH	Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Hidalgo.
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional.
Sistema DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.
SSA	Secretaría de Salud (federal).
SSH	Servicios de Salud de Hidalgo.
TGA	Teoría General de la Administración.
TOWS	Threats, Opportunities, Weaknesses y Strengths.

Índice de Cuadros

		Pág.
1.1	Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina.	13
1.2	Sistema de Protección Social en Salud en el Estado.	19
1.3	Cobertura de la población por institución, 2007.	20
1.4	Infraestructura en salud por institución, 2007.	21
2.1	Población predominante.	27
2.2	Tasa global de fecundidad.	28
2.3	Dispersión de la Población.	28
2.4	Matriz FODA para la formulación de estrategias.	47
2.5	Matriz FODA	48
2.6	Análisis de las estrategias de la Matriz FODA	49
4.1	Teorías administrativas más importantes y sus enfoques principales.	69
4.2	Cronología de las principales teorías con influencia en la administración actual	70
4.3	Dos tipos de conocimiento.	95
5.1	Programa Estatal de Salud 2005-2011	104
5.2	Personal de los SSH por tipo de unidad administrativa y rama, 2006	106
5.3	Estructura Programática	110

Índice de Gráficas

2.1	Transición demográfica. Estado de Hidalgo, 1950 - 2000	32
2.2	Principales causas de muerte. Estado de Hidalgo, 1958 – 2003	33
2.3	Mortalidad Materna Nacional y Estatal. 1960 – 1990	42
2.4	Defunciones maternas. Estado de Hidalgo, 1999-2004	43

Índice de Figuras

5.1	Programa Estatal de Salud 2005-2011	103
5.2	Alineación del Programa Estatal de Salud y la Estructura Programática 2006.	111
5.3	Operacionalización del Programa Estatal de Salud, 2006	112
6.1	Modelo de gestión de los SSH.	116

Resumen.

Este trabajo denominado “*Modelo de Gestión de los Servicios de Salud de Hidalgo, énfasis en el Factor Humano*” describe al OPD Servicios de Salud de Hidalgo así como su modelo organizativo y destaca la importancia del factor humano para el cumplimiento de su misión.

La salud, es un bien intangible tan anhelado como escaso, cuya obtención y mantenimiento exigen trabajo personal pero sobre todo, esfuerzo organizado. Los organismos de salud requieren una gran capacidad administrativa para identificar prioridades de atención, canalizar eficientemente recursos de todo tipo, a través del trabajo de equipos interdisciplinarios y producir abultadas cantidades de servicios de salud personales y comunitarios, dando lugar a procesos que desde luego deben ser registrados, medidos y evaluados.

El Sistema Nacional de Salud está próximo a cumplir 70 años y enfrenta grandes retos como son: la equidad, la calidad y la protección financiera; en base a los cuales, en el Programa Nacional de Salud 2000-2006 se expresaron cinco estrategias nacionales. El Sistema Estatal de Salud forma parte del Sistema Nacional y los Servicios de Salud de Hidalgo, están incluidos en este último; se destacan: su marco normativo, instituciones que lo integran, cobertura, productividad y recursos para la atención de la salud local.

El diagnóstico de la situación de salud en la entidad pone de manifiesto un perfil de salud en transición, en el que coexisten enfermedades transmisibles y carenciales típicos de la población no desarrollada, con padecimientos crónico degenerativos producto de los estilos de vida actuales y que es difícil modificar debido a condiciones demográficas, socioeconómicas y otros factores que significan barreras para el acceso y la prestación de servicios de salud. El diagnóstico de salud se complementa con una descripción breve de los Servicios de Salud de Hidalgo, su objeto, condición jurídica y estructura administrativa, así como también un análisis utilizando la herramienta FODA.

El titular del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Hidalgo, en cumplimiento a lo dispuesto en la Constitución Política del Estado de Hidalgo y la Ley de Planeación para el Desarrollo, presentó en tiempo y forma el Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 (PED), que se integra a partir de 5 Ejes Rectores del Desarrollo, el número 2 “Calidad de vida para el bienestar social” incluye a la salud y fundamenta el Programa Estatal de Salud (PES).

El PES es producto del trabajo colegiado en el que participaron las instituciones del sector salud en la entidad, su integración fue conducida por los Servicios de Salud de Hidalgo a través de la Dirección de Planeación. El PES reconoce la existencia de cuatro grandes retos a vencer: 1.-Mantener bajo control el panorama epidemiológico de la entidad; 2.-Otorgar servicios de salud bajo criterios de equidad y calidad a toda la población; 3.- Evitar que la atención a la salud sea una carga económica directa para las persona y 4.-Consolidar y hacer eficiente el Sistema Estatal de Salud.

Los objetivos que plantea el PES son tres y para su cumplimiento, se derivan cuatro estrategias que a su vez, se desagregan en diez y seis líneas de acción. Estas estrategias están dirigidas a estimular la participación ciudadana; establecer una cobertura de servicios completa y eficiente; asegurar servicios de salud con atributos de calidad y mejorar la gestión institucional.

La Teoría General de Administración TGA se ocupa del estudio de la administración en general, independientemente de si ésta se aplica en organizaciones con ánimo de lucro o en aquellas que no la tienen. Su vasto cuerpo de conocimientos hace aportaciones invaluable a la administración pública y en particular a las organizaciones de salud, por ello, este trabajo incluye una descripción, aunque muy breve, de los enfoques administrativos, desde los principios taylorianos con su énfasis en las tareas, pasando por los que enfatizan en la estructura, las personas, el ambiente y la tecnología; hasta las corrientes de actualidad: calidad, la sociedad del conocimiento y la gestión del talento, destacando la importancia de estos conocimientos en el campo de las organizaciones de salud.

Todo lo descrito aporta componentes para conformar el modelo de gestión de los SSH. El énfasis en el factor humano se hace al destacar que el PES, incluye acciones específicamente relacionadas con el desarrollo de los trabajadores de la salud. Al resaltarlas, se pone en evidencia la alineación que guardan el PES y la Estructura Programática de la institución y cómo, esta alineación, facilita que el PES se operacionalice en una matriz cuyos datos son objeto de seguimiento permanente y evaluación.

Las conclusiones de este trabajo son: 1.- El ámbito de los sistemas de salud es sumamente complejo; 2.- Mejorar las condiciones de salud en el estado de Hidalgo es un gran reto; 3.- En Hidalgo, las acciones de salud tienen el marco del desarrollo planeado; 4.- Las disciplinas administrativas son parte del marco de

referencia para comprender la evolución y actuación de la organización de salud y 5.-los Servicios de Salud de Hidalgo son una organización pública que da importancia al factor humano.

Durante el tiempo en que realizó la Maestría en Gestión Administrativa, el autor del presente trabajo se desempeñó como Director de Planeación de los Servicios Salud de Hidalgo, por ello, este documento evidencia que el Programa de Maestría en Gestión Administrativa del Instituto de Ciencias Económico Administrativas de la UAEH, puede contribuir a la profesionalización de los servidores públicos, con la actualización de conocimientos y el desarrollo de habilidades en el uso de herramientas y metodología administrativa.

Siendo que los sistemas de salud se desarrollan en un ambiente de cambio acelerado y turbulento, además de complejo, las disciplinas administrativas tienden puentes para conectar con mayor facilidad la experiencia y los escenarios de futuro deseados.

Summary.

This work named “Modelo de Gestión de los Servicios de Salud de Hidalgo, énfasis en el Factor Humano” describes the OPD Servicios de Salud de Hidalgo and its organization model highlighting the importance of human factor for the accomplishment of its mission.

The health is an intangible asset as desired as scarce which obtainment and maintenance demands work from each person but overall needs and organized effort. The Health Organizations require a high management capability to identify the attention priorities, effective resources channel, by the multidiscipline team work and produce huge amounts of personal and community health services, by process that should be registered, measured and evaluated.

The Sistema Nacional de Salud is approaching to 70 years old and faces big challenges like equity, quality and finance protection; based on them five national strategies where placed in the Programa Nacional de Salud 2000-2006. The Sistema Estatal de Salud is part of the Sistema Nacional which includes the Servicios de Salud de Hidalgo; The normative frame, institutions that integrate it, the coverage productivity and the resources for the local health attention are distinguish.

The diagnostic of the health situation in the state evidence a transitioning health status, where transmissible and typically from low developed population diseases coexists, with chronically degenerative afflictions product of current lifestyles and which are hard to modify due to demographic, socioeconomically conditions and other factors that obstruct the access and the health services lending. The health diagnostic is complemented by a brief description of the Servicios de Salud de Hidalgo, its object, juridical condition and management structure as a SWOT analysis.

The Poder Ejecutivo holder at Gobierno del Estado de Hidalgo, in accomplishment to the expressed in the Constitución Política del Estado de Hidalgo and the Ley de Planeación para el Desarrollo, presented the Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 (PED) in the right time and way, that integrates by the 5 Ejes Rectores del Desarrollo, the number 2 “Calidad de vida para el bienestar social” includes the health and defines the basis for the Programa Estatal de Salud (PES).

The PES is the product of the complete and multidisciplinary work in which state health sector institutions participated, the integration was conducted by the Servicios de Salud de Hidalgo through the Dirección de Planeación. The PES recognizes the existence of four big challenges to overcome: 1.- Keep under control the state’s epidemiologic landscape; 2.- Grant health services under equity and quality criterias to all the population; 3.- Avoid that health attention be a direct economic load for the people; 4.- Consolidate and enhance the Sistema Estatal de Salud.

The Objectives that PES proposes are three and to be accomplished there are four strategies that state sixteen action lines. These strategies are directed to stimulate the citizens’ participation; establish a complete and efficient services coverage; assurance of quality health services and enhance the institutional management.

The Teoría General de la Administración (TGA) takes care of the study of general management, independently if this is applied by profit or nonprofit organizations. It’s huge knowledge basis makes invaluable contributions to the public management and specially to the health organizations, that’s why this work includes a brief description of the management approaches from the task focused Taylor principles to the others that focus on people, environment and technology; even the current ones: quality knowledge society and talent management, highlighting the importance of these knowledge in the health organizations field.

All the described contributes components to conform the SSH management model. The focus on human factor is done by remarking that PES includes actions directly related to the health workers development. Remarking them the alignment between PES and institution's Estructura Programatica is make evident and how this facilitate that PES be turned into operations which data are object of permanent tracking and evaluation.

The conclusions of this work are: 1.- The field of the health systems is high complex; 2.- Enhance the health conditions in Hidalgo state is a huge challenge; 3.- In Hidalgo, the health actions have the planned development frame; 4.- the management disciplines are part of the reference frame to understand the evolution and behavior of health organizations and; 5.- The Servicios de Salud de Hidalgo are a public organization that gives importance to human factor.

During the time that the Maestría en Gestión Administrativa was realized the author of the present work performed as the Director de Planeación in the Servicios de Salud de Hidalgo, because of this the document makes evidence that the Programa de Maestría en Gestión Administrativa of the Instituto de Ciencias Económico Administrativa of the UAEH, can contribute to the professionalization of the public workers, with the knowledge update and the development of capabilities and management methodologies.

Like the health systems are developed in a quick changing, complex and turbulent environment the management disciplines build bridges to reach the experience and the future desired scenarios.



Capítulo I

Contexto

I. Contexto

1.1. El ámbito de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. Esta definición tan breve entraña una enorme carga conceptual, ya que nos remite a condicionantes físicos, ambientales y sociales influidos por ostensibles modificaciones en la demografía y la distribución de la enfermedad, que trascienden a los campos político y económico, posicionando a la salud en un primer plano de los asuntos de interés social; consecuentemente, los sistemas de salud, constituyen uno de los pilares del Estado de Bienestar¹.

Lo anterior entraña un doble conflicto ante el modelo biomédico prevaeciente. El modelo tradicional se caracteriza por su enfoque al individuo, no a la colectividad; está dirigido a la adecuación funcional, no al bienestar y es curativo, más que preventivo; en tanto que, la definición de la OMS es más comunitaria y preventiva, incluye aspectos sociales, económicos, ambientales y por lo tanto, se sitúa en una mayor consciencia de que los principales determinantes de la enfermedad son sobre todo, fenómenos que afectan a la colectividad.

El segundo conflicto tiene que ver con el carácter público y universal que le confiere a la salud, el hecho de ser un asunto de interés social y formar parte de la agenda del Estado, toda vez que el completo estado de bienestar se conseguiría, si esto fuera posible, siempre y cuando el total de la población cuente con todos los servicios de salud, esto es: todo para todos, lo que evidentemente, no es posible.

¹ Del Llano J. V. (2000) “Gestión Sanitaria Innovaciones y Desafíos”. Masson Barcelona. Citado por Albizu E., Olazarán M. en Reingeniería y Cambio Organizativo (2004). España: Prentice Hall.

Por si fuera poco, esta confrontación ocurre en un complejo entorno de cambios. Las transiciones demográfica y epidemiológica tienen como efecto la modificación en el modelo de salud, esto es: la estructura de la población ya no corresponde a la típica distribución de la mayoría de la población en grupos de corta edad sino lo contrario, la tendencia se orienta a concentrar la mayor parte en adultos y adultos mayores, en consecuencia la población envejece y el perfil de la salud-enfermedad de la población se modifica: si antes predominaban las enfermedades infecciosas y carenciales en menores de 14 años, ahora las enfermedades crónicas degenerativas y el deterioro por envejecimiento se vuelven más frecuentes.

Otro cambio, consecuencia del anterior, ocurre porque el personal de salud tiene que enfrentar el problema, nada sencillo, de atender enfermedades para las cuales la capacidad instalada, lo mismo que sus habilidades y conocimientos, resultan insuficientes, lo que hace que resulte obligado modificar el modelo de atención. Y si el modelo de salud-enfermedad se modifica, lo mismo que el modelo de atención, modificar el modelo de gestión, no solo es inevitable, sino que se debe hacer todo lo necesario para que suceda a la brevedad posible.

Lo anterior significa, que es necesario renovar los modelos de gestión de la salud pública, lo que se dificulta, cuando menos por tres razones: por una parte, está el carácter diverso, múltiple y a veces hasta contradictorio de los instrumentos jurídicos y normativos que son el marco de los objetivos públicos, traslapados en ciclos de gobierno federal, estatal y municipal distintos; por otra parte, el tener que responder ante autoridades políticas y la propia sociedad, rindiendo cuentas, tanto por los resultados obtenidos, como por el uso de fondos públicos y por último, la complejidad de los sistemas de salud, cuyo personal directivo y operativo es numeroso, multidisciplinario y con diferente grado de conocimientos. El reto gerencial del equipo de salud: es ejecutar con eficiencia los procesos existentes e implantar otros mejores con la mayor rapidez posible.

Aquí es donde cobra importancia impulsar el desarrollo organizativo en los sistemas de salud y particularmente en el Sistema Estatal de Hidalgo, para establecer una cultura basada en estructuras organizacionales, cuyo desempeño sea el producto de realizar funciones respaldadas en atribuciones legalmente conferidas y determinado por procesos que especifiquen como ejecutar esas funciones. Lo que debe contribuir a asegurar la existencia de competencias internas, para facilitar las relaciones interinstitucionales como la gestión de conflictos y el trabajo en equipo, a fin de dirigir a la organización hacia el cumplimiento de la misión y visión acordadas, con un desempeño enmarcado en estándares de excelencia.

También se requiere, que esas estructuras y sus procesos generen retroalimentación continua que faciliten la participación e involucramiento del personal institucional y se garanticen la generación de conocimiento, el aprendizaje y la competitividad, a la vez que la ciudadanía, en su función de cliente, dé orientación a la resolución de los problemas de salud pública a través de servicios de salud con calidad.

La gestión administrativa debe contribuir a garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para el desarrollo de las herramientas indispensables para su funcionamiento, que incluyen los elementos financieros, técnicos y humanos y que permiten la asignación eficaz en función de prioridades definidas. La capacidad de gestión contribuye a que prevalezcan la eficiencia, la calidad y la equidad en el acceso a la atención y da poder de decisión al personal en todos los niveles del sistema, para el cumplimiento de sus objetivos inmediatos y de largo plazo.

El Dr. José Ruales² esclarece que se requiere un nivel de gestión de cuarta generación, es decir, la gestión de la calidad, el trabajo en equipo y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

² Ruales J. "Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de salud pública" Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2004,22 (099) Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>

Se hace preciso despejar una inquietud ¿qué es lo que gestionan las empresas sanitarias? de acuerdo con el mismo Dr. Ruales, las empresas sanitarias gestionan en primer lugar, la salud de las personas, para ello se producen un sinnúmero de intervenciones dirigidas a personas desde antes de que nazcan y hasta después de que mueren como la atención prenatal, inmunizaciones, consultas, cirugías, estudios diversos incluyendo anatomopatológicos para determinar causas de muerte.

El Sistema de Salud de Hidalgo, tiene responsabilidad sobre una población que rebasa los 2 millones y en un año, a través de toda su capacidad instalada se realizan actividades que se cuentan por cientos de miles y en algunos casos hasta en millones e impactan directamente en el estado de salud de la población.

Además, se gestionan procesos productivos, que son la secuencia de acciones de intervenciones dirigidas a entregar el servicio integral a los usuarios de las instituciones de salud; un hospital es como una fábrica donde se puede medir su desempeño por el número de servicios otorgados, de personas atendidas, de días cama disponible, de días estancia registrados etc. Desde luego, también se hace gestión del conocimiento para incrementar las competencias, mejorar en aspectos técnicos, en servicio al usuario, para hacer innovación de los servicios, etc. Más adelante, en este mismo capítulo, se hace una referencia a las dimensiones del Sistema Estatal y se dan muestras del volumen de sus operaciones, lo que dará mayor comprensión a lo enunciado en estos párrafos.

Por si fuera poco, en la empresa sanitaria se gestionan interrelaciones personales e intereses que a menudo parecen contrapuestos, las empresas sanitarias son instituciones de máxima interrelación social; las personas que están, o se sienten enfermas son atendidas por otras personas que se sienten sanas. En la empresa sanitaria, tienen su encuentro numerosos grupos humanos con diferentes intereses entre sí: diversas profesiones y estatus laboral; relaciones laborales y

condiciones de trabajo distintas; comisiones de protección de derechos de los usuarios; organizaciones no gubernamentales, en fin, las empresas sanitarias y lo que en ellas ocurre, puede verse desde muy distintos puntos de vista y desde motivaciones igualmente diferentes, la complejidad de emociones que ahí tienen lugar contribuye a que sean las organizaciones más complejas de gestionar.

Naturalmente, en la empresa sanitaria se gestionan cuantiosos recursos financieros. Para producir volúmenes masivos de servicios de naturaleza compleja, son indispensables grupos multidisciplinarios de trabajadores que ocupan enormes cantidades de insumos de todo tipo y una amplia variedad de servicios proporcionados por terceros. Los sistemas de salud y especialmente la atención de salud, cuentan con mano de obra en gran intensidad que consume, en salarios, la mayor proporción de sus presupuestos.

A todo lo anterior hay que agregar que se gestiona también la práctica médica, pues aunque de principio resulte poco claro, ésta tiene con frecuencia intereses contrapuestos a los objetivos organizacionales y en mucho, depende también de la escuela de formación y de las tendencias de los integrantes de los equipos de salud. Con todo esto, es propicio el momento cerrar estas ideas con palabras de Drucker, “el hospital es la organización humana más compleja que se haya ideado jamás y la de más rápido crecimiento en los últimos años”³.

Otra interrogante que conviene despejar para caracterizar el ámbito de la salud es ¿dónde se gestiona la salud? Y la respuesta es que la salud se gestiona en tres grandes escenarios: un escenario de macro gestión, que corresponde a la Secretaría de Salud, los Consejos Nacionales, los Institutos u organizaciones de Seguridad Social, pero también otras Secretarías de Estado como Hacienda y Educación, Congreso de la Unión, es decir, hay una serie de instituciones de gestión de salud, que están fuera del sector salud y donde muchas veces, se

³ Drucker Peter F.(2002) “La gerencia en la sociedad futura”. Bogotá: Editorial Norma.

toman las decisiones que más consecuencias acarrearán al sistema. El nivel intermedio corresponde a la mesogestión, es decir, las entidades federativas, sistemas estatales, gerencias de redes de hospitales, de aseguradoras públicas y privadas. Y por último, la microgestión, que se refiere a la gestión hospitalaria, de centros ambulatorios, de unidades asistenciales y el ejercicio libre de los servicios de atención a la salud.

El Modelo de Gestión que se describe en este trabajo, es el que se sigue en el presente periodo de gobierno. Tiene como punto de partida un diagnóstico objetivo que da sustento al Plan Estatal de Desarrollo; éste a su vez, señala las políticas globales que se particularizan a través de sus programas sectoriales y finalmente, como es el caso del Programa Estatal de Salud, se operacionaliza mediante acciones específicas definidas por instrumentos programático presupuestales.

A lo largo del trabajo se deja ver que en todo momento, es el factor humano, con sus conocimientos, sensibilidad y vitalidad lo que presta vida al quehacer institucional.

En los párrafos siguientes se describen los Sistemas Nacional y Estatal de Salud, éstos tienen la tarea nada fácil de operacionalizar el concepto de salud y gestionarla en los sentidos que se ha descrito en los párrafos anteriores.

Estos sistemas son complejos por naturaleza y se ciñen para su operación, a lo dispuesto por una gran cantidad de elementos jurídicos y normativos de orden federal, estatal y municipal, lo que incrementa su complejidad.

1.2. Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la OMS, el concepto de “sistemas de salud” abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud y se entiende por actividad o acción de salud, todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar la salud⁴.

Corresponde al sistema de salud llevar a cabo actividades o acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población y esto depende de que tan bien responda el sistema de salud a las expectativas de la población, así como de que éste, sea equitativo. Mejorar las condiciones de salud es el principal objetivo de los sistemas de salud, pero no es el único. Hoy se admite que los sistemas de salud deben cumplir con tres objetivos generales: mejoramiento de la salud, dar respuesta a las legítimas expectativas de la población y alcanzar condiciones de equidad en las contribuciones financieras⁴.

El cumplimiento de estos objetivos generales depende del acierto con que los sistemas desempeñen cuatro funciones de gran relevancia, estas son: prestación de servicios de salud; generación de recursos; financiamiento y rectoría.

Una rápida revisión de los antecedentes históricos nos hace advertir que ha habido sistemas de salud de un tipo o de otro desde que el hombre hizo frente a la enfermedad a través de medidas preventivas o curativas, cualesquiera que estas hayan sido, efectivas o no. Adicional a ello, es necesario dejar asentado que los sistemas de salud tienen como base la cultura y los sistemas de creencias y valores de la sociedad, es decir, su cosmovisión⁵.

⁴ Organización Mundial de la Salud. (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000. “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Ginebra.

⁵ Los sistemas de atención a la salud: una visión desde la antropología médica y la teoría de sistemas. Secretaría de Salud. México 2004.

En la actualidad, los sistemas de salud de todos los países del mundo ejercen una gran influencia en todos los ámbitos del quehacer humano, investigación, docencia, tecnología, legislación y desde luego en los mercados y la economía.

La perspectiva de los sistemas de salud en la actualidad se puede resumir de la manera siguiente: si durante la segunda mitad del siglo XX fue prioritario brindar servicios básicos para los pobres como resultado de operacionalizar la declaración de Alma Ata y su frase emblemática “*Salud para todos en el año 2000*”⁶, el nuevo universalismo deja en claro, que ahora se trata de hacer llegar lo mejor para todos con intervenciones que han logrado grandes efectos y con una gran aceptabilidad social⁷.

Hoy más que nunca la gente espera más y más de los sistemas de salud, propiciando con ello el incremento de la demanda de servicios y mayores presiones que tendrán que afrontarse desde tres vertientes: una de carácter individual que consiste en asumir con mayor responsabilidad las decisiones en el cuidado de la salud propia, pero esta a su vez, depende del grado de información que las personas tengan respecto a su salud y sus derechos exigibles al respecto. Dos más son de orden social, particularmente político: limitar las promesas y expectativas de la población en cuanto a lo que deben hacer estrictamente los gobiernos; a este respecto aún prevalece el discurso exaltado y con frecuencia estridente y prometedor de los políticos, aunado a la esperanza, a veces pueril de amplios sectores de la población, consistente en creer en lo que no tiene forma de cumplirse.

⁶ Ferreira J. R El liderazgo en Salud Pública en América, Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, San Juan, Puerto Rico, 1988. Disponible en <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/2593.pdf>

⁷ Frenk J. Ponencia en el simposio “Políticas públicas para el desarrollo” Septiembre 2002, Puebla Pue. Disponible en <http://www.salud.gob.mx>

Como puede advertirse, los desafíos para la salud pública son múltiples y amplios, están en los factores condicionantes del entorno, en la atención a la salud, en los riesgos y daños y desde luego, en el estado de salud de las poblaciones.

Por todo esto, los sistemas de salud son entes de gran complejidad. En México, de conformidad con la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud está conformado por organismos de la administración pública federal y estatal; personas físicas y morales de los sectores social y privado, así como por mecanismos de coordinación de acciones que tienen como objetivo dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud, establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El Sistema Nacional de Salud de México, tiene más de 60 años de existencia. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el Instituto del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, el primero de los diez Institutos Nacionales de Salud. Con este despliegue de nuevas instituciones, surgió la *primera generación de reformas* en salud⁸, que buscaban responder a las demandas del desarrollo industrial a través del cuidado prioritario de los asalariados obreros y del gobierno, atendidos en los institutos de seguridad social, primero el IMSS y a partir de 1960, el ISSSTE. La SSA, por su parte, se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana, los marginados urbanos y en fin, de toda la población sin acceso a los beneficios de la seguridad social.

Desde sus orígenes, el sistema de salud quedó marcado por la escisión entre los derechohabientes de la seguridad social y la población no asegurada, que debía acogerse a la acción asistencial del Estado. A finales de los años sesenta este modelo llegó a sus límites. El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, centrada en el espacio hospitalario y el sistema, que tenía pretensiones de universalidad, seguía sin

⁸ Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000 México 2005, Poder Ejecutivo Federal.

atender a grandes capas de la población más pobre. Un alto porcentaje de las familias dependía nada más de los recursos propios para atender su salud, accediendo con frecuencia a servicios de mala calidad. La expresión más clara de la crisis fue que mientras millones de personas no tenían acceso a servicios básicos de salud, miles de médicos carecían de empleo.

Hacia el final de los años setenta surgió la *segunda generación de reformas*, que se caracterizó por un marcado empeño de construir un sistema nacional de salud. Su énfasis fue la atención primaria y su punto de partida, diversos esfuerzos de ampliación de cobertura. En 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad, dirigido a los pobres del campo, y unos años después se implantó un programa paralelo de la SSA para las zonas de pobreza urbana “Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, 1981”. Si bien estos programas realizaron innovaciones importantes, la persistente dualidad entre seguridad social y asistencia pública siguió manifestando la fragmentación del sistema mexicano de salud, con su carga de duplicidad, ineficiencia e inequidad.

En la búsqueda de fórmulas que contribuyeran a la eventual integración de los servicios de salud, a partir de 1983 se instrumentaron diversas iniciativas, entre las que destacan el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En el marco de estas reformas comenzó la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA. Estas iniciativas fueron apoyadas por una política de formación de recursos humanos dirigida a remediar los desequilibrios de la década previa y una política de impulso a la investigación.

Si bien es de simple justicia histórica reconocer que durante el último medio siglo las instituciones de salud contribuyeron en gran medida a mejorar la salud de los

mexicanos, es también necesario admitir que se deben superar sus innegables atrasos y adaptarse a las rápidas transformaciones que experimenta el país.

Son estas consideraciones las que en el momento actual dan impulso a una *tercera generación de reformas*, que apunta hacia la sustitución del viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, participativo y plural.

El Programa Nacional de Salud 2000-2006, reconoce que el Sistema Nacional de Salud en México, enfrenta tres grandes retos que son: el de la equidad, el de la calidad y el de la protección financiera⁹.

El reto de la equidad.

El reto de la equidad obedece al rápido cambio de los perfiles de salud que se han dado con la prevención epidemiológica y al hecho de que esta transición se ha dado con enorme desigualdad entre las distintas regiones del país y entre los distintos grupos sociales.

Para responder al reto de equidad, el gran objetivo es abatir las desigualdades en salud y no basta solamente subir el nivel promedio, lo cual no deja de ser importante; hay, además, que reducir las desigualdades y para esto, en el Programa Nacional de Salud, se identificaron tres grandes estrategias.

Primera, vincular a la salud con el desarrollo económico y social, lograr no sólo una política de salud en el sector especializado, sino una política saludable en todo el quehacer gubernamental: políticas que promuevan la salud en todos los ámbitos del quehacer.

⁹ Programa Nacional de Salud 2001-2006, México 2001 Poder Ejecutivo Federal.

Segunda, un ataque frontal a los rezagos en salud que afectan hoy a los pobres, consolidando programas de extensión de cobertura.

Tercera, enfrentar al mismo tiempo los retos emergentes que ya existen; este es el doble reto de la transición, los severos rezagos representados por las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva y al mismo tiempo, estar enfrentando los problemas emergentes, representados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos problemas emergentes, por cierto, son más comunes entre la población pobre y por ello es que es parte del gran objetivo de reducir la desigualdad.

El reto de la calidad.

El reto de calidad tiene que ver con el desempeño heterogéneo en materia de prestación de servicios de salud y con el trato que recibe la población, al hacer uso de esos servicios.

Este reto contiene dos grandes dimensiones: la técnica, cuyo objetivo es claramente el objetivo de todo sistema de salud, elevar el nivel general de salud y una dimensión interpersonal, que orienta a garantizar un trato adecuado. La primera busca enfrentar los problemas con definiciones explícitas de prioridades y la segunda se expresa en la estrategia que da sustento a la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

El reto de la protección financiera.

Por último, la protección financiera estriba en la inseguridad y el riesgo de experimentar gastos catastróficos al atender la salud.

El tercer reto persigue un objetivo fundamental de todo sistema de salud: asegurar la justicia del financiamiento y para ello se cuenta con la gran estrategia de brindar protección financiera a toda la población.

Estos tres retos tienen un determinante común que es de alguna manera, el reto de los retos, que es la inversión insuficiente que en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en México, lo cual ha generado que se acumulen una serie de rezagos. Para ilustrar este concepto conviene revisar la inversión que en el año 2000 hizo México como proporción de su PIB y constatar que dicha inversión en salud es insuficiente.

En el cuadro siguiente se muestran cifras de ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB en seis países seleccionados de América Latina. En éste se observa como México, con ingresos per cápita superiores a Brasil y Costa Rica, tiene un gasto en salud inferior al de esos 2 países y esa situación se repite al compararlo con Argentina y Chile, solo que estos también le superan en ingreso per cápita¹⁰.

Cuadro No. 1.1 Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina.

País	PIB per cápita US \$	Gasto en salud como proporción del PIB
México	8 540	6.1
Argentina	9 230	9.5
Brasil	7 250	7.6
Colombia	5 870	5.5
Costa Rica	8 260	7.2
Chile	9 180	7.0

¹⁰ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2005 "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud". México: OCDE.

Si se compara el gasto en salud como porcentaje del PIB en relación a los países de la OCDE de la cual México forma parte, la desproporción es mayor. En el año 2002, México, con 6.1%, solo quedó por encima de la República Eslovaca y Corea y por debajo de 26 países que ese mismo año, destinaron entre 14.6% y 6.2% de su PIB al gasto en salud⁷.

El origen de esta subinversión en materia de salud es la débil base fiscal de nuestro sistema económico. En México, la carga fiscal como porcentaje del PIB está entre las más bajas del mundo¹¹.

Esta es la motivación fundamental del gran cambio que se discute ahora en el país: la nueva hacienda pública distributiva. En materia de salud este es el primer elemento fundamental de la respuesta a los retos, es aplicar los resultados de una reforma hacendaria en materia de salud, que significa generar más dinero para la salud¹².

El gasto de bolsillo es la forma menos indicada de financiar los sistemas de salud porque introduce severas restricciones al desarrollo del sistema nacional. Lo es por tres razones: primero, porque hay un elemento de incertidumbre que existe siempre en el campo de la salud y expone a las familias a gastos potencialmente catastróficos. En segundo lugar, porque le quita al usuario la posibilidad de ser un usuario informado, dado que cuando se presenta el episodio de enfermedad, difícilmente asume comparar la calidad y exigirla. Y tercero, porque el hecho mismo de estar enfermo merma la capacidad de generar ingresos. El pago de bolsillo es, en efecto, un mecanismo que exige a la gente que pague cuando menos puede hacerlo¹³.

¹¹ Frenk J. Desempeño del Sistema Nacional de Salud. México 2001. Localizable en <http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss>

¹² Idem

¹³ Torres A.C. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México 1992-2000. México. Disponible en <http://funsalud.org.mx>

El segundo componente de la reforma, es la reforma estructural en salud. No basta con tener más dinero para la salud, es necesario generar más salud por el dinero y estas son las dos caras de la moneda que determinan el desempeño de un sistema de salud. Para ello el Programa Nacional de Salud 2000-2006 plantea cinco estrategias sustantivas que se relacionan directamente a los retos ya referidos y que definen los objetivos del sistema de salud, mismos que son la base para medir su desempeño:

- 1. Alcanzar la federalización efectiva en materia de salud.** Tras los grandes avances de una política de descentralización de Estado que lleva cerca de 15 años en el país, ahora hay que consolidar y dar lugar a un esquema de federalización efectiva en todos los ámbitos.
- 2. Fortalecer el papel rector de la SSA.** Toda vez que el sector salud se compone por una diversidad de instituciones públicas y privadas, es indispensable que la rectoría recaiga exclusivamente en una de ellas y esto le corresponde a la Secretaría de Salud. Esta estrategia constituye uno de los puntos en que coinciden las acciones de reforma emprendidas en diversos países latinoamericanos.
- 3. Consolidar un sistema universal en salud.** Que no significa contar con un sistema monolítico en salud, sino que sea universal, aunque se mantenga la diversidad de fuentes de financiamiento que deriva de nuestro régimen jurídico, donde se permita cada vez más la desagregación en el acceso a los establecimientos para la prestación de los servicios.
- 4. Ampliar la libertad de elección y la participación ciudadana.** Estos son conceptos fundamentales, centrales al gran concepto que engloba esta reforma, que es la democratización de la salud. La libertad de elección no sólo es un derecho, sino además tiene un valor instrumental porque se

vuelve una de las señales más claras de satisfacción que la población le dé a los prestadores de servicios.

- 5. Fortalecer la inversión en infraestructura física, recursos humanos y el conocimiento.** Aquí es donde se concentra gran parte del rezago y la subinversión y se expresa en la carencia de infraestructura física, sobre todo en el segundo y el tercer nivel de atención, en problemas de desequilibrio para los recursos humanos, además de una subinversión muy importante en materia de investigación y desarrollo. Invertir en conocimiento es una de las grandes estrategias para lograr los objetivos de un sistema de salud.

1.3. Sistema Estatal de Salud.

En la década de los noventa, en el contexto de la tercera generación de reformas del Sistema Nacional de Salud, se impulsó la descentralización de los Servicios de Salud que, entre otras cosas, facilita la adopción de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional y de los Sistemas Estatales de Salud.

A mediados de esa década, tuvo lugar un gran acontecimiento en el Sistema Nacional de Salud y consecuentemente en el Sistema Estatal de Hidalgo, cuando la Secretaría de Salud Federal, transfirió al Gobierno del Estado diversas atribuciones en materia de salud, constituyéndose el Organismo Público Descentralizado (OPD) denominado Servicios de Salud de Hidalgo.

Hasta entonces, la Secretaría de Salud Federal operó a través de una representación suya en la entidad denominada Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Hidalgo (SCSPEH). Este organismo, sus atribuciones en materia de prestación de servicios y de rectoría en salud en el ámbito estatal, así como sus recursos humanos, materiales y financieros, fueron transferidos al Gobierno Estatal en el año de 1996; dicha transferencia se formalizó en el marco

del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización¹⁴ y el Decreto de creación del OPD Servicios de Salud de Hidalgo, nueva denominación de los antiguos SCSPEH¹⁵.

Posteriormente, en el año 2005 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública del Gobierno Estatal y en virtud de la modificación del artículo 13 y la adición del 30 Ter, se creó la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo¹⁶. De esta manera adquiere mejor configuración el Sistema Estatal de Salud y se dan las condiciones para que el OPD concentre sus recursos en funciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, en tanto que la Secretaría de Salud del Estado asume las responsabilidades de rectoría.

En Hidalgo, el Sistema Estatal de Salud existe y actúa de conformidad con el marco legal que establecen la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo y el Reglamento del Sistema Estatal de Salud.

La Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, establece en su artículo primero “el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo octavo de la Constitución Política del Estado de Hidalgo, establece las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por las instituciones y la participación de los Municipios en la prestación de servicios”¹⁷.

Por su parte, el Reglamento del Sistema Estatal de Salud, en su Capítulo 1 Disposiciones generales, Artículo 2º, define al Sistema Estatal de Salud y su objeto como “la instancia permanente de coordinación de dependencias y organismos públicos desconcentrados y descentralizados tanto del Estado Federal

¹⁴ Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en el Estado, Periódico Oficial en el Estado, Tomo CXXIX, No. 47 Bis 18 de noviembre de 1996.

¹⁵ Decreto Gubernamental por el que se crea el Organismo Público Descentralizado “Servicios de Salud de Hidalgo” Periódico Oficial en el Estado, Tomo CXXIX, No. 47 Bis el 18 de noviembre de 1996.

¹⁶ Decreto No. 428 que reforma y adiciona la Ley Orgánica del Estado de Hidalgo y crea la Secretaría de Salud en el estado. Periódico Oficial del Estado 28 de febrero de 2005.

¹⁷ Decreto No. 301 que contiene la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, Periódico Oficial en el Estado, Tomo CXXXVII No. 35 Bis 30 de agosto de 2004.

como del Estado y los Municipios, así como personas físicas y morales que prestan servicios de salud en el territorio hidalguense y de aquellos con injerencia en la formación de recursos humanos para el sector”¹⁸.

Su objeto es “dar definición y congruencia global a los programas estatales en cumplimiento al derecho de protección a la salud, ejerciendo las facultades que en la materia le correspondan al Gobernador del Estado como autoridad sanitaria”.

Parte integrante de este Sistema, el Sector Salud en la entidad se compone por instituciones de seguridad social, representadas fundamentalmente por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

La atención a la población no derechohabiente está a cargo de la Secretaría de Salud de Hidalgo a través de los Servicios de Salud de Hidalgo (SSH), que también atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud; el IMSS en su modalidad Oportunidades; Hospital del Niño DIF; Cruz Roja Mexicana; así como la medicina privada y tradicional.

Para brindar servicios de salud, estas instituciones cuentan con la capacidad instalada que se desapega más adelante y a través de ella, se desarrollan acciones dirigidas a su población de responsabilidad, que debidamente articuladas, tienen como propósito proteger, conservar y mejorar las condiciones de salud de los hidalguenses.

¹⁸ Reglamento del Sistema Estatal de Salud en el Estado de Hidalgo, Periódico Oficial del estado 1ª de septiembre de 1997 en el Tomo CXXX No. 35

Cobertura del sector

La población del Estado de Hidalgo es de 2'396,201 habitantes, con predominio del sexo femenino por cuatro puntos porcentuales más.¹⁹

De ese total, el 56.2% es población no derechohabiente, es decir, que recibe servicios de salud bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud de Hidalgo.

A partir de Julio de 2002, se instrumentó en el Estado el Seguro Popular de Salud, teniendo un logro de afiliación de 6,154 familias; y en enero de 2004 entraron en vigor las modificaciones a la Ley General de Salud en Materia de Protección social en Salud y es el 16 de enero de ese mismo año, en que se firmó el Convenio de Coordinación entre el Estado y la Federación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado; teniendo los siguientes avances:

Cuadro No. 1.2. Sistema de Protección Social en Salud en el Estado

Seguro Popular	2002	2003	2004	2005	2006
Familias Afiliadas	6,154	19,893	43,945	86,815	141,861
Municipios Incorporados	3	20	34	37	58
Hospitales Incorporados	2	4	7	7	12
Unidades de 1er nivel	22	54	132	193	348

Otra fracción importante de población sin seguridad social, que equivale al 16.8%, se atiende a través del programa IMSS Oportunidades; por su parte, el DIF ofrece

¹⁹ Estimaciones CONAPO. Con base al II Censo de Población y Vivienda 2005. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/IMU2005/AnexoC.pdf>

servicios hospitalarios a través de una unidad especializada para población Infantil. Ver cuadro No. 1.3.

Cuadro No. 1.3 Cobertura de la población por institución, 2007

Cobertura	Total
No derechohabiente	73%
- SSH	56.2%
- IMSS Oportunidades	16.8%
- Seguro Popular	9%
Derechohabiente	27%
- IMSS RO	18.9%
- ISSSTE	6.7%
- PEMEX	1%
- OTRAS	0.4%

Fuente: Regionalización Operativa 2007. Servicios de Salud de Hidalgo

Para el año 2007, sólo 647,937 personas están afiliadas a la Seguridad Social representando el 27% de la población total, distribuidas de la siguiente manera: el IMSS en su régimen ordinario agrupa a 453,750 que representan 18.9%; el ISSSTE a 161,336 que significan 6.7%; PEMEX con 22,678 habitantes (1%), y otras instituciones representan el 0.4% con 10,173 personas en total.

Infraestructura de servicios

Merced a que se han incrementado las funciones de rectoría en materia de salud, los Servicios de Salud de Hidalgo han sufrido una transformación intensa que derivó en la creación oficial de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo a través del decreto correspondiente.

Los trabajos en las áreas jurídica, normativa y organizacional que se llevan actualmente a cabo, deberán tener como resultado dos organismos bien diferenciados, separados orgánica y funcionalmente: la Secretaría de Salud, cuyas

funciones son de rectoría y los Servicios de Salud de Hidalgo con funciones de prestación de servicios.

De acuerdo a niveles de atención, los Servicios de Salud de Hidalgo cuentan para el 2007 con 467 unidades de primer nivel, 3 unidades móviles, 157 equipos de salud itinerantes; 13 hospitales de 2do. nivel de atención y un hospital de especialidad en salud Mental, que conforman un total de 497 camas censables y 1,394 no censables.

Así mismo, el IMSS cuenta con 219 unidades de primer nivel, 7 Hospitales Generales de Zona, en el régimen ordinario y 4 en el programa Oportunidades; por su parte ISSSTE cuenta con 33 unidades de primer nivel y 3 de segundo nivel de atención, representando 122 camas censables y 117 no censables. El DIF opera a través del Hospital del Niño DIF, el cual dispone de 59 camas censables y 31 no censables; PEMEX cuenta con 1 una unidad de segundo nivel que dispone de 12 camas censables y 9 no censables.

Con esta estructura se busca aumentar la cobertura de atención a la población Hidalguense, cabe mencionar que están en construcción 1 Hospital de atención Pediátrica para sustituir al Hospital del Niño DIF y dos Hospitales Generales, uno de 30 camas en la huasteca y uno más en Ixmiquilpan que sustituirá con el doble de su capacidad, al que opera actualmente con 30 camas.

Cuadro No. 1.4 Infraestructura en salud por institución, 2007

Institución	Tipo de unidad		Tipo de Camas	
	1º	2º	Censables	No censables
SSH	467	13	497	1,394
IMSS	219	11	N/D	N/D
ISSSTE	33	3	122	117
DIF		1	59	31
PEMEX		1	12	9

Fuente: SINERHIAS 2005. Servicios de Salud de Hidalgo

Productividad

La conformación y operación de los Sistemas de Salud, independientemente del modelo que adopten, se relaciona con tres elementos fundamentales:

- a). las necesidades de la población
- b). los servicios para satisfacerlas
- c). la protección financiera para satisfacerlas

El análisis de la productividad de los servicios es útil para buscar el equilibrio entre los elementos mencionados.

En el sector salud, el promedio de consultas diarias por médico fue de 13, cifra ligeramente menor al estándar nacional de 14 consultas diarias.²⁰

En lo que respecta al número de cirugías por quirófano todas las instituciones que conforman el sector mostraron una tendencia estable, con ligeras variaciones, siendo el promedio de cirugías diarias por quirófano de 2.5, ubicándose por debajo de la nacional que es de 3.

d. Disponibilidad de recursos

El número de profesionales de la salud en el país y su distribución geográfica son indicadores muy sensibles para valorar la capacidad de los sistemas para prestar y extender los servicios de salud entre su población.

Al hablar de la plantilla de personal, para el año 2007 la Secretaría de Salud cuenta con un total de 9,967 recursos humanos, de ellos el 53.3% son

²⁰ Dirección General de Evaluación del Desempeño. 2005. Secretaría de Salud.

representados por el área médica y paramédica, tanto de primer como de segundo nivel de atención, y el resto lo conforman las áreas afines y administrativas.²¹

Relacionado con lo anterior, la disponibilidad de médicos por 1,000 habitantes es de 1.7, en la participación del personal de enfermería se tiene 2.2 enfermeras por cada 1000 habitantes, ambas cifras por debajo de la nacional que es de 1.28 y 1.81 respectivamente.²²

En el IMSS, los recursos humanos corresponden en un 80% a las áreas médica y paramédica y el resto lo conforman personal en áreas administrativas y afines.

Para el ISSSTE se presenta una plantilla de 652 recursos del área médica y paramédica representados por un 15% para primer nivel y un 85% para segundo nivel respectivamente; referente al personal de área administrativa y afín el 11.6% es para el primer nivel y el 88.4% para segundo nivel.

Para el Hospital del Niño DIF su plantilla la componen 395 recursos humanos del área médica y paramédica y 123 recursos de áreas afines y administrativas.

En el caso de PEMEX, 174 recursos humanos lo componen el área médica y paramédica, de los cuales el 48% le corresponde al primer nivel y 52% a segundo nivel; en las áreas administrativas y afines se encuentra un total de 116 recursos humanos correspondiendo el 50% para cada uno de los niveles de atención.

²¹ Sistema de Información para la Infraestructura, Recursos Humanos y Equipamiento para la Atención de la Salud (SINERHIAS) 2007

²² Indicadores construidos con datos del Sistema de Información para la Infraestructura, Recursos Humanos y Equipamiento para la Atención de la Salud (SINERHIAS) 2007 y Proyección Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2007.

Capítulo II

Diagnóstico

II. Diagnóstico.

1. Condiciones de Salud

1.1 Aspectos geográficos

Todos los componentes del ambiente físico y social, influyen de manera significativa en la salud del hombre y se convierten en factores favorables para la salud o en riesgos para ella, por lo tanto, constituyen el contexto que condiciona el proceso salud–enfermedad de la población que se expresa a través del perfil epidemiológico local.

El Estado de Hidalgo ocupa un territorio equivalente al 1% de la superficie total de la República Mexicana, su suelo es montañoso en el 70%, debido al cruce de la Sierra Madre Oriental. En él se identifican 4 zonas ecológicas bien definidas: el Altiplano, el Valle del Mezquital, la Sierra y la Huasteca, situación que condiciona en gran medida las formas de vida de los hidalguenses, ya que son la base de una gran biodiversidad e influyen en la población, marcando la pauta para su caracterización desde las perspectivas etnográficas y socioculturales.

En el terreno de la salud, esto se refleja a través de riesgos diferentes, grado de dificultad variable para llevar servicios de salud a la comunidad y actitudes distintas ante la enfermedad, lo cual exige diversificar también las estrategias de abordaje de los problemas para cada región.

a. Clima

El Estado registra gran variedad de climas, que van desde el cálido húmedo con lluvias todo el año de la región Tepehua colindante con el Estado de Veracruz, hasta el seco semicálido de una parte del Valle del Mezquital; sin embargo, en 3 tipos de clima se concentra el 77% del territorio Estatal:

- Semiseco templado: 32.4% de la superficie estatal.
- Templado subhúmedo con lluvias en verano: 31.5% de la superficie estatal.
- Semicálido húmedo con lluvias todo el año: 13.2% de la superficie del Estado.

El promedio de temperatura anual varía de acuerdo a las diversas regiones del Estado, el extremo más bajo, se localiza en el Municipio de Real del Monte con 11.7°C, la capital del estado presenta una temperatura media anual de 14.8°C.

b. Precipitación pluvial anual

De conformidad a las estaciones meteorológicas establecidas en la entidad, la Comisión Nacional del Agua reporta los registros más altos de precipitación pluvial en Tlanchinol, con un promedio anual de 2,210.5 mm., mientras que Ixmiquilpan apenas alcanza los 346.9 mm. por año; para Pachuca se registra una precipitación de 378.8 mm. por año, la segunda más baja del Estado.

c. Uso potencial de la tierra

El 43.92% de la superficie estatal está dedicado a la agricultura, con una producción básica de frijol, chile, maíz, alfalfa y trigo. De esta superficie, en el 34.86% se emplean técnicas básicas mecanizadas, 38.45% se trabaja a partir de tracción animal o manual y el 26.69% no es tierra apta para la agricultura.

Otra parte de la superficie total estatal está constituida en un 25.91% por bosque, un 14.15% de matorrales y el resto 16.02% por selvas, pastizales y tierra dedicada a otros tipos de uso.

d. Disposición de desechos sólidos

De acuerdo a la información aportada por el Consejo Estatal de Ecología, para el año 2003 se dispuso de un total de 106,843 hectáreas de tiraderos de basura a suelo abierto y 58,500 hectáreas de relleno sanitario, en los 84 municipios de la entidad y se recogieron 354,103 toneladas de basura con la ayuda de 269 vehículos recolectores.

1.2 Aspectos demográficos

En Hidalgo, a partir de la década de los años 30, se observa un importante crecimiento demográfico, asociado al crecimiento natural como resultado del descenso sostenido de los índices de mortalidad y el incremento de la natalidad que en los últimos años se ha venido modificando por los efectos de los programas de planificación familiar. En consecuencia, la entidad tiene una población predominantemente joven, con mayor proporción en el grupo de edad productiva; en comparación con el año 1990, para el año 2000 la pirámide se estrechó en un 2 % en su base, donde se sitúa el grupo de edad de cero a cuatro años, y 3.6% en los grupos de cinco a catorce años; en esta década aumento en 0.9% el número de personas de 65 y más años. Como resultado del decremento de la natalidad se ha contraído el grupo de los menores de 14 años y en contraparte, la población de 15 a 64 se incrementa, lo cual se traduce en envejecimiento de la población, la que además de demandar pensiones, requiere de una atención de mayor complejidad debido a las enfermedades que experimenta. Ver Cuadro No. 2.1

Cuadro No. 2.1 Población predominante.

Grupo de edad	1960	2000
0 a 14 años	45 %	35.4 %
15 a 64 años	51 %	58.4 %

Hasta la década de los 70, en México y también en el estado de Hidalgo, la tasa global de fecundidad que representa el promedio de hijos por mujer, permaneció elevada, posteriormente descendió para el año 2000 el promedio de hijos por mujer fue menor en el estado de Hidalgo, que el promedio nacional. Ver Cuadro No. 2.2

Cuadro No. 2.2 Tasa global de fecundidad

	1970	1990	2000
México	6.4	2.9	2.49
Hidalgo	6.9	3.2	2.41

Este cambio se debe a que las políticas de población y de salud reproductiva establecen dos ejes centrales, el primero de ellos, una visión global de concientización a la población para que mediante consentimiento informado, decidan de manera voluntaria el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre uno y otro hijos. El segundo eje lo constituye la obligatoriedad que tienen los establecimientos de salud, de poner al alcance de las usuarias en forma gratuita métodos anticonceptivos modernos para respaldar la libre decisión de las parejas.

La población total para el año de 2000 fue de 2'235,591 habitantes. Su distribución en las 4,596 localidades que integran la entidad se muestra en el Cuadro No. 2.3 en donde se hace evidente la gran dispersión de la población.

Cuadro No. 2.3. Dispersión de la Población

Rango de población	% de localidades	% de población
De 1 a 99 habitantes	47.9 %	3.09 %
De 100 a 2,499 habitantes	49.9 %	47.50 %
+ de 2,500	2.2 %	49.41 %

Es poco significativa la diferencia proporcional entre la población urbana y la población rural; pero esta última se encuentra dispersa en más de 4500 comunidades, la mayoría de difícil acceso en la sierra y la huasteca, en tanto que la mayor parte de población urbana se concentra en menos de 15 ciudades del altiplano.

El XII Censo de Población y Vivienda 2000, registró un total de 337,569 hidalguenses de 5 y más años que hablan lengua indígena, los cuales representan 15.09% respecto a la población total. Las etnias predominantes son: Náhuatl, en la Sierra y Huasteca; Otomí Hñahñu en el Valle del Mezquital y Tepehua, también en la Sierra.

A nivel regional, Huejutla, Ixmiquilpan y Molango tienen los porcentajes más elevados de hablantes de lenguas indígenas, con 78.7%, 57.1% y 39.8% de sus respectivas poblaciones.

Considerando la demografía de nuestro estado y la universalidad como criterio para la prestación de los servicios de salud a población sin seguridad social, se amplió la cobertura a las regiones más pobres en las que se encuentra ubicada la mayor parte de los grupos indígenas. Con la incorporación de prestadores de servicios autóctonos de la región: profesionales, técnicos, auxiliares, entre otros, que comparten lengua e idiosincrasia, se ha fortalecido el modelo de atención a la salud, logrando prácticas exitosas al fungir ellos como los principales voceros para el convencimiento de la población en el desarrollo de prácticas de auto cuidado, de detección y tratamiento de enfermedades.

1.3 Aspectos socioeconómicos

a. Vivienda y sus servicios

La vivienda es el entorno inmediato de la familia y cuando no reúne condiciones favorables, constituye riesgos para la salud en mayor o menor grado. Particularmente, agua intradomiciliaria y drenaje son servicios básicos estrechamente relacionados a las condiciones de salud que no están disponibles en un gran número de viviendas.

Según el INEGI las condiciones de tenencia, el 84.5% de las viviendas son propias, un 8.39% rentada y el 0.44% no pudo especificarse.

Describiendo de manera conjunta la disponibilidad de servicios, el 65.71% de las viviendas disponen de los tres servicios; el 62.0 % cuenta con drenaje, el 80.3 % cuenta con agua entubada y el 92.1 % con energía eléctrica.

b. Empleo y economía familiar

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, para el año 2000 la población económicamente activa se representó por el 46.4% del total; por sexo la diferencia es muy marcada pues un 69.9% corresponde a los hombres en relación a las mujeres; el 65.2% subsisten con menos de 2 salarios mínimos, lo que significa precaria condición en el rubro y alta vulnerabilidad a la enfermedad por insuficiencia de factores de protección.

Con relación a la ubicación en el sector laboral, el 35.56% se ubica en el sector primario, un 22.15% en el secundario y el 41.16 en el terciario. No pudo especificarse el 0.13%.

c. Educación

La educación es un factor que tiene gran influencia en la salud de la población, y se asocia en gran medida con la forma en que la población adopta actitudes de autocuidado y de responder ante la enfermedad, así como en la demanda de servicios de salud. A mayor nivel de educación, siempre corresponden mejores

condiciones de salud, por ello cobra importancia que aún haya analfabetismo en la entidad y que su mayor proporción afecte a las mujeres.

De acuerdo a la información del Instituto Hidalguense de la Educación, para el ciclo escolar 2004-2005 el promedio de escolaridad de la población del Estado es de 7.24 años; en forma diferenciada es de 7.42 en hombres y 7.06 para las mujeres, superior a lo registrado en el año 2000 que fue de 6.7 el promedio de escolaridad en relación a 7.5 a nivel nacional para ambos sexos.

Según el XII Censo de Población y Vivienda del año 2000, la población analfabeta de 15 y más años de edad representó el 15.0% del total, el intercenso de 1995 muestra que el analfabetismo era de 16.9 %. Lo que permite afirmar que se ha mejorado progresivamente. Por sexo, el analfabetismo afecta más a las mujeres en un 63.37 %.

1.4 Transiciones.

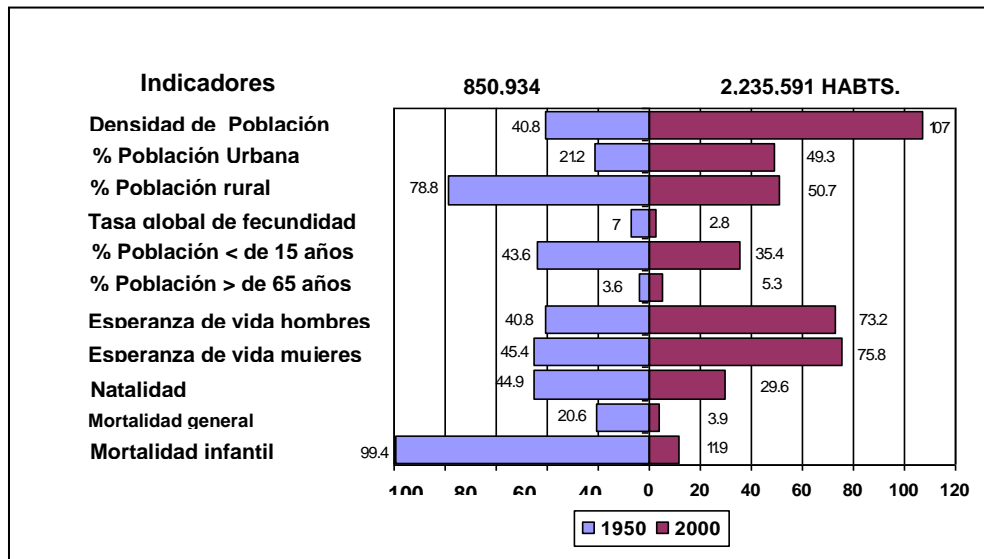
a. Transición demográfica

La salud y la enfermedad son el resultado de la interacción del hombre con su entorno biológico, socioeconómico y cultural, no son estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al medio. Hidalgo al igual que el país atraviesa por una intensa transformación que muestra cambios y grandes contrastes en aspectos demográficos, culturales, educativos, económicos, políticos y sociales.

Para ilustrarla en el estado, se comparan los indicadores demográficos de 1950 con los del año 2000 (gráfica 1), se observan cambios de enorme trascendencia tales como: crecimiento de población 2.6 veces, disminución de la mortalidad general de 81% al pasar de 20.6 a 3.9 por 1 000 habitantes y de 88% de la mortalidad infantil de 99.4 a 11.9 por 1,000 nvr, que en combinación con el

descenso acelerado de la fecundidad (el número promedio de hijos disminuye de 7 a 3), contribuyen al aumento de la esperanza de vida, y al aumento de la proporción de personas mayores de 65 años.

Gráfica No. 2.1 Transición demográfica. Estado de Hidalgo, 1950 - 2000



Gráfica No. 2.1 Transición demográfica en el Estado de Hidalgo, 1950 – 2000, fuente: Censo General de Población y Vivienda 1950 – 2000.

Otro proceso demográfico importante es el aumento de la densidad de población de 41 a 107 habitantes por kilómetro cuadrado, más del doble entre 1950 y 2000.

Es un hecho incontrovertible que el desarrollo, y en particular el desarrollo económico, ha contribuido a mejorar la salud y prolongar la vida, esto se pone de manifiesto en la reducción gradual de la mortalidad, de manera que la esperanza de vida al nacer en la población, particularmente en la mujer, haya pasado de 41 años en el periodo de los 50 a 73 años en este nuevo siglo.

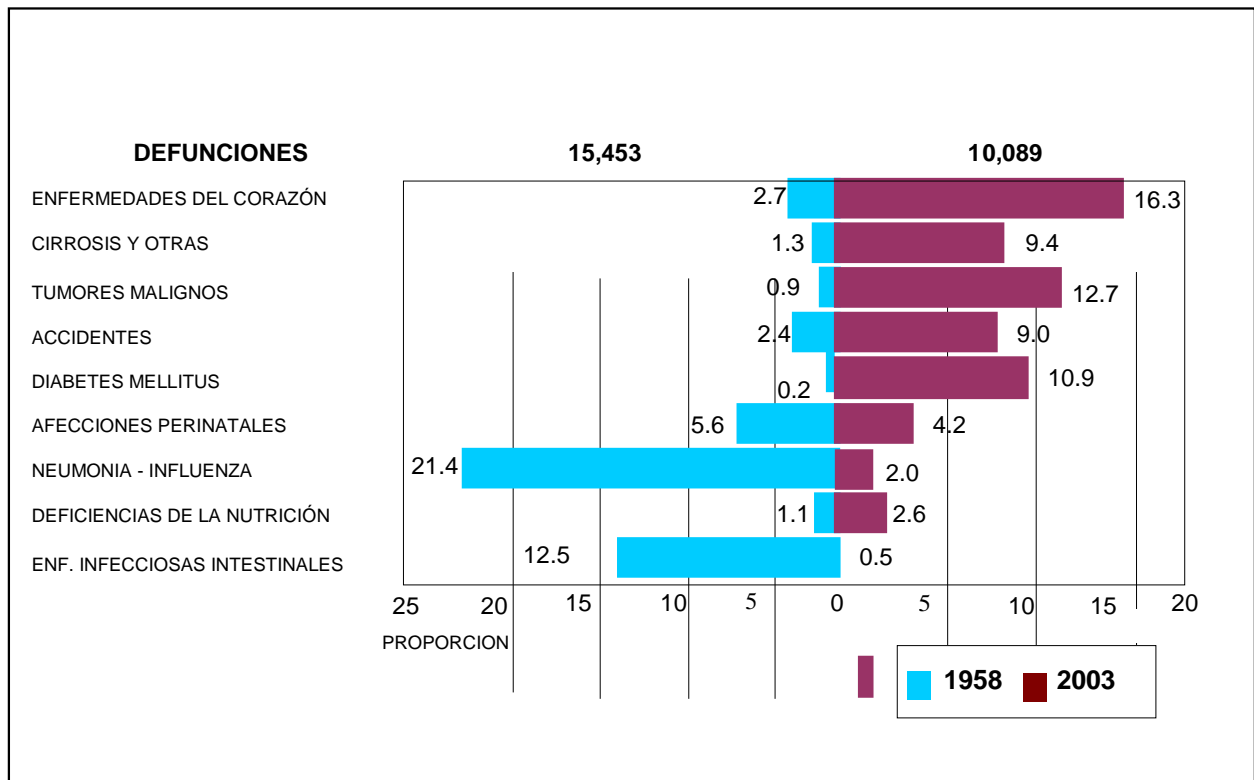
b. Transición epidemiológica

El peso de la enfermedad como causa de muerte también ha cambiado en la población hidalguense, ya que las enfermedades transmisibles que ocuparon hace

casi cinco décadas los primeros lugares y la mayor proporción, han sido desplazadas por patologías no transmisibles y accidentes.

Entre 1958 y 2003 el porcentaje de defunciones debido a Infecciones Intestinales disminuyó 25 veces, la Neumonía e Influenza 11 veces, mientras que las muertes por Diabetes Mellitus, Tumores Malignos, Cirrosis y Enfermedades del Corazón aumentaron 55, 14, 7 y 6 veces respectivamente. De mención especial son los accidentes cuyo peso en el total de defunciones se incrementó 4 veces hasta 1997, a partir de entonces la proporción es la misma (Gráfica No. 2.2).

Gráfica No. 2.2 Principales causas de muerte. Estado de Hidalgo, 1958 - 2003



Gráfica No.2.2 Principales causas de muerte en el Estado de Hidalgo, 1958 – 2003, fuente: Censo General de Población y Vivienda 1950 – 2000.

1.5 Desigualdades en daños a la salud y enfermedades emergentes.

a. Morbilidad por demanda

Uno de los rasgos distintivos del estado, al igual que en el país, es la distribución diferencial de los daños a la salud. Mientras que en las regiones y grupos de mayores ingresos se presenta un perfil similar al de algunos países europeos, en las regiones y grupos sociales en condiciones de pobreza el perfil es el característico de escaso desarrollo. Estas desigualdades se ven expresadas en la brecha existente en las tasas de morbilidad y mortalidad entre regiones y grupos poblacionales.

De las cinco principales causas de demanda para 2004 a nivel estatal, las tres primeras son de origen infeccioso: infecciones respiratorias agudas (IRAs), de vías urinarias e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas. El cuarto lugar lo ocupan las úlceras, gastritis y duodenitis y el quinto, amibiasis intestinal.

En todos los municipios, se mantienen las IRAs como primer motivo de consulta, en el segundo lugar las infecciones de vías urinarias en el 46.4% y en tercer lugar las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas en el 23.8%.

Las infecciones respiratorias agudas también son la primera causa de consulta por grupo de edad, siendo los grupos más afectados los de 1 a 4 años y de 5 a 14 años con una tasa de 8427 y 2864 por 10,000 habitantes del grupo de edad respectivo.

Se presentan variaciones por grupo de edad a partir de la causa de demanda que ocupa el segundo lugar, mientras para los menores de 15 años son las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, para los mayores de esa edad lo son las infecciones de vías urinarias.

Cabe destacar que, existen daños a la salud que no se encuentran dentro de las primeras cinco causas de consulta en la población general, pero si aparecen en grupos específicos, tales como la desnutrición leve, en los menores de un año y de uno a cuatro años, viéndose más afectado éste último grupo, con una tasa de 180 por 10,000 habitantes; otras afecciones inflamatorias de la vagina y la vulva, en el grupo de edad de veinte a sesenta y cuatro años con una tasa de 97 por 10,000 y la hipertensión arterial en la población de sesenta y cinco y más años, con una tasa de 148 por 10,000 habitantes.

Los grupos de edad con menor incidencia en cuanto a las patologías de notificación semanal y obligatoria son los de 5 a 14 y los de 15 a 19 años de edad.

La atención a los rezagos de la población infantil es uno de los objetivos fundamentales del presente programa. Actualmente se observan desigualdades, confiriendo a estas un carácter cualitativo, las regiones marginadas presentan un riesgo de morir en edades tempranas más alto que los ubicados en regiones urbanas, además padecen enfermedades que han sido superadas por el resto de la población, ello favorece que la brecha entre los distintos sectores de la población se mantenga e incluso llegue a incrementarse.

b. Mortalidad

México presenta niveles de mortalidad en menores de cinco años que se han reducido de 44.2 por cada 1000 nacimientos en 1990 a 25 en 2003. La mortalidad infantil, en el mismo periodo pasamos de 36.2 defunciones a 20.5

El promedio en América Latina y el Caribe es de 34 defunciones en niños menores de cinco años por cada mil nacimientos.

Al interior del país, se presenta un alto nivel de desigualdad. La mortalidad infantil más alta se observa en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo y Veracruz, estados con mayores niveles de marginación y pobreza.

En 2003 en estos estados el riesgo de morir fue de 60 por ciento superior respecto al conjunto de estados con niveles de marginación más bajos. Las variaciones al interior de algunas entidades federativas son aún mayores. En el estado de Hidalgo la mortalidad infantil en 1990, fue superior a 65 por cada 1,000 nacimientos estimados. En el año 2003 se estimó en 42 defunciones por cada 1,000 nacimientos registrados²³.

La mortalidad de los menores de un año es particularmente significativa, al referirse a un grupo de alta sensibilidad al ambiente. La tasa de mortalidad infantil²⁴ estatal, estimada con la aplicación de procedimientos indirectos por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI es de 32.91 por cada mil nacimientos y ubica al estado en el nivel tres de mortalidad en una escala de 1 a 7, (29.75 a 34.70), correspondiendo al nivel siete las más bajas tasas de mortalidad por entidad federativa²⁵.

Al interior del estado existen grandes diferencias ya que el municipio de Tepehuacán de Guerrero tiene una tasa de mortalidad de 64.37 por mil nacidos vivos, lo que le ubica en el nivel dos (58.11 a 72.76). Cinco municipios presentan tasa de mortalidad superior a 48.03 y hasta 58.10, son estos: Almoloya, Calnali, Huehuetla, Pisaflores y Xochiatipan. El 22.6 por ciento de los municipios se ubican en el nivel cinco (33.26 a 40.33); 19 municipios en el nivel siete (10.60 a 25.64), el 40.5 por ciento de los municipios se ubica en el nivel seis ya que presentan tasa de mortalidad infantil en el rango 25.65 a 33.25.

²³ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Resumen ejecutivo. Gabinete de Desarrollo Humano y Social. Gobierno de México 2005. Disponible en <http://www.contigo.gob.mx/docs/RESUMENEJECUTIVO.pdf>

²⁴ La Mortalidad Infantil en México 2000. INEGI. Disponible en http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mortalidadinfantil/00/mortalidadinfantil00.pdf

²⁵ Idem

La mortalidad infantil representa aproximadamente 85% de la mortalidad, en el menor de cinco años.

El peso de las defunciones neonatales respecto al total de las defunciones infantiles ha ido en aumento, lo que indica que cada vez es mayor el riesgo de que un niño muera durante su primer mes de vida.

Respecto a la estructura de la mortalidad, se observa una variación mayor, lo que implica un reto para la prestación de servicios de salud en nuestra entidad.

Las cinco principales causas de mortalidad general para 2003, en orden de importancia fueron enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades del hígado y accidentes. Las cuatro primeras causas son por enfermedades emergentes, patrón de mortalidad similar al descrito para países desarrollados. El análisis por municipio revela diferencias muy significativas.

Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en 45 municipios, las tasas más altas se tienen en Eloxochitlan, Mineral del Chico y Chapantongo; los tumores malignos en 18, destacan Ajacuba, Zapotlán de Juárez y Lolotla; las enfermedades del hígado en 11, Agua Blanca de Iturbide, Tasquillo y Omitlán de Juárez; y finalmente en 2 municipios la primera causa de mortalidad fueron los accidentes Tlahuelilpan y Acaxochitlán.

Las cinco principales causas incorporan a 14 patologías como se refiere a continuación: 3 transmisibles, influenza, neumonía y enfermedades infecciosas intestinales; 4 no transmisibles, insuficiencia renal, desnutrición y otras deficiencias de la nutrición, accidentes y epilepsia; 2 de etapa perinatal, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas; y 5

crónico degenerativas, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado, enfermedades cerebro vasculares y enfermedades del corazón.

Las enfermedades del corazón, se presentan en primer lugar como causa de muerte en la población de 65 y más años y en quinto en la de 15 a 64 años.

La mortalidad por tumores malignos, está en segundo lugar en los grupos de 1 a 4 años, 5 a 14 y 65 y más años y en tercer lugar en los de 15 a 64.

La diabetes mellitus se ubica como tercera causa en los de 65 y más años y cuarta causa en los de 15 a 64 años.

Destacan los accidentes en la mayoría de los grupos de edad, ocupando el primer lugar en los grupos de 1 a 4 años y 5 a 14 años, el segundo en el de 15 a 64 años y el tercer en menores de 1 año.

Resaltan enfermedades que aunque no están dentro de los primeros lugares como causa de muerte en la población general, son importantes en edades específicas, generalmente porque han descendido como resultado de las acciones del sistema de salud, tales como la influenza y neumonía en cuarto y quinto lugar en población menor de 1 año y de 1 a 4 años, con tasas de 0.3 por 1000 nacidos vivos registrados y 3.5 por 100,000 habitantes respectivamente; y la epilepsia como tercera causa de muerte en el escolar. Al igual que en todo el país las mayores tasas se registran en el grupo de 65 y más años, y las menores tasas en el grupo del escolar.

No obstante que la mortalidad infantil en el estado presenta en la última década un descenso importante, para el año 2003, aún registra cifras altas con relación a la nacional de 21.12 y 15.02 a 20.08 y 15.88, para niños y niñas respectivamente; lo que significa que el riesgo de morir es mayor en niños y niñas hidalguenses.

Recurriendo a tasas estandarizadas y datos preliminares del 2003 la probabilidad de morir por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebro vascular de 1.6 y 1.1 veces mayor en los hombres con respecto a las mujeres hidalguenses.

La probabilidad de morir por Diabetes Mellitus es muy similar entre mujeres y hombres hidalguenses, de 80.95 y 81.19 por 100,000 defunciones respectivamente.

La tasa de mortalidad por cirrosis hepática es superior en 72.1% para los hombres y 10.0% para las mujeres hidalguenses con respecto a la nacional, además, los hombres de nuestra entidad, presentan una probabilidad de morir por esta causa 3.4 veces mayor que las mujeres.

La mortalidad por enfermedad alcohólica del hígado aumentó de 23.2 por 100 000 habitantes en el 2000 a 32.3 en el 2004.

Las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidios y homicidios, aunque son inferiores a la nacional, presentan un incremento considerable en los últimos años, ubican a los hombres del estado de Hidalgo, con riesgo de morir por estas causas, con 4.18 y 6.51 por 100 mil habitantes y el de las mujeres de 0.46 y 0.92 respectivamente.

Respecto a SIDA las tasas estandarizadas son de 7.57 y 2.07 para los hombres y las mujeres respectivamente, ambas por debajo de la nacional. La razón hombre mujer es de 6:1 en el país y de 4:1 en Hidalgo.

Dentro de los Tumores Malignos, segunda causa de mortalidad general, destacan el cáncer cérvico uterino, el de mama y el de próstata. No obstante que el riesgo en Hidalgo es menor que a nivel nacional, estas enfermedades en conjunto afectan principalmente a la población de mujeres y hombres en edad productiva y postproductiva.

Respecto a la mortalidad por patología de salud mental, en ese mismo año se ubican en los 3 primeros lugares el síndrome de dependencia, intoxicación aguda y síndrome amnésico. La proporción por muertes relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento por grupos de edad es mayor en los de 65 y más años con 29%; le siguen en orden de importancia la población de 50-59 con 26.5% y después los de 25 a 44 años con el 22.2%.

Dentro de los problemas emergentes que no causan gran mortalidad pero si la pérdida de un importante número de años de vida saludable, alteraciones de la dinámica familiar y una carga económica considerable, destacan los trastornos neurológicos y de la salud mental. Con información de este bloque de padecimientos y solo para la población atendida por los Servicios de Salud de Hidalgo, sobresalen los trastornos depresivos, la epilepsia y los trastornos de ansiedad, ocupando los primeros 3 lugares con morbilidad de 41, 18 y 17 por 100,000 habitantes en el año 2004. El grupo más afectado por este tipo de padecimientos es el de 15 a 64 años.

No menos importantes son los efectos de la violencia en la salud contra las mujeres. La encuesta nacional 2003 refleja que es mayor en Hidalgo que a nivel nacional en lo que refiere a la infancia 46.50 vs 43.70; y menor por la pareja 16.30 vs 21.50 respectivamente. La mortalidad por violencia familiar es mayor en los menores de 5 años entre todos los grupos de edad. En este rubro se realizan esfuerzos importantes para dimensionar y atender el problema.

El Gobierno del estado de Hidalgo, a través de la Secretaría de Salud establece como objetivos centrales de desarrollo: reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

Para dar respuesta a este compromiso la Secretaría de Salud de Hidalgo establece en lo relativo a la salud infantil y la salud materna compromisos,

estrategias y líneas de acción que deberán ser concretados en proyectos específicos a efecto de contribuir en el logro de calidad de vida para el bienestar social.

Aun cuando muestra un significativo descenso la mortalidad materna es reconocida como un problema de salud pública y como una expresión de la desigualdad que prevalece en diversas regiones, de una tasa que fue de 65 por 100,000 nvr en 1990 y de 40 en el año 2000, en los últimos 3 años ascendió al igual que en el país. A este respecto, la brecha en comparación con los estados del norte de la república, aún es muy grande por citar Nuevo León es de 13.10, Sinaloa de 21.40, y la nacional de 65.20.

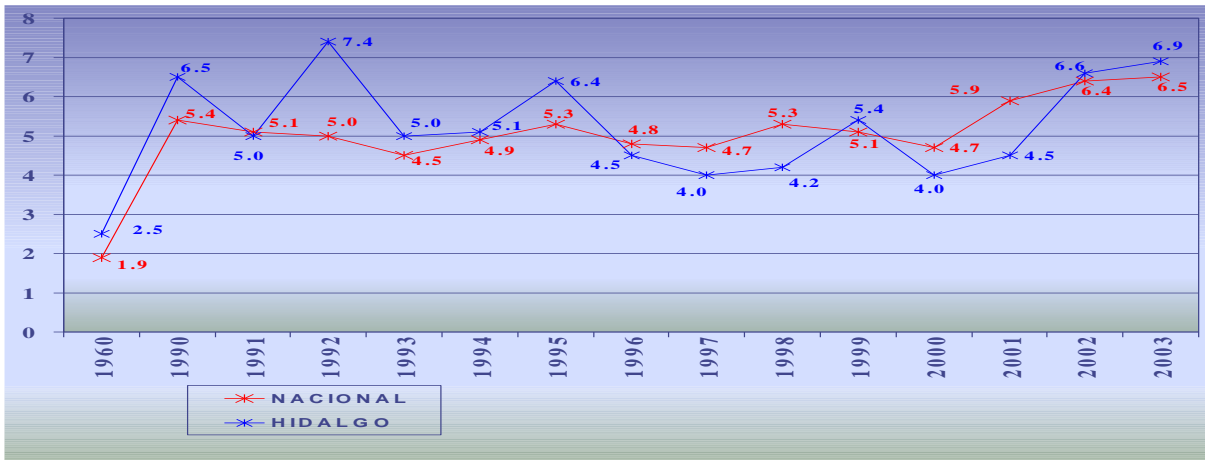
En 12 entidades federativas se concentra cerca del 75 por ciento del total de las defunciones maternas, con los niveles más altos en los estados del centro y del sureste del país, que en general son los que cuentan con los mayores índices de marginación, las menores coberturas de uso de anticonceptivos y de atención del parto por personal calificado.

Entre 1960 y el año 2001, en el estado de Hidalgo se registra un descenso de 80.3 por ciento. Sin embargo, a partir del año 2000 se registra una tendencia ascendente.

En el año 2003 la tasa de mortalidad materna del estado se ubica por arriba de la RMM nacional; 6.5 y 6.9 por cada cien mil nacidos vivos respectivamente²⁶ como se muestra en la Gráfica No. 2.3.

²⁶ Morbilidad y Mortalidad Materna Panorama Epidemiológico 1995 – 2004 y 2005 Subdirección de Epidemiología, Servicios de Salud de Hidalgo. Junio 2005.

Gráfica No. 2.3 Mortalidad Materna Nacional y Estatal. 1960 – 1990 - 2003



Gráfica No. 2.3 Mortalidad Materna Nacional y Estatal 1960 – 1990 – 2003, fuente: Base de datos INEGI 1960, 1999-2002, preliminar SEED 2003

1960 - 2001
HIDALGO ↓ EL 80.3%
PAIS ↓ 59.6%

37 municipios del estado de Hidalgo presentan excesos con relación a la RMM estatal, afectando a municipios con altos niveles de marginación de la sierra, huasteca, sierra gorda, región otomí-tepehua y valle del mezquital.

En el estado de Hidalgo durante el primer semestre del 2005 se han presentado 18 muertes maternas²⁷. La principal causa de defunción materna es el trastorno hipertensivo del embarazo, parto y puerperio; las hemorragias obstétricas son la segunda causa, y las complicaciones del aborto se han ubicado como la tercera causa.

Estimaciones²⁸ de las tasas de fecundidad específica²⁹ y global de fecundidad³⁰ realizadas en la Secretaría de Salud Hidalgo, establecen la existencia de municipios con tasa global de fecundidad (TGF) superior a 5 siendo estos; Pisaflores y Tepehuacán de Guerrero. Municipios con TGF superior a 4; Acaxochitlán, Huazalingo, Huehuetla, San Bartolo Tutotepec, Tenango de Doria,

²⁷ Morbilidad y Mortalidad Materna Panorama Epidemiológico 1995 – 2004 y 2005 Subdirección de Epidemiología, Servicios de Salud de Hidalgo. Junio 2005.

²⁸ Indicadores construidos a partir de los datos disponibles del XII Censo General de Población y Vivienda de 2000. Subdirección de Estadística e Informática. Servicios de Salud de Hidalgo.

²⁹ Idem.

³⁰ Idem.

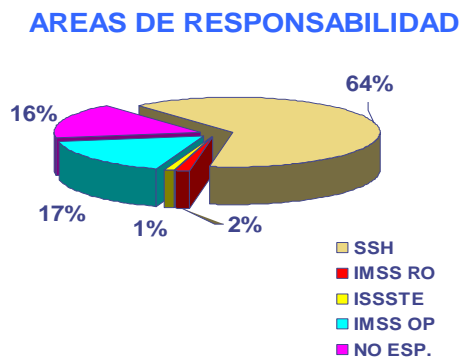
Tlanchinol, Xochiatipan y Yahualica, en algunos municipios aquí mencionados se han presentado las defunciones maternas.

El 42 por ciento de los municipios tiene una TGF igual o mayor de tres, y el 46 por ciento igual o superior a dos.

Por la alta trascendencia sociocultural, política, y de salud Pública la mortalidad materna está considerada como una de las más altas prioridades de este programa de salud.

El gráfico No. 2.4, muestra las defunciones maternas ocurridas en el periodo de 1999 a 2004, ahí se observa que del total de muertes, un 64% ocurren en las unidades médicas de los Servicios de Salud, el cuadro de la derecha precisa que la mayor proporción se presenta en edades productivas 20-35 años y de forma alarmante un 16.29% en población adolescente, donde en ambos casos representa la perdida en ocasiones del sustento económico, educativo y afectivo de los hijos, ocasionando un futuro incierto para estos últimos, de esta manera comprenderemos la importancia de abordar de forma implacable a este problema.

Gráfica No. 2.4 Defunciones maternas. Estado de Hidalgo, 1999 - 2004



Edad por Grupo Quinquenal	NO.	%
Menos de 15 años	1	0.56
15 a 19 años	29	16.29
20 a 24 años	35	19.66
25 a 29 años	34	19.10
30 a 34 años	37	20.79
35 a 39 años	27	15.17
40 a 44 años	12	6.74
45 y mas	1	0.56
No especificado	2	1.12
Total	178	100.00

Gráfica No. 2.4 Defunciones maternas en el Estado de Hidalgo, 1999 – 2004, fuente: INEGI 1999-2001, SEED 2002, 2003 y 2004 Preliminar, Listado Nominal 1999-2004

2. Los Servicios de Salud de Hidalgo.

De conformidad con el Decreto Gubernamental publicado el 18 de noviembre de 1996, los Servicios de Salud de Hidalgo son un Organismo Público Descentralizado (OPD), que tiene la doble función de otorgar servicios de salud a la población no afiliada a la seguridad social y ejercer la autoridad sanitaria en la entidad.

Los Servicios de Salud de Hidalgo desarrollan sus actividades gozando de autonomía y decidiendo sus prioridades para ejercer con responsabilidad los recursos que le son asignados. A la fecha y de manera sucinta, la descentralización implica lo siguiente:

- El Gobierno del Estado de Hidalgo asumió la responsabilidad de operar los establecimientos de salud que hasta 1996, eran a cargo de la Secretaría de Salud federal y con ello, pasaron a ser de competencia local funciones y atribuciones que fueron materia de salubridad general.
- Con ese motivo, la Secretaría de Salud federal transfirió al gobierno del estado de Hidalgo los recursos humanos y materiales que disponía la Secretaría de Salud, para la atención a la salud de los hidalguenses.
- Para mantener la operación del OPD, el nivel federal asigna recursos financieros a la entidad, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) inscrito en el Ramo 33 “Aportaciones Federales para las Entidades Federativas y Municipios”.

El OPD Servicios de Salud de Hidalgo tiene como instancia superior un Consejo Directivo que preside el C. Gobernador Constitucional del Estado y tiene como Consejeros Titulares a Secretarios del Poder Ejecutivo, un representante de los trabajadores y un representante de la Secretaría de Salud federal.

La actual estructura orgánica fue autorizada el 4 de agosto del 2005 por el Consejo Directivo de los Servicios de Salud de Hidalgo y consta de 155 puestos distribuidos de la siguiente forma:

OFICINAS CENTRALES

- 1 Secretario de Salud y Dirección General
- 3 Subsecretarías
- 11 Direcciones de Área
- 59 Subdirecciones de Área o equivalente
- 81 Encargado de Departamento

UNIDADES DESCONCENTRADA

- 13 Jurisdicciones Sanitarias en las que operan 475 Centros de Salud
- 12 Hospitales
- Villa Ocaranza
- LESP
- CETS
- Coordinación de Investigación
- Administración del Patrimonio

El personal de los SSH que hace funcionar esta estructura, actualmente se suma en 9,934 personas, que es un número muy elevado de trabajadores. Aunado a ello, la dispersión geográfica de las unidades administrativas y las aplicativas y la diversidad de operaciones que se realizan en éstas, dan lugar a una estructura orgánica conformada bajo el modelo clásico piramidal que se observa voluminosa, saturada y deja ver limitada funcionalidad. Anexo No. 1 Estructura Orgánica del OPD Servicios de Salud de Hidalgo.

Análisis FODA de la organización.

La matriz TOWS es una herramienta que sirve para analizar la situación competitiva de las organizaciones independientemente de sus dimensiones o complejidad. En español se le conoce como FODA. Esta matriz constituye un marco conceptual para un análisis sistemático que facilita aparear, las debilidades y fortalezas internas de la organización, con las amenazas y oportunidades externas³¹.

En la actualidad, la identificación de las fortalezas y debilidades de las organizaciones, así como de las oportunidades y amenazas presentes en las condiciones externas, se considera como una actividad común; lo que no se hace con frecuencia es la combinación de estos factores para generar distintas decisiones estratégicas. La matriz FODA permite sistematizar estas decisiones.

El vocablo FODA es un acrónimo formado por las iniciales de las palabras: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

La naturaleza cambiante de los factores externos e internos, en distinto grado según las circunstancias específicas, da lugar a que los diseñadores de estrategias elaboren varias matrices FODA correspondientes a distintos momentos. Puede comenzarse por un análisis FODA del pasado, luego uno del presente y se pueden construir distintos escenarios futuros.

³¹ Koontz Harold, Weihrich. (1998). "Administración, una perspectiva global". México: Mc Graw Hill.

El análisis de las condiciones internas y las externas da como resultado identificar cuatro estrategias que emergen de la matriz FODA.

Cuadro No. 2.4 Matriz FODA para la formulación de estrategias.

FACTORES INTERNOS FACTORES EXTERNOS	Fortalezas (S) Por ejem. cualidades administrativas, operativas, financieras, de investigación, etc.	Debilidades (W) Por ejem. vulnerabilidad en las áreas administrativas, operativas, financieras, de investigación, etc.
Oportunidades externas (O) Condiciones económicas presentes y futuras, cambios políticos y sociales, nuevos productos, servicios y tecnología.	ESTRATEGIA SO MAXI-MAXI Es potencialmente la más exitosa, que se sirve de las fortalezas de la organización para aprovechar las oportunidades.	ESTRATEGIA WO MINI-MAXI Por ejem estrategia de desarrollo para superar debilidades a fin de aprovechar oportunidades.
Amenazas externas (T) Por ejem escasez de energéticos, competencias y áreas similares a las del cuadro superior de "oportunidades"	ESTRATEGIA ST MAXI-MINI Por ejemplo, uso de fortalezas para enfrentar o evitar amenazas.	ESTRATEGIA WT MINI-MINI Por ejemplo atrincheramiento liquidación o sociedad en participación.

A continuación se muestran la matriz FODA de los Servicios de Salud de Hidalgo y las estrategias derivadas de la misma.

Cuadro No. 2.5. Matriz FODA

Fortalezas <ol style="list-style-type: none">1. Personal capacitado y comprometido.2. Presupuestos constantes.3. Alto desempeño.	Debilidades <ol style="list-style-type: none">1. Multifuncionalidad.2. Recursos insuficientes.3. Estructura voluminosa.
Oportunidades <ol style="list-style-type: none">1. Voluntad política local y federal.2. Adecuación del marco jurídico y normativo.3. Tendencias de los Sistemas de Salud.	Amenazas <ol style="list-style-type: none">1. Incumplimiento a la ley.2. Reclamo Social.3. Competitividad del Sector Salud.

a. Análisis de las estrategias de la matriz FODA.

De este análisis, se derivan cuatro estrategias alternativas maxi-maxi, maxi-min, mini-maxi y mini-mini basándose en las condiciones externas e internas de la organización, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2.6 Análisis de las estrategias de la Matriz FODA

<p>Factores internos</p>	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal capacitado y comprometido • Presupuestos constantes • Alto desempeño 	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multifuncionalidad • Recursos insuficientes • Estructura orgánica voluminosa
<p>Factores externos</p>		
<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política, local y federal. • Adecuación del marco jurídico y normativo. • Tendencias de los sistemas de salud. 	<p>Estrategia FO:</p> <p>Max-Max</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expansión de la oferta de servicios de salud. • Generación de nuevos modelos de gestión. • Impulso a la calidad. 	<p>Estrategia DO:</p> <p>Mini-Max</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar el cambio organizacional. • Redistribución de competencias. • Mejores instrumentos organizacionales. • Vínculo sectorial y ciudadano. • Asignación de recursos para rectoría. • Separación orgánica.
<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reclamo social. • Competitividad del sector salud. 	<p>Estrategia FA:</p> <p>Maxi-Mini</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar el OPD Servicios de Salud de Hidalgo. • Eficiencia en los recursos, inversión, alineación de fuentes de financiamiento entre otras. • Capacitación gerencial y desarrollo del factor humano. 	<p>Estrategia DA:</p> <p>Mini-Mini</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación del programa de racionalidad y austeridad del gasto. • Estructura orgánica. • Funciones rectora en operación paralela.

Cuadro No. 2.6 Análisis de las estrategias de la Matriz FODA, utilizando el desarrollo de alternativas Maxi-Maxi, Maxi-Mini, Mini-Maxi y Mini-Mini

A continuación se desarrollan cada una de las estrategias:

Estrategias maxi-maxi

- Expansión de la oferta de servicios de salud.
- Generación de nuevos modelos de gestión.
- Impulso a la calidad.

Estrategias mini-maxi

- Adecuación de la estructura orgánica.
- Preparar el cambio organizacional.
- Mejores instrumentos organizacionales.
- Vínculo sectorial y ciudadano.
- Redistribución de competencias.

- Asignación de recursos para rectoría.
- Separación orgánica.

Estrategias maxi-mini

- Posicionar al Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Hidalgo.
- Eficiencia en los recursos, inversión, alineación de fuentes de financiamiento entre otras.
- Capacitación gerencial y desarrollo del factor humano.

Estrategias mini-mini

- Implementación del programa de racionalidad y austeridad del gasto.



Capítulo III

Programa Estatal de Salud

III. Programa Estatal de Salud

El Programa Estatal de Salud 2005-2011, según se desprende del mismo documento, es el producto de un ejercicio de planeación sectorial en el ámbito del sector público del estado de Hidalgo, que comprende el estado que guardan las condiciones de salud de la población hidalguense y establece los objetivos, estrategias, líneas de acción y modelo de evaluación que se seguirán durante el presente periodo de gobierno para llevar a cabo intervenciones en materia de salud, que se espera tengan como resultado, mejorar los niveles de salud mostrados al inicio del sexenio³².

Este Programa Estatal, tiene especificidad en el campo de la salud y se sujeta de manera obligatoria al Plan Estatal de Desarrollo presentado por el titular del poder ejecutivo del estado, según lo establece el marco legal vigente en la República Mexicana.

1. Plan Estatal de Desarrollo.

La formulación del Plan Estatal de Desarrollo, es una obligación del titular del Poder Ejecutivo de la entidad que está consignada en los artículos 86 de la Constitución Política de Hidalgo y 26 de la Ley de Planeación para el Desarrollo de la entidad y que a la letra dicen:

Constitución Política del Estado de Hidalgo³³.

Artículo 86.- La planeación será democrática. Por medio de la participación de los diversos sectores del Estado, recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad, para incorporarlas al Plan y a los programas de desarrollo.

³² Programa Estatal de Salud 2005-2011, elaborado por la Secretaría de Salud de Hidalgo y validado por el Subcomité Sectorial de Salud. 2005

³³ Constitución Política del Estado de Hidalgo, última reforma publicada en alcance del Periódico Oficial: 8 de mayo de 2006

Habrà un Plan Estatal de Desarrollo, al que se sujetaràn obligatoriamente los programas sectoriales, institucionales, operativos, regionales, municipales, y especiales que se elaboren en el Estado.

Ley de Planeaci3n para el Desarrollo del Estado de Hidalgo³⁴

Artículo 26.- El Plan Estatal de Desarrollo deberà formularse, aprobarse y publicarse dentro de los ocho meses siguientes a la fecha en que toma posesi3n el Gobernador del Estado, y su vigencia no excederà del periodo constitucional que le corresponda, aunque podrà contener consideraciones y proyecciones de mäs largo plazo.

El Plan Estatal de Desarrollo precisarà los objetivos estatales, estrategias, líneas de acci3n y prioridades del Desarrollo integral del Estado, tomando en consideraci3n los prop3sitos y metas de la Planeaci3n Nacional del Desarrollo; contendrà previsiones sobre los recursos estatales y federales que seràn asignados a tales fines; determinarà los instrumentos y responsables de su ejecuci3n y establecerà los lineamientos de polítiica de carácter global, sectorial, regional y municipal. Sus previsiones se referiràn al conjunto de la actividad econ3mica, polítiica y social del Estado y regirà, el contenido de los Programas que se generen en el Sistema Estatal de Planeaci3n Democràtica.

En el àmbito de la Entidad Federativa, la categoría de Plan como instrumento rector del desarrollo queda reservada al Plan Estatal de Desarrollo. Se denominarà Plan Municipal de Desarrollo al instrumento que, en congruencia con los lineamientos del Plan Estatal, conduzca las actividades del desarrollo

³⁴ Ley de Planeaci3n para el Desarrollo del Estado de Hidalgo, publicada en el Peri3dico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo el lunes 24 de Noviembre de 2003.

circunscritas al ámbito de competencia de alguno de los 84 municipios de la entidad.

En cumplimiento a ello, el gobierno del Lic. Miguel Ángel Osorio Chong, cumplió en tiempo y forma elaborando, aprobando y publicando el Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011.

De acuerdo con lo expresado en el propio Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011, este instrumento es el producto de un proceso de planeación participativa instrumentado a través del Sistema Estatal de Planeación Democrática, por lo que cuenta con el respaldo de los diferentes sectores de la sociedad³⁵.

Este Plan Estatal de Desarrollo está llamado a ser la base de la actuación administrativa del sector público de la entidad durante el periodo comprendido del 1 de abril del 2005 al 31 de marzo de 2011, ya que conducirá el trabajo de las dependencias y la elaboración de los programas sectoriales, especiales, regionales, institucionales y operativos anuales, que permitirán convertir en acciones específicas las políticas generales que en el referido Plan Estatal de Desarrollo se registran.

El Plan Estatal de Desarrollo es multifuncional y está formulado para ser:

- Integral, porque contempla todas las temáticas y rubros del desarrollo del Estado y promueve el equilibrio entre ellos.
- Congruente, porque plantea objetivos, estrategias y líneas de acción que buscan dar solución a los problemas que la sociedad espera ver resueltos en las condiciones que imperan en nuestro tiempo.
- Sistemático, porque la presencia definida y la interacción de sus elementos integran un sistema guiado por principios metodológicos.

³⁵ Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 Gobierno del Estado de Hidalgo.

- Incluyente, porque incorpora la visión de la sociedad hidalguense y su universo de acción cubre todos los sectores de la sociedad.
- Realista y acorde a las circunstancias, porque plantea objetivamente los desafíos del desarrollo estatal y define posibles soluciones sustentadas en el conocimiento de las fortalezas y debilidades existentes.
- Con visión de largo plazo, porque no se limita a modificar las manifestaciones actuales de los problemas, sino que busca las causas para modificarlas y establecer las condiciones para elevar el nivel de vida de las próximas generaciones.

Reconoce como principios:

- Transparencia y honestidad, para concretar un gobierno honesto con un desempeño público transparente y una efectiva rendición de cuentas.
- Modernidad y eficiencia, para integrar un gobierno moderno y racional que optimice la aplicación de los recursos con nuevos criterios de administración e inversión.
- Liderazgo firme con sentido social, para establecer un gobierno que ejerza con responsabilidad la rectoría del desarrollo y un liderazgo que fomente el consenso.
- Visión y claridad de rumbo, para instaurar un gobierno que cuente con una visión integral y de largo plazo, que defina con claridad el rumbo a seguir para superar los problemas.
- Planeación corresponsable, para integrar un gobierno sustentado en la planeación y en la definición conjunta de objetivos, estrategias y líneas de acción que promuevan el desarrollo.
- Legalidad, para ejercer un gobierno que promueva y vigile el cumplimiento irrestricto del Estado de Derecho y otorgue certeza jurídica y seguridad a los hidalguenses.

- Participación social, para contar con un gobierno que garantice la participación corresponsable de la sociedad en el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas.

Ejes rectores del desarrollo.

El Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011, considera la agrupación temática de los aspectos de desarrollo en ejes rectores definidos por su carácter estratégico así como por su reiterada presencia como demanda social en la labor gubernamental.

Los ejes rectores del desarrollo en los que se sustenta metodológicamente este documento son:

1. Empleo y productividad para el desarrollo, a través del cual se busca fortalecer y ampliar la infraestructura productiva del estado; elevar los niveles de productividad y competitividad; alentar la inversión y el crecimiento sostenido e impulsar la creación de empleos permanentes y bien remunerados para los hidalguenses.
2. Calidad de vida para el bienestar social, que persigue establecer políticas públicas para impulsar el desarrollo humano y el combate a la pobreza y la marginación, así como para la definición de acciones sociales equitativas e incluyentes que ofrezcan a la población mayores opciones de acceso al bienestar.
3. Vocación regional y sustentabilidad para el progreso, orientado a fortalecer la vocación de nuestras regiones para promover su desarrollo integral y sustentable de forma equilibrada e impulsar su inserción en procesos que eleven su productividad y competitividad con base en el aprovechamiento de las capacidades humanas y los recursos naturales.
4. Fortaleza institucional para la tutela de los derechos, cuyo propósito es perfeccionar la democracia de la entidad a través del impulso a la participación social en las decisiones de gobierno, así como fortalecer la

colaboración entre poderes, la coordinación con municipios y la observancia plena al Estado de Derecho como garantía de certeza jurídica para la población.

5. Honestidad y eficiencia para servir a la sociedad, dirigido a integrar un gobierno racional y eficiente que otorgue un servicio público congruente con los requerimientos de la población; aplique responsablemente los recursos públicos con un enfoque de austeridad y promueva la mejora continua de los procesos administrativos.

El campo de la salud pública en el cual se inserta el Programa Estatal de Salud, está comprendido en el eje “Calidad de vida para el bienestar social” del cual se hace una referencia más amplia a continuación.

Este eje rector plantea como premisa básica que el desarrollo de la entidad debe analizarse de cara a la globalización y en él se expresa que “este gobierno habrá de mantener congruencia en su propuesta, observando globalmente el entorno y actuando localmente por una mejor calidad de vida para el bienestar social”.

La salud es el cuarto de los trece temas que agrupa este eje rector, a este respecto, el PED enfatiza “La atención y preservación de la salud es una premisa básica para el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades humanas y el bienestar general de la población. Alcanzar mejores estados de salud general en la población es una obligación del Estado y la sociedad, que en conjunto son los actores y factores determinantes para garantizar, preservar y mejorar el acceso a los servicios, con prontitud, calidad y responsabilidad”.

Y más adelante “Mejorar el bienestar general de la población, requiere de especial atención en la salud pública. Es indudable que la atención a la salud se ha tornado más compleja y costosa. Actualmente en el Estado se enfrentan cambios potenciales en cuanto a la sofisticación y especialización de los servicios requeridos y al incremento en la demanda de éstos, aunado a la presencia de una

transición epidemiológica que nos demanda reformas profundas en nuestras políticas públicas, con instrumentos de respuesta más efectiva y oportuna en el área médica, de seguridad social, social y administración”

El PED precisa que en Hidalgo, el personal institucional que se encuentra en contacto con los pacientes asciende a 3225 médicos y 4010 enfermeras y que estas personas laboran en 733 unidades de medicina general y 31 hospitales, estos últimos suman 1329 camas censables.

Se destaca que, además de este personal, el sector cuenta con la colaboración de 175 médicos tradicionales y cerca de 3000 personas más entre las que se cuentan parteras y auxiliares de salud que reciben capacitación permanente.

El personal del sector salud es numeroso, multidisciplinario y altamente profesionalizado; estos atributos son indispensables para el cumplimiento de objetivos de la extensión, complejidad y especificidad que plantea el Programa Estatal de Desarrollo y que, se verá más adelante, se retoman en el Programa Estatal de Salud:

- Promover una alta participación ciudadana en la formulación, aprobación, ejecución, control y evaluación de políticas y programas de salud para eficientizar la atención médica y procurar su prestación con mayor calidad y calidez.
- Contribuir a incrementar la gobernabilidad, la justicia social y el desarrollo en el estado, garantizando el derecho constitucional a la protección social de la salud, en condiciones de equidad, certeza y prontitud.
- Asegurar a la población el acceso y provisión de servicios de salud eficaces, permanentes, oportunos, de calidad y con protección financiera, privilegiando la oferta de servicios de salud a los grupos sociales de atención prioritaria y de alta vulnerabilidad.

Las acciones en salud pública son extensas porque, como ya se ha dicho antes, la salud es un bien al que se aspira individual y colectivamente, esto quiere decir, que es incluyente de todos los individuos sin distinción alguna; por otra parte, su complejidad radica en que las intervenciones en materia de salud van desde lo más simple como puede ser la emisión de un mensaje o una charla educativa hasta actos médicos de alta especialidad que requieren tecnología y personal con conocimientos de vanguardia. Además, son acciones altamente específicas porque se orientan siempre por diagnósticos individuales o comunitarios que le dan dirección y precisión.

También, las acciones de salud se ubican en un espectro muy amplio, pueden ser de promoción, preventivas, curativas o rehabilitatorias y no son, necesariamente excluyentes.

La ciudadanía se ocupa cada vez más de su salud y le asiste el derecho de exigirle y aún cuando puede inferirse, que hacer efectiva su participación no es tarea sencilla, el sistema de gobierno democrático está obligado a propiciarla.

Los costos de la atención a la salud son elevados, por eso, uno de los objetivos más importantes del Sistema Nacional de Salud es la protección financiera; maximizar lo más posible los recursos disponibles es en sí mismo una razón válida para hacer ajustes a los sistemas de salud³⁶.

Aunado a lo anterior, se requiere que la atención a la salud cumpla con dos atributos de calidad bien caracterizados: por un lado están los aspectos técnicos, representados por la infraestructura, el conocimiento y los procedimientos indicados para cada intervención en particular y por otra parte, los aspectos humanos que vienen a significar el trato respetuoso y digno, considerando la situación de necesidad que lleva consigo toda persona que requiere atención a su salud, máxime cuando sufre el agobio de la enfermedad.

³⁶ Albizu Eneka, Olazarán Mikel. (2004). "Reingeniería y cambio organizativo". España: Prentice Hall.

Para el cumplimiento de estos objetivos, el PED establece cuatro grandes estrategias, estas son:

1. Incorporar a todos los sectores sociales y de participación ciudadana en los programas y acciones que en materia de salud pública se lleven a cabo en la presente administración.
2. Establecer una cobertura completa de servicios de salud en condiciones de equidad, inclusión y accesibilidad para toda la población hidalguense.
3. Otorgar a la población servicios de salud con calidad y calidez en la atención médica, acordes a los mayores estándares nacionales para la prestación de los mismos.
4. Mejorar los procesos de gestión institucionales, reduciendo los procesos burocráticos y optimizando los recursos públicos.

Desde luego que la implementación de estas estrategias implica la activación de toda la estructura del sector y de todos los puestos ocupados, tanto en los niveles operativos como en los directivos. Sin embargo, resulta conveniente destacar que la primera está enfocada a lograr mayor participación y coordinación; en la segunda, se advierte un posicionamiento gubernamental, ambas se sitúan en un plano de responsabilidad más bien directivo.

Por lo que toca a las dos últimas estrategias, se alude con mayor énfasis a la inteligencia y sensibilidad de la organización en su conjunto para crear mejores condiciones de servicio. Por esa razón, estas últimas se analizan con mayor detenimiento en el presente trabajo.

2. Integración y contenido del Programa Estatal de Salud (PES) 2005-2011.

En los párrafos que anteceden, se ha asentado que el PES se sujeta de manera obligatoria al Plan Estatal de Desarrollo y tiene especificidad en el campo de la salud, por lo tanto, desagrega y explica con mayor profusión la temática de este apartado.

La responsabilidad de coordinar los trabajos correspondientes a la formulación del PES fue encomendada a la Secretaría de Salud, organismo que la ejecutó a través de la Dirección de Planeación. Durante el periodo del mes de junio a agosto del 2005, se llevaron a cabo diversas reuniones en las que se establecieron acuerdos, entrega de documentos, seguimiento de compromisos y redacción, que dieron como resultado la entrega formal del documento definitivo en septiembre del 2005.

En la elaboración del PES participaron las instituciones: del Sector Salud como: IMSS, ISSSTE, SEDENA, Sistema DIF, PEMEX, Unidades médicas privadas, CASSIM y Consejo Estatal Ciudadano.

El documento que integra el PES, da inicio describiendo algunos de los aspectos que dan a la salud su carácter de asunto de interés social y de gobierno, refiere los fundamentos jurídicos que lo sustentan y expresa la filosofía del sector salud a través de su Misión, Visión y Valores.

Más adelante se incorpora un breve Diagnóstico, mismo que puede consultarse en el Capítulo II de este trabajo, en el que se describen las Condiciones de salud al inicio del sexenio.

Por la importancia que revisten, en los párrafos siguientes se presentan, en resumen, los retos y los objetivos del PES.

Los retos son cuatro:

1.- Mantener bajo control el panorama epidemiológico de la entidad.

El Sistema Estatal de Salud enfrenta rezagos importantes que corregir y a ello se agregan nuevos problemas que resolver; de un lado están las enfermedades infecciosas, la desnutrición y problemas ligados a la salud reproductiva y del otro lado las enfermedades no transmisibles y los accidentes que representan los problemas emergentes. No existe más alternativa que enfrentar la doble problemática, terminar con el rezago epidemiológico y atender a los problemas emergentes.

2.- Otorgar servicios de salud bajo criterios de equidad y calidad a toda la población

La población del estado de Hidalgo muestra ostensibles desigualdades en materia de salud. Quienes viven en regiones marginadas presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho más alto que los ubicados en regiones urbanas, además padecen enfermedades que han sido superadas por el resto de la población, ello favorece que la brecha entre sectores de la población se mantenga e incluso llegue a incrementarse.

3.-Evitar que la atención a la salud sea una carga económica directa para las personas

En Hidalgo, la introducción del Seguro Popular en el año 2002, ha permitido que más de 141,861 familias se vean favorecidas al evitar que la atención a la salud sea una carga económica. Sin embargo, más de un millón de habitantes siguen pagando directamente el costo de la atención médica y como ellos corresponden a los grupos sociales de mayor desprotección económica, el gasto que les ocasiona atender su salud suele ser excesivo y a menudo catastrófico. Se tiene que lograr que todos los hidalguenses estén inscritos a una forma de atención a la salud que evite el gasto de bolsillo.

4.- Consolidar y hacer eficiente el Sistema Estatal de Salud

En el campo de la salud es necesario que el sistema de salud sea más eficiente mediante una amplia participación de autoridades, trabajadores de la salud, responsables de la planeación, investigadores, iniciativa privada y los propios usuarios, todos tienen, seguramente, elementos para contribuir a la implementación de políticas en salud que refuerce, la estructura, los procesos, instrumentos y los resultados de la atención a la salud en forma más eficiente y efectiva y así, alcanzar ese estado deseable, de poder garantizar a todos los hidalguenses que demanden servicios, en cualquier institución y/o región del estado, el derecho a la protección en salud, con la seguridad de que obtendrán los mayores beneficios posibles.

La participación activa de todo el sector para reforzar las políticas y el propio sistema de salud permite valorar su efectividad y permite consecuentemente introducir modificaciones que incrementen su rendimiento, e incorporar innovaciones que aumenten la posibilidad de un mejor desempeño sanitario.

Los objetivos que plantea el PES son tres, en cuyo cumplimiento se destacan: la importancia de la salud como un factor de gobernabilidad y las condiciones de equidad, certeza y prontitud con que debe ser atendida la salud; la necesidad de la participación ciudadana, indispensable para hacer de los servicios de salud, un terreno propicio para la calidad técnica y humana y por último, el derecho insoslayable de los segmentos más desprotegidos de la sociedad, de ser atendidos con prioridad.

El PES contiene cuatro estrategias de las que se desprenden diez y seis líneas de acción. Estas estrategias están dirigidas a estimular la participación ciudadana; establecer una cobertura de servicios completa y eficiente; asegurar servicios de salud con atributos de calidad y mejorar la gestión institucional.

En uno de sus apartados, el PES incorpora un instrumento denominado “Cartas descriptivas” que consiste en un formato estandarizado para que todas las instituciones participantes describan sus programas de acción específicos. Como es de esperarse, el número de programas de acción difiere en cada caso y es variable a lo largo del tiempo; al formularse el PES se registraron 93 Cartas Descriptivas y faltaba por determinar las correspondientes a 6 instituciones de salud.

El seguimiento y la evaluación del PES se refieren de manera general, en congruencia con la autonomía técnica de cada una de las instituciones integrantes del sector, que de manera específica evalúan permanentemente sus acciones. El PES distingue dos modalidades de evaluación, la operativa y la gerencial; describe sin limitar, 57 indicadores de uso frecuente en el sector y concluye haciendo referencia al modelo de Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton³⁷ como una propuesta para la evaluación gerencial del programa.

³⁷ Kaplan Robert S. Norton David P. (2005). “Cómo utilizar el cuadro de mando integral”. España: Gestión 2000.

Capítulo IV

Enfoques administrativos predominantes.

IV. Enfoques administrativos predominantes.

Hacer una referencia a los principales enfoques administrativos, es obligado en un trabajo como el presente. Resumir la teoría administrativa en unas cuantas páginas es, además de arduo, muy arriesgado pues es difícil ser justo y equitativo con todos aquellos que han contribuido para que nosotros podamos disponer de un acervo tan amplio en la materia.

Hay que tomar en cuenta que en el entorno actual, más abordable desde la teoría sistémica y la contingencia, es imprescindible cambiar de mapas, pues ya no resultan del todo útiles los de la vieja economía industrial del siglo pasado³⁸.

Drucker señala, “Durante medio siglo, desde 1950 hasta finales de la década 1990, los ejecutivos podían desentenderse de la sociedad y así lo hicieron. Aunque ocurrieron profundos cambios, en general, la sociedad permaneció como era. Pero no será así en la sociedad futura, que no ha llegado aún, pero se ha acercado lo suficiente... entre las características de la sociedad futura se encuentran: la contracción mundial de la población juvenil y el surgimiento de una nueva clase trabajadora; la decadencia continua de la manufactura y los cambios de forma, estructura y función de la sociedad anónima y su alta gerencia... Si hay algo que se pueda predecir con fiabilidad, es que el futuro se presentará de maneras inesperadas... La característica central de la sociedad futura, como ha sido de las anteriores, será sus nuevas instituciones y sus nuevas teorías, ideologías y problemas³⁹.”

El presente trabajo enfatiza en el factor humano, por lo que este apartado es ciertamente un vistazo a los enfoques administrativos, desde la administración científica, hasta la gestión del talento, con algunas asociaciones a ideas humanísticas.

³⁸ Medina Jericó P. Gestión del talento, 2001. Prentice Hall. España.

³⁹ Drucker P. La gerencia en la sociedad futura 2002. Grupo Editorial Norma. Colombia

1. ¿Que son las organizaciones?

Cada vez es menos frecuente el trabajo individual, el carácter gregario del hombre está presente en su forma de trabajo, de acuerdo con Pfeffer J. vivimos en un mundo de organizaciones... la gran mayoría de las personas se ganan la vida trabajando para una organización⁴⁰.

Este mismo autor señala "la mayoría de los analistas conciben a las organizaciones como estructuras sociales creadas por individuos para apoyar la búsqueda colaboradora de objetivos específicos" y cita a autores como Scout, Parsons y Donaldson para distinguir a las organizaciones de las demás colectividades sociales en que aquéllas tienen cierto propósito o meta; que las organizaciones se crean y sostienen para alcanzar ciertos objetivos y sintetiza "la visión orientada a las metas o instrumental de las organizaciones implica que éstas son conjuntos de esfuerzos individuales que se coordinan para conseguir cosas que no podrían lograrse mediante los actos individuales por si solos⁴¹.

Por su parte, Kast y Rosenzweig, refieren a Talcott Parsons para ir más allá y con visión sistémica definen a las organizaciones como "un sistema social organizado para la consecución de un tipo particular de meta; el logro de esta meta implica, a la vez, el desarrollo de una función a favor de un sistema más complejo: la sociedad" y abundan "se puede considerar una organización como un subsistema del ambiente sociocultural en el cual opera". En consecuencia, los valores de las empresas están influidos en gran medida por las normas e ideologías de la sociedad. En este sentido, los valores de la organización hacen legítima su existencia y sus actividades en el sistema social general. Los valores son la base esencial que guía la toma de decisiones y otras acciones y por lo tanto,

⁴⁰ Pfefer Jeffrey (2000)"Nuevos rumbos en la teoría de la organización" México: Oxford.

⁴¹ Idem.

determinan el marco de referencia para el desarrollo de la teoría organizacional y de la práctica administrativa⁴².

Entre otras cosas, las organizaciones han venido a constituir un poderoso factor de identidad. El bienestar y el prestigio de los individuos a menudo se relacionan, por lo menos hasta cierto punto, con el bienestar y prestigio de la organización de la cual son miembros o empleados, lo que produce una especie de interés colectivo en perpetuar a la organización. Para constarlo, hay que observar la frecuencia con la que los individuos se identifican por lo que hacen, su trabajo y otras afiliaciones. Pertenecer a organizaciones que gozan de gran prestigio, confiere prestigio a sus integrantes y el empleo de una organización que es más grande o gana más dinero, por lo regular conlleva beneficios financieros mayores⁴³.

En concordancia con las ideas anteriores, Drucker señala, en *La sociedad postcapitalista*, que en los países desarrollados, la sociedad se ha convertido en una sociedad de organizaciones y que éstas son medios para ejecutar determinadas tareas sociales; que las organizaciones serán más fuertes cuando definan con mayor claridad sus objetivos; más efectivas cuanto mejor se mida su desempeño y más legítimas si basan su autoridad en la justificación del desempeño⁴⁴.

Las organizaciones, entonces son estructuras sociales creadas por personas que impulsan el desarrollo pues trascienden los logros de los esfuerzos individuales, poseen objetivos específicos, tienen una función sistémica inordinada a un sistema de mayor complejidad que es la sociedad y están influenciadas por ésta, lo cual se hace manifiesto a través de sus valores.

⁴² Kast Fremont E., Rosenzweig James E. (1993). "Administración en las organizaciones". Mc Graw Hill. México.

⁴³ Pfeffer Jeffrey. (2000) "Nuevos rumbos en la teoría de la organización" Oxford. México.

⁴⁴ Citado por Maciariello J. (2006) "Drucker para todos los días", Grupo Editorial Norma. Colombia.

Existen organizaciones privadas y organizaciones públicas, a este último tipo corresponden las que, integradas, constituyen los sistemas nacional y estatal de salud descritos en el capítulo I de este trabajo.

Para lograr una mejor comprensión de las organizaciones que forman parte del sistema estatal de salud, su naturaleza y los rasgos que les son característicos, es necesario revisar algunos aspectos que aporta la teoría de la organización, recordando que ésta es una ciencia que busca obtener una explicación comprensiva de la organización como objeto de estudio, enriquecida por el debate entre explicaciones alternativas de diversas disciplinas⁴⁵.

2. Enfoques administrativos.

La Teoría General de la Administración (TGA) es el campo del conocimiento humano que se ocupa del estudio de la administración en general, independientemente de si ésta se aplica en organizaciones con ánimo de lucro (empresas) o en aquellas que no la tienen. La TGA estudia la administración de las organizaciones⁴⁶.

Peter Drucker⁴⁷, autor de clara tendencia neoclásica, afirma que no existen países desarrollados ni países subdesarrollados, sino simplemente países que saben administrar la tecnología existente y sus recursos disponibles y potenciales, y países que todavía no saben hacerlo. En otros términos, existen países administrados y países subadministrados.

La Teoría General de la Administración comenzó por lo que ha dado en denominarse “énfasis en las tareas” actividades ejecutadas por los obreros en una fábrica, según la administración científica de Taylor. Posteriormente, el énfasis fue

⁴⁵ Solís P. P. Estrategias Organizacionales, Serie Investigación No. 11, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. México.

⁴⁶ Chiavenato Idalberto. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México.

⁴⁷ Peter F. Drucker, *Uma Era de Descontinuidade*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1970, Citado por Chiavenato Idalberto. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México

en la estructura, con la teoría clásica de Fayol y con la teoría burocracia de Weber; luego apareció la teoría estructuralista. La reacción humanística surgió con el “énfasis de las personas” a través de la teoría de las relaciones humanas ampliada más tarde por la teoría del comportamiento y por la teoría del desarrollo organizacional. El “énfasis en el ambiente” desemboca en el “énfasis en la tecnología”. Cada una de las cinco variables enumeradas –tareas, estructura, personas, ambiente y tecnología- originó en su momento una teoría administrativa diferente y marcó un avance gradual en el desarrollo de la Teoría General de la Administración (TGA).

Cuadro No. 4.1 Teorías administrativas más importantes y sus enfoques principales.

Énfasis	Teorías Administrativas	Enfoques Principales
En las tareas.	Administración científica.	Racionalización del trabajo en el nivel operacional.
En la estructura	Teoría clásica. Teoría neoclásica.	Organización formal. Principios generales de la administración. Funciones del administrador.
	Teoría de la burocracia.	Organización formal burocrática. Racionalidad organizacional.
	Teoría estructuralista	Enfoque múltiple: Organización formal e informal. Análisis intraorganizacional y análisis interorganizacional.
En las personas	Teoría de las relaciones humanas.	Organización informal. Motivación, liderazgo, comunicaciones y dinámica en grupo.
	Teoría del comportamiento organizacional.	Estilos de administración. Teoría de las decisiones. Integración de los objetivos organizacionales e individuales.
	Teoría del desarrollo organizacional.	Cambio organizacional planeado. Enfoque de sistema abierto.
En el ambiente.	Teoría estructuralista. Teoría neoestructuralista.	Análisis intraorganizacional y análisis ambiental. Enfoque de sistema abierto.
	Teoría situacional.	Análisis ambiental (imperativo ambiental). Enfoque de sistema abierto.
En la tecnología	Teoría situacional o contingencial.	Administración de la tecnología (imperativo tecnológico)

Cuadro No. 4.1.- Teorías administrativas más importantes y sus enfoques principales, tomado del libro de Chiavenato I. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México.

Cuadro No. 4.2 Cronología de las principales teorías con influencia en la administración actual

AÑOS	TEORÍAS
1903	→Administración científica.
1909	→Teoría de la burocracia.
1916	→Teoría clásica.
1932	→Teoría de las relaciones humanas.
1947	→Teoría estructuralista.
1951	→Teoría de los sistemas.
1953	→Enfoque sociotécnico.
1954	→Teoría neoclásica.
1957	→Teoría del comportamiento.
1962	→Desarrollo organizacional.
1972	→Teoría situacional.

Cuadro No. 4.2.- Cronología de las principales teorías con influencia en la administración actual, tomado del libro de Chiavenato Idalberto. (2000). "Introducción a la teoría general de la administración". Mc Graw Hill. México.

La administración, tal como la conocemos hoy, es el resultado histórico e integrado de la contribución acumulada de números pioneros: filósofos, físicos, economistas, estadistas e incluso empresarios que con el transcurso del tiempo fueron desarrollando y divulgando obras y teorías en su campo de actividades. La administración moderna utiliza ampliamente conceptos y principios descubiertos y empleados en las matemáticas y la estadística, lo mismo que en las ciencias humanas, psicología, sociología, biología, educación, etc.

No es propósito de este trabajo profundizar en la teoría de la organización, solamente hacer las referencias necesarias para contextualizar y dejar en claro que el conocimiento de las organizaciones se extiende e incluye a las organizaciones de salud.

Este trabajo se centra en el factor humano y es el estudio del elemento humano a través de la psicología industrial, lo que marcó el comienzo del estudio de la organización; trabajos realizados entre 1917 y 1919 refieren "*El elemento humano*

en las empresas” entre otros títulos⁴⁸, lo que induce a pensar que lo concerniente al factor humano en la organización, no necesariamente es novedoso, pero si lo es, que lo que antes se pensaba como inexorable ante las “leyes de la historia”, hoy se entiende como estructuras sistémicas⁴⁹, con lo cual se esclarece que lo que necesitamos ahora, es ver las cosas bajo nuevas perspectivas.

En este trabajo se hacen citas muy breves a los enfoques más lejanos en el tiempo, representados por autores como Taylor y Fayol; Elton Mayo y Max Weber, respectivamente, así como a los enfoques del comportamiento organizacional, sistémico y contingencial, para privilegiar con referencias más amplias los temas de calidad y gestión del conocimiento.

No debe obviarse que las diferentes teorías administrativas, siempre aluden a la manera como se organiza el trabajo y las circunstancias que se dan en su entorno⁵⁰. Pero, paradójicamente, la administración ha soslayado el estudio del concepto de trabajo, el trabajo es una actividad humana que debería ser analizada como una categoría central de la teoría administrativa, pero no es así. El trabajo es un factor humanizante por excelencia, trabajar es un acto de profunda dignidad humana⁵¹.

Los conceptos que se expresan en los siguientes párrafos, tienen como eje conductor, los diferentes énfasis, como se muestra en la tabla No.2, sin dejar de lado que éstos, se refieren en efecto a la organización del trabajo, lo cual lleva implícito a las personas que lo realizan.

⁴⁸ Pfefer Jeffrey (2000) “Nuevos rumbos en la teoría de la organización” Oxford. México.

⁴⁹ Senge Peter (2005). “La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje”. Granica. Buenos Aires.

⁵⁰ Chiavenato I. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México.

⁵¹ Silva Camarena J. M. (2003). “Meditaciones sobre el trabajo”. México: Fondo Editorial FCA: UNAM

Énfasis en las tareas

- **La Administración Científica**

La administración científica, con su exacerbada rigidez que la limitó al análisis de las tareas y los factores directamente relacionados con el cargo y la función del obrero, terminó por atraer hacia ella la crítica más acre; se le atribuye la concepción de la organización equiparable a una máquina, lo cual denota un mecanicismo extremo, donde el hombre jugaba un papel de mínima importancia y a veces hasta despreciable.

Sin embargo habría que reconocer que en el análisis de las tareas de los obreros, su descomposición en tiempos y procesos de trabajo para perfeccionarlos y racionalarlos, a la vez que se dieron las circunstancias para elevar la eficiencia y la productividad, también se crearon las condiciones para mejorar las percepciones de los trabajadores. De acuerdo con Peter Drucker, Taylor “terminó con el mito de que trabajar de manera más ardua, era mejor que trabajar en forma más inteligente”⁵².

En otra de sus obras (*Management: Tasks, Responsibilities*, New York, Harper & Row Publishers, 1974), el mismo Drucker destaca que “hoy en día se menosprecia a Taylor y se desacredita su anticuada psicología, pero fue el primero que no aceptó el trabajo como un hecho dado, sino que lo examinó y estudió a fondo. La manera como enfocó el trabajo sigue siendo el elemento básico. Y aunque Taylor fue un hombre del siglo XIX, partió de los objetivos sociales y no de la ingeniería ni del lucro en su análisis del trabajo. Lo que motivó a Taylor en su enfoque y en su existencia fue, en primer lugar, el deseo de liberar al trabajador de la carga excesiva de trabajo, que destruye no sólo el organismo sino también el alma. En segundo lugar, la esperanza de romper la ley de hierro de los salarios, combatida por los economistas clásicos, la cual condenaba al trabajador a la inseguridad

⁵² Citado por Flaherty J. en “La esencia de la administración moderna” 2001. Prentice Hall. México.

económica y a resignarse a la miseria. La esperanza de Taylor era lograr una vida digna para el trabajador mediante una mayor productividad de su trabajo”⁵³.

Énfasis en la Estructura

- **El Proceso Administrativo.**

“La planeación, la organización, la dirección y el control, consideradas por separado constituyen las funciones administrativas; cuando se toman como una totalidad para conseguir objetivos, conforman el proceso administrativo”⁵⁴. El proceso administrativo ha venido a constituirse una de las aportaciones más significativas y representativas del enfoque neoclásico de la administración.

De acuerdo al concepto referido para el proceso administrativo, los administradores deben planear, organizar, dirigir y controlar y para ello, necesitan echar mano de conocimientos, habilidades y atributos esencialmente humanos, como los descritos por Abraham Maslow, quien es considerado uno de los pilares de la psicología humanista. Habiendo estudiado los mejores ejemplares humanos que pudo encontrar, bajo sus propias especificaciones, A. Maslow señaló algunos de los rasgos que aparecían consistentemente en las personas estudiadas, entre estos se encuentran: percepción eficaz de la realidad; creatividad; capacidad de concentrarse en los problemas; fuerte sentido ético; estructura democrática de carácter y ser capaces de ir “contracultura”, entre otros⁵⁵.

Énfasis en las personas

- **Teoría de las relaciones humanas.**

⁵³ Drucker P. Management: Responsibilities, Practices, Nueva York, Harper & Row Publishers, 1974. Citado por Chiavenato I. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México.

⁵⁴ Maneck S. Wadia, The Operacional School of Management: An Analysis The Macmillan Co., Collier-Macmilland Ltd., Londres, 1969, p.28-29. Citado por Chiavenato I. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México.

⁵⁵ Macias C. Desarrollo de la personalidad. Curso Introducción al Desarrollo Humano 2005. Universidad Ibero Americana. México

Según la psicología humanística, que se contrapone al mecanicismo elemental y reduccionista que privó en la psicología de la primera mitad del siglo XX, el hombre vive subjetivamente, lo cual implica los sentimientos, emociones y percepciones de las personas, elementos que afloran en las investigaciones desarrolladas por Elton Mayo en Hawthorne, en el año de 1927.

En los operarios observados por Mayo, También es posible encontrar profundas relaciones humanas, de las que las personas están ávidas y que les impulsan a ser ellos mismos, en función de la aceptación de los demás. La creatividad, es una dotación específicamente humana que en las investigaciones de Hawthorne se puede asociar con una mayor laboriosidad, producto de estímulos a los que los operarios respondían según pudo observarse. La creatividad como resultado produce un estado de alivio y con frecuencia vivencias emocionales gratas.

Desde luego, en Hawthorne se hizo evidente que los grupos de operarios actuaban en función de un sistema de valores y creencias. Para Allport “el valor es una creencia con la que el hombre trabaja de preferencia. Es una disposición cognitiva, motora y sobre todo profunda del *proprium*”⁵⁶.

Lo que las investigaciones de Hawthorne iban a demostrar es que “existe algo mucho más importante que los horarios, los salarios o las condiciones físicas de trabajo, algo que incrementaba la producción sin importar los cambios en las condiciones físicas”⁵⁷ y esa es una conclusión profundamente humana.

- **Administración por objetivos (APO) y Planeación estratégica.**

A partir de la década de los 50 la teoría neoclásica desplazó su atención hacia los resultados y objetivos alcanzados. De la preocupación acerca de “como”

⁵⁶ Allport G. “Psychological models for guidance” en Harvard Educ. Rev. Citado por Martínez M “La Psicología Humanista” 1999 Trillas. México.

⁵⁷ Miller D. y Form W. Industrial Sociology, Citado por Brown J. A. en La Psicología Social en la Industria. Fondo de Cultura Económica, México 1973.

administrar se pasó a la de “porqué” o “para que”, es decir hacer el trabajo más apropiado para conseguir los objetivos de la organización; de ser un fin en si mismo, el trabajo pasó a ser un medio para obtener resultados. Este profundo replanteamiento atribuido a Peter Drucker modificó de fondo el mundo administrativo⁵⁸.

La APO es un proceso por medio del cual el gerente general y los de área identifican objetivos comunes definen las áreas de responsabilidad de cada uno en términos de resultados esperados y emplean esos objetivos como guías para la operación de los negocios.

La planeación estratégica, por su parte, se puede definir como “la movilización de todos los recursos de la empresa en su conjunto para alcanzar objetivos a largo plazo”, en tanto que la táctica es un esquema específico que determina el empleo de los recursos dentro de la estrategia general.

La planeación estratégica consta de cuatro fases bien definidas:

1. Formulación de objetivos organizacionales.
2. Análisis de las fortalezas y limitaciones de la empresa.
3. Análisis del entorno.
4. Formulación de alternativas estratégicas.

Fijar los objetivos en una organización y por ende, encontrar su razón de ser, es decir la misión, constituyen aspectos fundamentales en la APO; de igual manera que lo es en un sentido personal, según podrá verse enseguida.

Para Víctor Frankl, psicoterapeuta de la corriente humanística, el análisis existencial interpreta la existencia humana y el ser humano en términos de un ser responsable. En la logoterapia, método psicoterapéutico de su creación, el hombre

⁵⁸ Drucker P. The practice of management, Nueva York Harper & Row 1954. Citado por Chiavenato I. (2000). “Introducción a la teoría general de la administración”. Mc Graw Hill. México

toma consciencia de lo espiritual o de lo existencial, toma consciencia de sí mismo y por ello es posible encontrar el sentido de la vida⁵⁹.

Análogamente, encontramos que las organizaciones tienen una razón de ser, de igual manera que la vida de las personas tiene sentido. Los fundadores de una organización tienen la visión de una carencia en el entorno y desarrollan actividades organizativas para satisfacerla -la estrategia- y obtener un beneficio a la vez.

Compárese la definición de planeación estratégica anotada párrafos antes con la siguiente afirmación de Erich Fromm “la primera condición para alcanzar algo más que la medianía en cualquier terreno, es querer una sola cosa. Ello supone haber tomado una decisión, haberse fijado un objetivo. Significa que la persona entera se orienta y se dedica a lo que ha decidido; que todas sus energías se centran en el objetivo escogido”⁶⁰ Como puede advertirse, existe una estrecha semejanza en el comportamiento de los individuos y las organizaciones que son de su creación.

- **Enfoque del comportamiento**

Los orígenes más directos de la teoría del comportamiento se encuentran en los trabajos de Herbert Simón, quien elaboró una visión explicativa del comportamiento de la organización como un ente social que tiene vida y cultura propias, además de estilos y sistemas para tratar la conducta de las personas. Otra aportación importante del trabajo de Simón se da en el campo de la teoría de las decisiones y en el concepto de racionalidad limitada que les atribuye⁶¹.

⁵⁹ Frankl V. El hombre en busca del sentido último. Reimpresión 2004. Paidós. México

⁶⁰ Fromm E. Del tener al ser. Reimpresión 2004. Paidós. México.

⁶¹ Montaña Hirose L., Solís Pérez P. Estrategias Organizacionales. Serie Investigación No. 11 Universidad Autónoma Metropolitana. México.

La escuela del comportamiento organizacional tiene su periodo más significativo en los años sesenta con autores como Maslow (1954), Herzberg (1959), McGregor (1960), Likert (1961), Argyris (1962) y Cyert y March (1963) entre otros.

Este enfoque de comportamiento social está centrado en proporcionar elementos más explicativos de la conducta de los individuos con el objeto de redimensionar formas más participativas y humanistas de la organización. En esta visión, la preocupación de la estructura se desplaza hacia el interés por los procesos y las dinámicas, predominando un énfasis en las personas con las aportaciones de las ciencias de la conducta y más específicamente de la Psicología Organizacional. A este enfoque también se le ha denominado behaviorismo y enfatiza en la influencia de las ciencias del comportamiento en especial de la psicología, en la teoría administrativa.

Mauro Rodríguez Estrada hace importantes señalamientos, afirma que el impacto del ambiente en el hombre es decisivo, la organización, como ambiente del trabajo del hombre, lo modela, pero también éste transforma a las organizaciones y así, de manera incesante cada vez hay nuevos hombres y nuevas organizaciones y que nos toca tomar consciencia de que ha surgido el “hombre-organización”⁶².

Este mismo autor agrega, que el trabajo es una constelación de relaciones humanas encaminadas a producir diversos bienes o servicios y que el dominio de los aspectos humanos y técnicos guarda proporciones diferentes en los diversos puestos de trabajo; cuanto más alto es el puesto, más humanismo se requiere.

En este contexto cobra importancia el llamado de atención de Cristophe Dejours quien afirma que las dimensiones psíquicas y mentales del trabajo han sido durante mucho tiempo despreciadas, desconocidas o al menos dejadas de lado por quienes estudian al hombre en situación de trabajo. Este autor precisa que las condiciones y medio ambiente del trabajo están constituidos por factores

⁶² Rodríguez Estrada M. Psicología de la Organización (Manual de seminarios vivenciales). Trillas.1996 México.

sociotécnicos y organizacionales comúnmente llamados condiciones de trabajo y por los factores de riesgo del medio ambiente.

La posición de Dejours es crítica, según él, las malas condiciones y el medio ambiente del trabajo son capaces de producir enorme sufrimiento a los individuos, quienes resisten individual y colectivamente gracias a una ideología defensiva. Pero también reconoce que el trabajo puede dar lugar al placer, derivado del deseo y convertirse en un elemento estructurante que permita conquistar el equilibrio psíquico y la salud mental⁶³.

- **Teoría del Desarrollo Organizacional.**

Los tiempos actuales son de constante cambio. El ambiente en general cambia permanentemente y se exige que las organizaciones poseas una elevada capacidad de adaptación, como condición básica para la supervivencia. Estas son las premisas para entender que el desarrollo organizacional implica cambios estructurales y técnicos, pero su objetivo principal es cambiar a las personas y la naturaleza y la calidad de las relaciones laborales, por ello, en principio el DO es un cambio organizacional planeado⁶⁴.

El DO es la aplicación práctica de las ciencias de las organizaciones. Basándose en varias disciplinas para sus modelos, estrategias y técnicas, el DO se concentra en el cambio planificado de los sistemas humanos y contribuye a la ciencia de la organización mediante el conocimiento adquirido a través de su estudio de la compleja dinámica del cambio⁶⁵.

Cuando la estructura, la estrategia, la cultura y los procesos de la organización no están alineados, el desempeño sufre. El DO es un proceso para enseñar a las

⁶³ Trabajo y desgaste mental, Dejours C. Grupo Editorial Lumen, Argentina 2001.

⁶⁴ Chiavenato I. (2000). "Introducción a la teoría general de la administración". Mc Graw Hill. México.

⁶⁵ Porras y Robertson "Organizational Development: Theory, Practice and Research" Citado por French W. Desarrollo Organizacional 1996 Prentice Hall México.

personas la forma de resolver sus problemas, aprovechar las oportunidades y aprender a hacer todo eso cada vez mejor a través del tiempo⁶⁶.

El DO se enfoca del lado humano de la organización y éste tiene como principio a cada una de las personas que la integran, por ello la importancia de destacar este señalamiento de M. Antonio Franco respecto al cambio organizacional: “mi percepción ha cambiado... el sujeto/objeto de cambio ya no es la organización ni los elementos que la integran. Ni mis amigos, ni mis compañeros de trabajo, ni mi familia, sino yo mismo. Si yo no cambio mi forma de pensar-sentir-actuar, nada cambia a mi alrededor... comienza en la persona, se extiende al grupo y trasciende a la organización... es imposible generar cambios organizacionales sin afectar a las personas que ahí trabajan”⁶⁷.

Entre los autores de referencia obligada en DO se encuentran:

- Kurt Lewin, que ha tenido gran influencia desde la década de los 40 con su modelo de tres etapas: *descongelar* la antigua conducta o situación, *moverla a un nuevo nivel de conducta* y *volver a congelarla* en el nuevo nivel.
- Edgar Shein tomó las ideas de Lewin y las mejoró, especificando los mecanismos psicológicos involucrados en el cambio. Ronald Lippitt quien con Watson y Westley trazan los pasos lógicos involucrados en la consultoría del DO⁶⁸.

Énfasis en el ambiente

- **Enfoque sistémico.**

Las bases para la creación de una **perspectiva sistémica** se dan en los años cuarenta con los trabajos de Norbert Wiener (1948) sobre cibernética; de Von Neuman y Morgenstern (1947) sobre Teoría de Juegos; de Shanon y Weaver

⁶⁶ French W. Desarrollo Organizacional 1996 Prentice Hall México.

⁶⁷ Franco M. A. El fin del trabajo. Localizable en www.sht.com.ar/archivo/temas

⁶⁸ French W. Desarrollo Organizacional 1996 Prentice Hall México.

(1949) con la Teoría Matemática de la Información; y de Ludwing Von Bertalanffy (1947) con la Teoría General de Sistemas aunque el punto de partida (de la tecnología hacia la ciencia básica, especialmente la biología) y el modelo básico (de los circuitos de retro – alimentación hacia los sistemas dinámicos de interacciones) eran diferentes, se proponía la existencia de una comunidad de intereses en problemas de organización y de conducta teológica para explicar el comportamiento de grupos sociales y de sistemas hombre – máquina.

Algunos de los aportes más significativos de esta escuela se hallan en la *investigación de operaciones* y en la *información* de las empresas. En este enfoque, la organización es visualizada como un sistema abierto y su interés se centra en los criterios de adaptación al medio ambiente.

El enfoque sistémico de la administración surge contraponiéndose a los tres principios dominantes en la ciencia a principios del siglo XX: el reduccionismo, el pensamiento analítico y el mecanicismo⁶⁹.

- a. El reduccionismo se basa en que todas las cosas pueden ser descompuestas y reducidas a sus elementos fundamentales simples.
- b. El pensamiento analítico complementa lo anterior. Para explicar las cosas o intentar comprenderlas mejor hay que desagregarlas y solucionarlas en sus componentes más simples; luego, estas explicaciones parciales se integran en una solución o explicación del todo.
- c. El mecanicismo se basa en la relación simple de causa efecto entre dos fenómenos. Un fenómeno es causa de otro (su efecto) cuando éste es necesario y suficiente para provocarlo.

⁶⁹ Chiavenato I. (2000). "Introducción a la teoría general de la administración". Mc Graw Hill. México.

En la teoría general de sistemas, estos principios fueron sustituidos por sus opuestos:

- a. El expansionismo sostiene que todo fenómeno es parte de otro mayor.
- b. En el pensamiento sintético, el fenómeno que se pretende explicar es parte de otro mayor y se explica en términos del rol que desempeña en este último.
- c. La teleología es el principio según el cual, la causa es una condición necesaria, más no siempre suficiente para que se produzca el efecto.

El sistema de ha definido por Kast como “un todo unitario organizado, compuesto por dos o más partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineados por límites identificables de su suprasistema ambiente”⁷⁰.

El sistema abierto, dicen Kast y Rosenzweig, está en constante interacción con el medio ambiente y logra un equilibrio dinámico, al tiempo que retiene la capacidad de trabajar o transformar energía. La supervivencia del sistema no sería posible sin un proceso continuo de flujo de entrada, transformación y flujo de salida. En el sistema biológico o social, se puede hablar de un proceso continuo de reciclamiento. El sistema debe recibir una entrada suficiente de recursos para mantener sus operaciones y para exportar al medio ambiente los recursos transformados, en cantidades suficientes para continuar el ciclo.

Y citan a F. Kenneth “A general Systems Approach to Organizations”, “Todo sistema que sobrevive debe ofrecer algún producto aceptable, generalmente a un suprasistema o a un sistema colateral”.

⁷⁰ Kast F.E. Rosenzweig J. Administración en las organizaciones, Cuarta Edición 1993. McGraw Hill. México.

Es notable como, este enfoque se enriquece cada vez más, pues son: el pensamiento sistémico, al que Senge denomina “La quinta disciplina”⁷¹ y la comprensión de los sistemas complejos, lo que nos permite aproximarnos a explicaciones más satisfactorias al derrumbarse el paradigma de los métodos lineales, es decir, la relación proporcional que existe entre el aumento o disminución del valor de una variable con respecto a otra, por el surgimiento de un paradigma nuevo basado en la no-linealidad⁷².

Énfasis en la tecnología

- **Enfoque de contingencia.**

La corriente contingencial es una escuela que se inicia en los años sesenta por investigadores ingleses y americanos como Burns y Stalker (1961), Pugh, Hickson y Hinings (1968) Woodward (1965), Asnoff (1965), Emery y Trist (1965), Lawrence y Lorsch (1967), Perrow (1967) y Thompson (1967); los cuales elaboraron marcos conceptuales, utilizando el análisis factorial, para el estudio de las dimensiones de estructura tales como *especialización, estandarización, formalización, concentración de autoridad y línea de control* en relación a factores contextuales como *edad, tamaño, tecnología, medio ambiente y propiedad*.

El enfoque de contingencia trata de recuperar la capacidad explicativa de las corrientes anteriormente mencionadas, al considerar la organización como un sistema abierto dependiente de factores del medio ambiente, sin dejar de contemplar las tareas, las personas y la estructura. La teoría contingencial considera que la organización es un todo unificado; sus objetivos, estrategias, tecnología, estructura y procesos, así como las predisposiciones de sus miembros están interrelacionados y son interdependientes. Para que la organización pueda enfrentar eficazmente a su medio ambiente debe desarrollar una configuración integral entre sus componentes.

⁷¹ Senge P. La quinta Disciplina, Cuarta reimpresión 2005. Granica. Buenos Aires

⁷² Ruelas E. “Las ciencias de la complejidad y la innovación médica” 2005. Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, Plaza y Valdés. México.

De acuerdo con Kast, “El punto de vista de contingencia busca entender las interrelaciones dentro y entre los subsistemas, así como entre la organización y su medio ambiente y definir los esquemas de relaciones o configuraciones de variables”⁷³. Reconoce que el medio ambiente y los subsistemas internos de cada organización son de alguna manera únicos y son la base para diseñar y administrar organizaciones específicas.

El eclecticismo de este enfoque es evidente, pues sólo a partir de la contribución de múltiples teorías, es posible aproximarse a una mayor comprensión de las múltiples e intrincadas interrelaciones entre los componentes principales de la organización, así como entre la organización y su medio ambiente.

3. Corrientes de actualidad.

Calidad.

Es muy conocida esta anécdota referida por David J. Lu, traductor de Kaoru Ishikawa: un ejecutivo de la CBS/Sony expresó que sus plantas de producción, eran continuamente visitadas para observar su tecnología de fabricación de discos fonográficos. Los visitantes sabían que los discos de Sony sonaban mejor, pero para su sorpresa, su producción no difería en tecnología y materiales de las plantas de otras marcas. No había secretos, este ejecutivo aseveraba “la diferencia en la calidad del sonido no proviene de nuestras máquinas, sino de nuestra gente”⁷⁴.

En la actualidad, se dispone de un enorme acervo de conocimientos acerca de la calidad. Quizás sea el tema de administración sobre el que más se ha escrito y no es objetivo de este trabajo hacer una amplia descripción de ella, sino hacer la referencia indispensable para contextualizar este trabajo.

⁷³ Kast F.E. Rosenzweig J. Administración en las organizaciones, Cuarta Edición 1993. McGraw Hill. México.

⁷⁴ Ishikawa K. Que es el control de la calidad. Reimpresión 1997. Grupo Editorial Norma. Colombia.

Existen datos históricos del interés que siempre ha generado el hacer bien el trabajo y los productos de éste, pero para los tiempos actuales, un antecedente importante se tuvo durante la segunda guerra mundial debido a las necesidades de la enorme producción en masa requeridas, lo que originó el control estadístico de calidad y el auge de la inspección, esta fue una contribución significativa, sin embargo permaneció restringida a las áreas de producción y su crecimiento fue relativamente lento.

Los autores más destacados en los estudios sobre calidad son Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby, En los siguientes párrafos se hace una breve referencia a ellos y se agrega, como una categoría especial, la alusión a los trabajos de Abedis Donabedian, que son una cita obligada al hablar de calidad de la atención médica.

Edwards Deming (1900-1993): "la calidad no es otra cosa más que una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua".

Los Catorce Puntos y Siete Pecados Mortales de Deming son los siguientes:

1. Hacer constante el propósito de mejorar la calidad
2. Adoptar la nueva filosofía
3. Terminar con la dependencia de la inspección masiva
4. Terminar con la práctica de decidir negocios en base al precio y no en base a la calidad
5. Encontrar y resolver problemas para mejorar el sistema de producción y servicios, de manera constante y permanente.
6. Instituir métodos modernos de entrenamiento en el trabajo
7. Instituir supervisión con modernos métodos estadísticos.
8. Expulsar de la organización el miedo
9. Romper las barreras entre departamentos de apoyo y de línea.

10. Eliminar metas numéricas, carteles y frases publicitarias que piden aumentar la productividad sin proporcionar métodos.
11. Eliminar estándares de trabajo que estipulen cantidad y no calidad.
12. Eliminar las barreras que impiden al trabajador hacer un buen trabajo
13. Instituir un vigoroso programa de educación y entrenamiento
14. Crear una estructura en la alta administración que impulse día a día los trece puntos anteriores.

Los Siete Pecados Mortales:

1. Carencia de constancia en los propósitos
2. Enfatizar ganancias a corto plazo y dividendos inmediatos
3. Evaluación de rendimiento, calificación de mérito o revisión anual
4. Movilidad de la administración principal
5. Manejar una compañía basado solamente en las figuras visibles
6. Costos médicos excesivos
7. Costos de garantía excesivos.

Joseph M. Juran (1904): la calidad es "la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente".

Para Juran la calidad puede tener varios significados, dos de los cuales son muy importantes para la empresa, ya que estos sirven para planificar la calidad y la estrategia empresarial. Por calidad Juran entiende como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuarse al uso.

Es muy reconocida la que ha dado en llamarse Trilogía de Juran:

1. Planeación de la calidad.
2. Control de la calidad.
3. Mejoramiento de la calidad.

Todo comienza con la planificación de la calidad. El objeto de planificar la calidad es suministrar a las fuerzas operativas, los medios para obtener productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes.

Una vez que se ha completado la planificación, del plan se pasa a la operación en donde ocurre la producción, aquí es donde se advierten las deficiencias en los procesos y por tanto debe analizarse que cambios se deben hacer al proceso para obtener una mejor calidad⁷⁵.

Kaoru Ishikawa (1915-1989): define el control de la calidad como: "desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor"⁷⁶ Antes de la segunda guerra mundial los métodos estadísticos se empleaban muy poco en Japón, su uso pleno empezó en 1949. Kaoru Ishikawa divide los métodos estadísticos en 3 categorías de acuerdo con su grado de dificultad⁷⁷.

I.-Método estadístico elemental o las siete herramientas indispensables para el control de la calidad, que según este autor, resuelven hasta en un 95% los problemas de una empresa:

1. Gráfica de Pareto.
2. Diagrama de causa-efecto.
3. Estratificación.
4. Hoja de verificación.
5. Histograma.
6. Diagrama de dispersión.
7. Gráficas y cuadros de control.

⁷⁵ Juran J. M. Juran y la Planificación para la calidad 1990. Díaz de Santos. Madrid.

⁷⁶ Ishikawa K. Qué es el control de la calidad. Reimpresión 1997. Grupo Editorial Norma. Colombia.

⁷⁷ Juran J. M. Juran y la Planificación para la calidad 1990. Díaz de Santos. Madrid.

II.-Método estadístico intermedio, que incluye:

1. Teoría del muestreo.
2. Inspección estadística por muestreo.
3. Métodos para realizar estimaciones y pruebas estadísticas.
4. Métodos de utilización de pruebas sensoriales.
5. Métodos de diseñar experimentos.

III.- Método estadístico avanzado:

1. Métodos avanzados de diseñar experimentos.
2. Análisis multivariable.
3. Diversos métodos de investigación de operaciones.

Philip Crosby

Es norteamericano y creador del concepto "cero defectos"(CD); sostiene que la calidad no cuesta, pero nadie va a saberlo si no existe algún tipo de sistema aprobado de medición. Además, desarrolló un concepto denominado "Absolutos de la calidad" total, cuyos principios son⁷⁸:

1. La calidad se define como cumplimiento de requisitos, no como lo bueno.
2. El sistema de calidad es la prevención, esto es anticipar, no verificar.
3. El estándar de realización es cero defectos, no "así está bastante bien".
4. La medida de la calidad es el precio del incumplimiento, no los índices.

Crosby es sumamente objetivo y contribuye a impedir que en torno de la calidad se hagan especulaciones filosóficas que le den a la calidad atributos abstractos e

⁷⁸ Crosby P. Calidad sin lágrimas. Reimpresión 1999. Compañía Editorial Continental. México

intangibles. Él afirma que existen cinco supuestos erróneos sobre la calidad y que se describen así⁷⁹:

Primero: creer que la calidad significa excelencia, lujo, brillo o peso. No es así, calidad es “cumplir con requisitos”.

Segundo: creer que la calidad es intangible y por lo tanto no se puede medir. La calidad se mide por el costo que ocasiona no cumplir con los requisitos.

Tercero: creer que existe una “economía de la calidad”, frase que carece de significado alguno.

Cuarto: dar por hecho que todos los problemas de calidad son creados por los obreros, especialmente los del área de producción.

Quinto: la calidad se origina en el departamento de calidad. Ni la calidad se origina en el departamento de calidad, ni éste es total responsable de los problemas de calidad que se generan en otras áreas.

Calidad de la atención médica

Avedis Donabedian (1919-2000) nació en Beirut (Líbano). De origen armenio, sus padres huyeron del genocidio a través del desierto, se estableció en Jerusalén. Una nueva guerra le llevó a Estados Unidos, primero a Harvard y posteriormente a Ann Arbor (Michigan) donde desarrolló toda su carrera en la Escuela de Salud Pública de dicha Universidad, de la que fue Profesor Emérito.

Sus trabajos en el campo de la Salud Pública son una gran aportación y en el ámbito de la calidad representan el punto de inflexión en el desarrollo de una ciencia incipiente. Su aportación fue básicamente conceptual. A partir del análisis de los trabajos publicados estableció la clasificación de los métodos de calidad

⁷⁹ Crosby P. La calidad no cuesta Reimpresión 2002. Compañía Editorial Continental. México

estructura-proceso-resultado, la definición de calidad, la relación entre métodos de proceso y resultado, la sistematización de los criterios, reflexiones muy importantes sobre la responsabilidad en la mejora de calidad, los diferentes enfoques para gestionarla etc.

Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales⁸⁰.

Los términos estructura–proceso–resultado forman parte indisoluble del mundo de la calidad en los cuidados de salud y han sido los conceptos más valiosos que se hayan aplicado en este campo. La evaluación de la calidad es la comparación de la realidad actual con la visión compartida del centro sanitario. Logrando metas, alcanzando objetivos se recorre el camino que existe entre la realidad y la visión. En el transcurso de este recorrido —es decir, en el desarrollo la misión— se tendrá que ir comprobando si los esfuerzos progresan en el sentido y al ritmo deseados y para ello se debe realizar una evaluación de lo que se ha hecho⁸¹.

La evaluación es una de las tres actividades fundamentales para la calidad y el análisis de sus resultados debe servir para llevar a cabo los reajustes necesarios en el sistema de la calidad. Las otras dos actividades son la definición de la calidad, es decir, la elaboración de estándares y el diseño/rediseño de procesos.

Donabedian propuso un enfoque sistemático para la evaluación de la calidad de la atención médica con fines eminentemente didácticos y logró con ello la obtención de medidas de la calidad para la estructura, el proceso y el resultado en términos de salud. Así pues, estos términos no son dimensiones o atributos de la calidad asistencial sino aproximaciones para la evaluación de la calidad.

⁸⁰ Revista Salud Pública de México/ Volumen 42 No 6, Noviembre-diciembre 2000. Secretaría de Salud, México

⁸¹ Iñiguez A. Estructura Proceso y Resultado. Localizable en http://www.webcalidad.org/articulos_2005

Estructura.

Es el conjunto de condiciones en que se lleva a cabo la atención sanitaria. La estructura es determinante para el desarrollo de los procesos y para las pautas de comportamiento de las personas y de los sistemas en ella incluidos. No debe verse a la estructura como algo estático, sino todo lo contrario, como algo dinámico que está continuamente intercambiando información con el exterior y que al mismo tiempo delimita un marco donde se realizan los procesos.

Todo cambio organizacional debe iniciar con la evaluación de la estructura, a la que están íntimamente ligados los procesos.

Desde el punto de vista del pensamiento sistémico la estructura es el resultado de la interrelación dinámica de las variables más relevantes de la organización y no la concatenación lineal de los elementos más notorios. Sólo considerando esta perspectiva se puede ver totalidades en vez de partes y reconocer los arquetipos estructurales que subyacen en las organizaciones y los modelos de comportamiento que éstas imponen.

Los indicadores de estructura, por ejemplo N° de médicos/1000 hab. son los más fáciles de obtener y por tanto son los más usados, pero tienen el inconveniente de no reflejar íntimamente la relación entre el elemento estructural y la calidad de los resultados obtenidos. Eso se debe a que la calidad es el resultado indisoluble de elementos de la triada estructura, proceso y resultado.

Procesos.

Si la estructura es determinante de los procesos, también es cierto que éstos pueden influir y modificar con el tiempo a la estructura. De hecho hay procesos que acaban transformándose en estructura, demostrando de este modo la unidad inseparable del binomio estructura–proceso.

Los procesos dentro de una organización obedecen a las reglas de juego que les marca la estructura, son el resultado de patrones estructurales de comportamiento y por tanto si queremos modificar los procesos habrá que ver si la estructura lo permite o hay que modificarla. Las características de los procesos asistenciales están más directamente relacionadas con los resultados obtenidos que las características de la estructura. Los indicadores para medir la calidad de los procesos se pueden obtener fácilmente de la historia clínica u otros registros, por ejemplo “Pacientes hipertensos con examen de fondo de ojo/Total de pacientes atendidos X 100”.

Resultados.

En general, la medida de los resultados se considera el mejor medio para evaluar el nivel de calidad de los cuidados asistenciales. Tiene que ser así porque a fin de cuentas lo que verdaderamente importa es la salud y bienestar de los pacientes y de la población.

Medir los resultados es algo más difícil que medir la estructura y los procesos. Cuando los resultados se producen mientras se presta la asistencia son fácilmente observables y pueden evaluarse sin problemas. Es lo que hacen los médicos y enfermeras para conducir los cuidados: los resultados intermedios les guían en la siguiente decisión a tomar. Pero cuando los resultados relevantes aparecen tiempo después de que la prestación asistencial haya terminado es mucho más

difícil establecer una relación entre ambos y por tanto cometer errores de atribución.

Una definición más actual de la calidad de la atención médica consiste en “otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución”⁸².

Sociedad del conocimiento.

Hace 30 años Drucker acuñó los términos *sociedad del conocimiento* y *trabajador con conocimientos*, demostrando con ello el gran interés que tuvo el fenómeno del conocimiento en la sociedad contemporánea y que compartió con Alvin Toffler, James Brian Quinn y Robert Reich⁸³.

Drucker argumenta que el conocimiento no es otro recurso sino el único recurso válido en el presente y hace que la sociedad sea única en su clase. Toffler afirma que el conocimiento es la fuente del poder de más alta calidad, la clave para el cambio que se dará en el poder y el nuevo sustituto de los otros recursos. Quinn comparte la opinión de que el poder económico y de producción de una compañía moderna se basa más en sus capacidades intelectuales y de servicio, que en sus activos. El conocimiento está íntimamente ligado a los elementos intangibles que agregan valor a productos y servicios.

En la sociedad del conocimiento, dice Drucker, la tarea consiste en lograr que los empleados trabajen de manera más inteligente y no más ardua y la base para lograr que las habilidades mentales sean productivas es lo que él llama “aprender a aprender”⁸⁴. En la sociedad del conocimiento la función intelectual no está en

⁸² Aguirre H. Calidad de la atención médica, 3era Edición 2002. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México.

⁸³ Nonaka I. Takeuchi H. La organización creadora de conocimiento. 1999, Oxford. México

⁸⁴ Citado por Flaherty J. en “La esencia de la administración moderna” 2001. Prentice Hall. México.

pos de una sola persona, por ello se requiere de equipos de personas, todas necesarias pero ninguna indispensable⁸⁵.

Pero, ¿Qué es el conocimiento?,

No es propósito de este trabajo desarrollar una discusión sobre este tema que ha sido medular en la filosofía clásica, pero es necesario hacer algunas anotaciones, a manera de un hilo conductor, para centrar mejor las ideas que se vierten en los párrafos siguientes.

Nonaka⁸⁶ cita a Platón para decir que los filósofos occidentales, generalmente concuerdan en que el conocimiento se trata de una creencia verdadera justificada (episteme). Dicho de otra manera: la mera creencia y opinión (ignorante de la realidad de las cosas) quedan relegadas al ámbito de lo probable y lo aparente. Una certeza que el día de mañana probara ser falsa, en verdad nunca habría sido conocimiento.

El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. El conocimiento es una relación entre sujeto y objeto.

En una aproximación más operativa, al conocimiento se le define como:

- El conjunto organizado de datos e información destinados a resolver un determinado problema⁸⁷.
- Una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente⁸⁸.

⁸⁵ Citado por Flaherty J. en "La esencia de la administración moderna" 2001. Prentice Hall. México

⁸⁶ Nonaka I. Takeuchi H. La organización creadora de conocimiento.1999, Oxford. México.

⁸⁷ urs: <http://es.wikipedia.org/wiki/Wiki>

⁸⁸ urs: <http://es.wikipedia.org/wiki/Wiki>

- Conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas⁸⁹.

Nonaka en su obra, “La organización creadora de conocimiento” brinda una explicación para la creación del conocimiento y como se administra este proceso, misma que se describe a continuación en sus rasgos más generales.

Por principio de cuentas, el conocimiento sólo se crea por personas y se amplifica en la organización, solidificándolo como parte de la red de conocimientos de la organización.

Por otra parte, debe considerarse que el conocimiento se distingue en *tácito* y *explícito*. El *tácito* es personal y de contexto específico, difícil de formalizar y comunicar, contiene el llamado *know how* referido con frecuencia, oficios y habilidades concretas. Es a esa forma de conocimiento que se refieren artistas, deportistas, etc. como el conocimiento más profundo que no se puede transmitir o enseñar a otros, que se siente, que se vive, por lo que se afirma que el aprendizaje más importante proviene de la experiencia directa.

El conocimiento explícito o “codificado” puede transmitirse utilizando el lenguaje formal y sistemático.

Las personas adquieren conocimientos creando y organizando activamente sus propias experiencias, de manera que el conocimiento que puede expresarse con números y palabras es mucho menor que el cuerpo total de conocimiento, es decir, que podemos saber mucho más de lo que podemos expresar.

Así se explica como el involucramiento con los objetos es capaz de crear conocimiento y entonces, la objetividad científica no es la única fuente de

⁸⁹ urs: <http://www.daedalus.es/Nosotros-E.php>

conocimiento. Gran parte de nuestro conocimiento es fruto del esfuerzo de cada quien en su trato con el mundo.

Cuadro No. 4.3 Dos tipos de conocimiento.

Conocimiento tácito, subjetivo	Conocimiento explícito, objetivo
Conocimiento de la experiencia (cuerpo)	Conocimiento racional (mente)
Conocimiento simultáneo (aquí y ahora)	Conocimiento secuencial (allá y entonces)
Conocimiento análogo (práctica)	Conocimiento digital (teoría)

Debe señalarse que el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, no son entidades separadas; aunque se da el caso de que en la cultura japonesa se hace énfasis en el conocimiento tácito, mientras que en la cultura occidental dan más importancia al conocimiento explícito, entre ellos hay interacción e intercambio. A través de esta interacción es como se crea y se expande el conocimiento humano.

Cabe citar de nueva cuenta a Drucker, quien afirma que el conocimiento debe tener utilidad y aplicación pues de lo contrario es algo inútil y advierte que la explosión de información moverá a una mayor especialización y llamó a esto “el cambio *del conocimiento a los conocimientos*”⁹⁰.

Peter Senge⁹¹ utiliza el pensamiento sistémico para hacer que la mente pase de pensar en las partes a pensar en un todo. El pensamiento sistémico según Senge, es un marco conceptual, un cuerpo de conocimiento e instrumentos que se ha desarrollado en Occidente para ayudar a las personas a ver más claramente los patrones completos, la meta de la organización que aprende esta en aprender con la mente no con el cuerpo. Senge amplía la idea diciendo que el aprendizaje a

⁹⁰ Drucker P. La sociedad postcapitalista, Citado por Flaherty J. en “La esencia de la administración moderna” 2001. Prentice Hall. México.

⁹¹ Senge P. La quinta Disciplina, Cuarta reimpresión 2005. Granica. Buenos Aires

través del sistema ensayo y error es una ilusión, hay que las consecuencias de la mayoría de las decisiones críticas tomadas en una organización afectan a todo el sistema durante años, marco temporal que hace imposible el aprendizaje a través de la experiencia directa.

La esencia de la innovación es la recreación del mundo de acuerdo con un ideal o una visión particular, el crear nuevo conocimiento significa literalmente volver a crear la empresa y a todos los que pertenecen a ella dentro de un proceso continuo de renovación personal y organizacional. No se trata de la responsabilidad de unos pocos elegidos, sino de todos los que participan dentro de la organización.

El conocimiento debe construirse por sí mismo, y con frecuencia demanda una interacción intensiva y laboriosa entre los miembros de la organización.

El conocimiento nuevo y propio no puede ser creado sin la intensa interacción del exterior y el interior. Para crear conocimiento, lo que se aprende de otros y las habilidades compartidas deben volverse internas, es decir, reformarse, enriquecerse y traducirse para que se ajusten a la identidad e imagen de la organización.

Los ejecutivos occidentales, desde el punto de vista japonés, necesitan olvidar su antiguo esquema de conocimiento⁹². Requieren escapar del viejo esquema de pensamiento que establece que el conocimiento puede adquirirse y enseñarse, y las personas pueden adiestrarse para él por medio de manuales, libros o conferencias. En cambio necesitan prestar más atención a lado del conocimiento que es menos formal y sistemático y empezar a centrarse en cosas altamente subjetivas como la intuición y las corazonadas que se adquieren mediante el uso de metáforas, fotos y experiencias.

⁹² Nonaka I. Takeuchi H. La organización creadora de conocimiento.1999, Oxford. México.

De acuerdo con lo anterior, la diferencia entre el conocimiento tácito y el explícito es la clave para entender las diferencias entre las empresas occidentales y las japonesas, respecto al conocimiento.

El hecho de tener una corazonada o algún tipo de intuición muy personal sería de poco valor para la organización si el individuo no fuera capaz de convertirla en conocimiento explícito, logrando así que sea compartida con otros miembros de la organización.

Como puede advertirse, en el centro de la discusión sobre el desarrollo y desempeño de las empresas japonesas y occidentales, se encuentran factores culturales, filosóficos, espirituales, es decir, elementos profundamente humanos. Las sociedades occidentales promueven la realización del yo individual como la meta primordial de la vida, mientras que el ideal de vida para los nipones es existir armoniosamente con otros como parte de un yo colectivo. Piensan que trabajar para otros es trabajar para uno mismo. Su tendencia natural es realizarse a través de su relación con los demás.

Desde luego, se han dado intentos basados en grandes esfuerzos por entender, conciliar e unificar estas actitudes ante la vida. Sin ánimo de desechar otras propuestas, Peter Senge⁹³ propone que para construir una organización que aprende, los ejecutivos deben hacer lo siguiente:

1. Adoptar un pensamiento sistémico
2. Desarrollar el dominio personal.
3. Trabajar con modelos mentales.
4. Construir una visión compartida
5. Facilitar el aprendizaje en equipo

⁹³ Senge P. La quinta Disciplina, Cuarta reimposición 2005. Granica. Buenos Aires

Gestión del talento.

Acorde con las ideas del entorno cambiante y turbulento que se han referido en párrafos anteriores, el evolucionismo de Charles Darwin permite advertir que existen fuerzas adversas en el entorno que obligan a los individuos a luchar por la existencia y que sólo los más capacitados sobreviven y eso es lo que sucede con las organizaciones en la actualidad⁹⁴.

De acuerdo con Pilar Jericó, la necesidad de innovar se debe a cuatro fuerzas de la economía: globalización, desregulación, tecnología y baja natalidad. La interacción de estas fuerzas provoca la mutación en las leyes de sobrevivencia y la innovación se convierte en una necesidad, a la vez que el talento, pasa a ser el principal recurso de las organizaciones.

El talento que posea la organización y su capacidad de innovar y adelantarse al mercado, no sólo le permitirá perdurar en el tiempo, sino también cambiar las reglas del juego.

El resultado de todo esto es que las organizaciones tienen que luchar en mercados cada vez más competitivos; satisfacer a clientes cada vez más exigentes; desarrollar productos o servicios innovadores y diversos, adentrarse en otros segmentos y sectores; pero además deben librar lo que la consultora McKinsey denomina “la guerra por el talento”⁹⁵.

El talento se define como capacidad relacionada con la inteligencia para el ejercicio o desempeño de una ocupación⁹⁶ sin embargo, el talento dentro de la organización, trasciende su condición individual para ubicarse en el plano colectivo –ver ¿Qué son las organizaciones? al inicio de este apartado-. El profesional con talento, según Pilar Jericó es alguien comprometido que pone en práctica sus capacidades para obtener resultados superiores en un entorno y organización

⁹⁴ Jericó P. Gestión del talento, 2001. Prentice Hall. España.

⁹⁵ Chambers et. al. 1998. “The war for talent” The McKensy Quartely. Citado por Jericó P. Gestión del talento, 2001. Prentice Hall. España.

⁹⁶ Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es>

determinados; pero necesita estar en una organización que se lo permita. Y agrega que el talento requiere de capacidades, compromiso y acción, como ingredientes básicos.

Siendo así las cosas, debe considerarse al talento como un componente de elevado valor del capital humano y debe procurarse hacer, de las organizaciones, el lugar de descubrimiento, promoción y desarrollo del talento. Las áreas de Administración y Desarrollo de Personal de las empresas deben ser las principales impulsoras del talento, aunque desde luego, no tienen en ello una responsabilidad exclusiva.

La gestión del talento, es desde luego, responsabilidad irrenunciable de la alta dirección y se ejerce a través del liderazgo, entendiéndose que parte de sus objetivos es hacer que afloren las capacidades de los integrantes del equipo de trabajo.

El liderazgo debe comenzar, elevando este asunto a la alta prioridad estratégica, a cuestión de Estado. Los líderes que se requieren han de tener talento - capacidades, compromiso y acción-. La autoridad es una cuestión de inteligencia, honradez, humanidad, valor y severidad⁹⁷.

Los gerentes deben tomar en cuenta que son las personas, quienes hacen posible la expansión de las aptitudes de la organización para crear los resultados deseados, que es la gente la que aprende a aprender hasta lograr la construcción de organizaciones que guarden mayor coherencia con aspiraciones humanas⁹⁸.

⁹⁷ Jericó P. Gestión del talento, 2001. Prentice Hall. España.

⁹⁸ Senge P. La quinta Disciplina, Cuarta reimpresión 2005. Granica. Buenos Aires.

Capítulo V

El Factor Humano en el PES.

V. El factor humano en el PES.

Al iniciar este capítulo, se hace necesario recuperar algunos de los conceptos del capítulo anterior para contextualizar las estrategias, líneas de acción y acciones específicas del PES, que enfatizan en el factor humano.

Por principio de cuentas, las instituciones de salud son organizaciones públicas en las que se conjugan los esfuerzos de una gran cantidad de personas que laboran en diversas disciplinas mismas que, a través de su trabajo diario, consiguen cumplir objetivos colectivos y en este caso en particular, no es exageración decir que estos objetivos trascienden hacia toda la sociedad. En particular, los Servicios de Salud de Hidalgo y las demás instituciones que conforman el sector salud, se ajustan a la caracterización de las organizaciones que se hace en el Capítulo IV de este trabajo.

Hay un hecho notable en la historia del sistema estatal de salud y es que, en el año de 1927 es decir, hace 80 años que se estableció en Pachuca la primera oficina con funciones de salud pública en la entidad⁹⁹.

Por ese hecho se puede suponer que en el terreno de la salud pública, lo más probable es que en Hidalgo, se hayan vivido experiencias administrativas relacionadas con el énfasis en las tareas, la estructura, las personas, el ambiente, la tecnología y las corrientes actuales, es decir, con todos los enfoques administrativos del último siglo.

La gran diversidad de actividades, de disciplinas laborales y la marcada diferencia en formación que existe entre el personal con menor capacitación y el personal altamente especializado, hacen posible, que ahora mismo, algunas tareas se lleven a cabo bajo conceptos taylorianos, con énfasis en las tareas; pero en otros

⁹⁹ Memoria 50 años Servicios Coordinados de Salud Pública Hidalgo. Islas Cortés. J. Coordinador y compilador, Publicación en 1992.

casos aplican los principios sistémicos y de contingencia, a la vez que las corrientes de actualidad como la calidad, la gestión del conocimiento y del talento, ya estén en expansión.

El Programa Estatal de Salud 2005-2011, que se presenta como un anexo en su versión ejecutiva (Anexo No. 1 Programa Estatal de Salud), establece que las acciones en materia de salud, se desarrollarán siguiendo cuatro grandes estrategias. Estas estrategias siguen el eje 2. “Calidad de Vida para el Bienestar Social” del Plan Estatal de Desarrollo que ya fue explicado en el Capítulo III de este trabajo y se desagregan en líneas de acción específicas de las que se desprenden múltiples programas de acción, cuyas metas e indicadores permitirán el monitoreo constante de las acciones a través de tableros de control específicos.

En el siguiente apartado se muestra la alineación de las estrategias y líneas de acción establecidas en el Programa Estatal de Salud, tomando como ejemplo las que se refieren al factor humano, se describe el universo en el cual se aplican y se muestran sus avances al cierre del año 2006.

1.- Estrategias y líneas de acción relacionadas con el factor humano.

Las estrategias del Programa Estatal de Salud 2005-2011 están orientadas hacia un escenario en el que la atención a la salud se entiende como algo más que la provisión de servicios de salud a la población; incluye la promoción de la salud, la previsión de riesgos, el ejercicio de la autoridad sanitaria, el impulso a políticas públicas en la materia y la rectoría del sistema estatal de salud.

Las estrategias planteadas harán cumplir el compromiso fundamental de otorgar más y mejores servicios de salud: eficientes, oportunos, con equidad y calidad; producto de una gestión moderna y en el marco de la participación de todos los sectores y la propia ciudadanía como actores activos. Pero además, contribuir a la gobernabilidad en la entidad.

Los indicadores de evaluación de los programas operativos en que desembocan las estrategias y las líneas de acción del PES, corresponden a esas “medidas” necesarias en las instituciones sin ánimo de lucro a las que se refiere Drucker, equivalentes a la rentabilidad que calibra los negocios¹⁰⁰.

En el siguiente gráfico se muestra en forma esquemática la conceptualización del Programa Estatal de Salud y se advierten sus 3 grandes objetivos, 4 estrategias y 16 líneas de acción.

Figura No. 5.1 Programa Estatal de Salud 2005-2011



Figura No. 5.1 Programa Estatal de Salud 2005-2011, muestra en resumen, cuatro de los objetivos, estrategias y líneas de acción del PES se vinculan con el factor humano.

¹⁰⁰ Drucker P The Ecological Vision. Citado por Maciariello J. en Drucker para todos los días, 2006. Grupo Editorial Norma. Colombia.

Cuadro No. 5.1 Programa Estatal de Salud 2005-2011

Concepto	Total	Relacionadas con factor humano
Estrategias	4	2
Líneas de acción	16	2
Acciones específicas	59	6

Cuadro No. 5.1 Programa Estatal de Salud 2005-2011, muestra las estrategias, líneas de acción y acciones específicas que tienen relación con el factor humano.

Las estrategias y líneas de acción del PES abordan una temática muy amplia, como amplia es también toda la gama de actividades de las instituciones de salud. En forma general, sus 16 líneas de acción se agrupan en 4 grandes temas:

- Gobernabilidad. Cuatro líneas de acción.
- Cobertura y servicios a la población. Cuatro líneas de acción.
- Calidad. Tres líneas de acción.
- Planeación y administración. Cinco líneas de acción.

De las 16 líneas de acción, dos de ellas se relacionan de manera estrecha con el factor humano y a ellas corresponden 6 de las 59 acciones específicas que señala el PES, mismas que se desagregan a continuación.

Programa Estatal de Salud 2005-2011.

Estrategias, líneas de acción y acciones específicas con énfasis en el factor humano.

Estrategia No. 3

Otorgar a la población servicios de salud con calidad y calidez en la atención médica, acordes a los mayores estándares nacionales para la prestación de los mismos.

Línea de acción 3.3

Fortalecer la cultura de la calidad y la actitud de servicio en los trabajadores de la salud.

Acciones específicas:

- 3.3.1. Establecer comités de calidad, estatal y regionales que monitoreen y mantengan el control de los procesos de trabajo.
- 3.3.2. Implementar programas estatales de capacitación y formación de recursos humanos para la salud orientados a mejorar la calidad del servicio.
- 3.3.3. Diseñar e implantar un modelo estatal de evaluación del desempeño.
- 3.3.4. Ejecutar programas de estímulos al personal basados en el buen desempeño.

Estrategia No. 4

Mejorar los procesos de gestión institucionales, reduciendo los procesos burocráticos y optimizando los recursos públicos.

Línea de Acción 4.2.

Fortalecer el desarrollo del capital humano.

Acciones específicas.

- 4.2.1. Desarrollar y ejecutar programas de administración y capacitación de personal orientadas al desarrollo humano.
- 4.2.2. Implementar sistemas institucionales homogéneos para la contratación y remuneración del personal.

2.-Universo de aplicación.

El programa Estatal de Salud tiene aplicación en todas las instituciones del sector salud. En este trabajo, se particulariza en el ámbito de los Servicios de Salud de Hidalgo.

Los Servicios de Salud de Hidalgo cuentan con una plantilla total que consta de 9,934 trabajadores. De estos, la mayor proporción se encuentra en las áreas donde se otorgan servicios a la población es decir, en las jurisdicciones sanitarias y en los hospitales, donde se concentran el 54.5% y 30.6% de todo el personal, respectivamente; el total del personal que se encuentra en las oficinas estatales no llega al 10%, como se muestra en la tabla siguiente:

Cuadro No. 5.2 Personal de los SSH por tipo de unidad administrativa y rama, 2006

Tipo de unidad	Total de trabajadores	Médicos	Enfermería	Afín a rama médica	Administrativos
Jurisdicciones	5,411	1,425	2,428	980	578
Hospitales	3,042	814	1,021	346	861
Unidades especializadas	686	42	120	322	202
Ofic.. Estatal	795				795
Total	9,934	2,281	3,569	1,648	2,436

Cuadro No.5.2 Distribución de recursos humanos por unidad administrativa y rama.

Fuente: Plantilla de personal 2006, SSH.

Entre el personal sustantivo, la disciplina con mayor presencia en la institución es la de enfermería, uno de cada tres trabajadores corresponde a esta rama; le siguen los médicos con 23%; posteriormente el personal afín a rama médica con 16.6%. El personal administrativo representa el 24.5% de todo el personal.

Un dato de gran relevancia es que en el último año, los Servicios de Salud de Hidalgo aplicaron el 73% de todo su presupuesto en el pago de servicios personales es decir, en el sueldo de los 9,934 trabajadores que constituyen su fuerza de trabajo. Un 23% del presupuesto tuvo aplicación en gasto de operación y solo el 4% fue destinado a proyectos de inversión.

3.-Operacionalización del PES

Ya se ha explicado en el capítulo II que el PES surge de un ejercicio de planeación participativa, en el que concurren una serie de organismos que constituyen el Sistema Estatal de Salud, situación que hace de éste un instrumento estratégico, pero dadas sus características de ser plural, general, flexible y de vigencia sexenal, se hace indispensable particularizar sus alcances en términos operativos y con mayor especificidad.

De esta manera se llega a un punto crucial en materia de programación-presupuestación, esto es ¿Cómo asegurar que se cumplan los objetivos, estrategias y líneas de acción del PES? ¿Cómo demostrar ese cumplimiento?. Aquí es donde tienen su lugar los Programas Operativos Anuales (POA) o Programas Anuales de Trabajo (PAT) que deben ser desarrollados anualmente, en cada institución para particularizar sus acciones, programarlas, presupuestarlas y ejecutarlas con la posibilidad de darles seguimiento y evaluación permanente.

Si la evaluación del PES tuviera como único propósito asegurar a través de sus indicadores, la estructura, procesos y resultados de las diferentes acciones, serían motivos suficientes para llevarla a cabo con sistematización y acuciosidad exhaustivas; pero a esos motivos hay que agregar la obligatoriedad de la rendición de cuentas a la que se ven sometidos todos los actos de gobierno y entonces, la evaluación adquiere una dimensión mayor que hace que la salud pública sea,

además de un motivo de satisfacción individual o familiar, un elemento de interés social y un factor indispensable de gobernabilidad¹⁰¹.

Sin perder de vista las acciones vinculadas con el factor humano, corresponde ahora describir la manera como el PES, sirve de marco para las actividades que lleva a cabo el OPD Servicios de Salud de Hidalgo y la forma cómo este organismo, valiéndose de la Estructura Programática vigente, focaliza sus acciones y les otorga definición programática y presupuestal a través de unidades de medida y metas anuales.

Estructura Programática (ES).

Nos encontramos en un punto de gran trascendencia. Por un lado, están los grandes objetivos del PES, sus estrategias y líneas de acción como un proyecto de gobierno de alcance sexenal; por otra parte, una institución que realiza cotidianamente múltiples y diversas actividades de salud. A simple vista entre ambos aspectos existe una distancia que es indispensable acortar y eso se logra a través de la “Estructura Programática” que a manera de un conector, permite el ensamble de las partes.

Khadem R. precisa que “si todos vamos en diferentes direcciones, vamos a terminar por no llegar a ninguna parte” como una premisa básica para buscar la alineación en las organizaciones, esto es “cuando las personas trabajan con un propósito común y líneas integradas de acción, están alineadas. Cuando trabajan con propósitos encontrados, no lo están”¹⁰².

La Estructura Programática es un plan general de clasificación que agrupa diferentes actividades para lograr los objetivos de la Institución. La estructura está formada por categorías programáticas, que son el conjunto de acciones que

¹⁰¹ Estado, Gobierno y bienestar social, Uvalle B. R. Instituto Nacional de Administración Pública, Secretaría de Salud. México 2000.

¹⁰² Khadem R. Alineación Total, Grupo Editorial Norma. Colombia 2000.

requerirán autorización de recursos y que constituyen la estructura del presupuesto¹⁰³.

Otra definición expresa que la Estructura Programática es un conjunto de categorías y elementos programáticos ordenados en forma coherente; define las acciones que efectúan las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, para alcanzar sus objetivos y metas de acuerdo con las políticas definidas en el Plan, los programas y los presupuestos. Ordena y clasifica las acciones del sector público para delimitar la aplicación del gasto y permite conocer el rendimiento esperado de la utilización de los recursos públicos¹⁰⁴.

Para el caso de salud, las categorías programáticas más amplias e incluyentes se denominan Subfunciones y son:

1. Prestación de servicios de salud a la comunidad
2. Prestación de servicios de salud a la persona
3. Generación de recursos para la salud
4. Rectoría del sistema de salud

Estas subfunciones corresponden a un nivel de asignación de recursos muy general, utilizado para la programación presupuestación de todas las dependencias del sector salud en su interlocución con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Las subfunciones, se desagregan a su vez en un nivel inferior que son las Actividades Institucionales Relevantes:

1. Apoyo a la función pública y buen Gobierno
2. Servicios de apoyo administrativos. Primer nivel
3. Servicios de apoyo administrativos. Segundo nivel

¹⁰³ Información localizable en el URL <http://www.ccss.sa.cr/dirfinan/dfc3511.htm>

¹⁰⁴ Información localizable en el URL <http://www.definicion.org/estructura-programatica>

4. Servicios de apoyo administrativos. Oficina central
5. Establecer, dirigir y evaluar las políticas en materia de salud y asistencia social
6. Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades
7. Realizar la vigilancia y el control epidemiológico
8. Operar el Sistema Federal Sanitario
9. Proporcionar servicios de atención a la salud
10. Formar y capacitar recursos humanos para la salud
11. Desarrollar investigación para la salud
12. Proporcionar servicios de asistencia social y beneficencia pública
13. Desarrollar infraestructura física en salud
14. Establecer, dirigir y evaluar las políticas en materia de salud y asistencia social

La desagregación que representan estas Actividades Institucionales, corresponde al nivel de programación presupuestación que existe entre los Servicios de Salud de Hidalgo y la Secretaría de Salud federal.

Finalmente en una categoría más, de orden operativo, las Actividades Institucionales dan lugar a una amplia lista de Actividades Homologadas. En este último nivel de programación presupuestación se localizan las actividades que se ejecutan en el orden local, unidades médicas ambulatorias o de hospitalización.

La Estructura Programática vigente se muestra en el Anexo 2, de manera esquemática, las categorías programáticas se desagregan como se muestra enseguida, Cuadro No. 5.3.

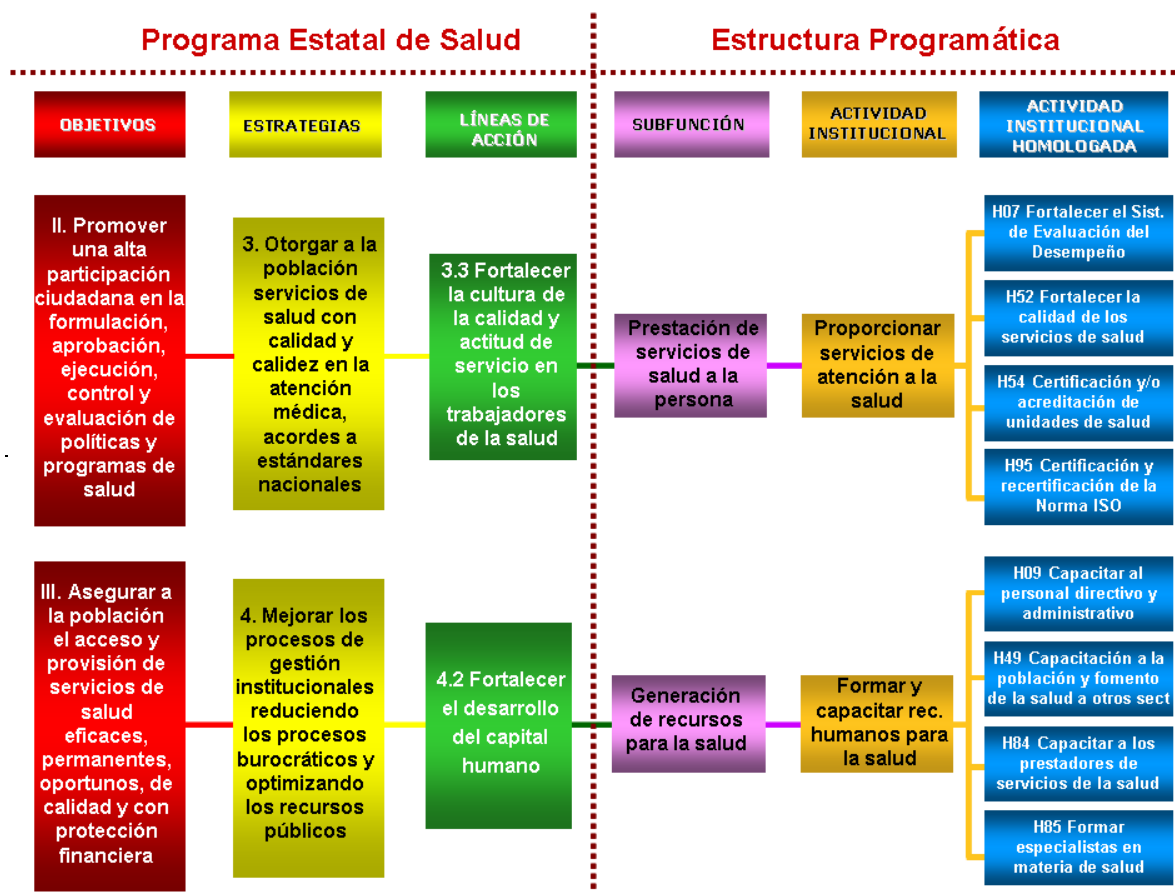
Cuadro No. 5.3 Estructura Programática

Subfunciones	Act. Institucionales	Act. Homologadas
4	14	83

Cuadro No. 5.3 Estructura Programática, muestra el concentrado de categorías programadas.

Debe destacarse que los objetivos y estrategias del Programa Estatal de Salud, conectan con la Estructura Programática lo cual permite asociar el cumplimiento de los propósitos sexenales a través del quehacer institucional cotidiano, según se muestra en la figura 5.2 que ilustra la alineación del Programa Estatal de Salud y la Estructura Programática 2006, en el gráfico, de izquierda a derecha se observa como conectan los objetivos, estrategias y líneas de acción con las tres categorías de la Estructura Programática, es decir subfunción, actividad institucional y actividades homologadas.

Figura No. 5.2 Alineación del Programa Estatal de Salud y la Estructura Programática 2006.



Alineación del PES, EP y POA 2006.

En la Figura No. 5.3 se muestran, alineados, componentes alusivos al factor humano en el Programa Estatal de Salud (PES), la Estructura Programática (EP) y el Programa Operativo Anual (POA) 2006. Advierta que las Actividades Homologadas, desembocan en 10 actividades específicas vinculadas con el factor humano, las cuales se representan con sus unidades de medida y la cuantificación de lo programado versus lo realizado en un año. En el caso que nos ocupa, los avances registrados para el año 2006 son notablemente satisfactorios.

Figura No. 5.3 Operacionalización del Programa Estatal de Salud, 2006

PROGRAMA ESTATAL DE SALUD			ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA			PROGRAMA OPERATIVO ANUAL 2006				
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION	SUBFUNCIÓN	ACTIVIDAD INSTITUCIONAL (A)	ACTIVIDAD INSTITUCIONAL HOMOLOGADA	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS		PORCENTAJE
								P	R	
II. PROMOVER UNA ALTA PARTICIPACION CIUDADANA EN LA FORMULACION, APROBACION, EJECUCION, CONTROL Y EVALUACION DE POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PARA EFECTUAR LA ATENCION MEDICA Y PROCURAR SU PRESTACION CON MAYOR CALIDAD Y CALIDEZ.	3. OTORGAR A LA POBLACION SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ EN LA ATENCION MEDICA, ACORDES A LOS MAYORES ESTANDARES NACIONALES PARA LA PRESTACION DE LOS MISMOS.	3.3. FORTALECER LA CULTURA DE LA CALIDAD Y LA ACTITUD DE SERVICIO EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA	PROPORCIONAR SERVICIOS DE ATENCION A LA SALUD	H07 FORTALECER EL SISTEMA DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO	ESTIMULOS A LA CALIDAD OTORGADOS	ESTIMULOS OTORGADOS	81	81	100
					H02 FORTALECER LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	USUARIOS SATISECHOS EN CONSULTA EXTERNA	USUARIOS	0	62,943	0
					H04 IMPULSAR LA CERTIFICACION Y/O ACREDITACION DE UNIDADES DE SALUD Y SUPERVISION INTEGRAL	UNIDADES ACREDITADAS	UNIDADES	62	62	100
					H05 INSTRUMENTAR ACCIONES PARA LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION DE LA NORMA ISO DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y NORMATIVAS	UNIDADES CERTIFICADAS	UNIDADES	2	2	100
III. ASEGURAR A LA POBLACION EL ACCESO Y PROMOCION DE SERVICIOS DE SALUD EFICACES, PERMANENTES, OPORTUNOS, DE CALIDAD Y CON PROTECCION FINANCIERA, PRIVILEGIANDO LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD A LOS GRUPOS SOCIALES DE ATENCION PRIORITARIA Y DE ALTA VULNERABILIDAD	4. MEJORAR LOS PROCESOS DE GESTION INSTITUCIONALES, REDUCIENDO LOS PROCESOS BUROCRATICOS Y OPTIMIZANDO LOS RECURSOS PUBLICOS.	4.2. FORTALECER EL DESARROLLO DEL CAPITAL HUMANO.	GENERACION DE RECURSOS PARA LA SALUD	FORMAR Y CAPACITAR RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	H09 CAPACITAR AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DIRECTIVO A NIVEL TECNICO Y GERENCIAL	PERSONAL DIRECTIVO Y ADMINISTRATIVO CAPACITADO	PERSONAS CAPACITADAS	110	110	100
					H09 CAPACITACION A LA POBLACION Y FOMENTO DE LA SALUD HACIA OTROS SECTORES	PARTERAS CAPACITADAS	PARTERAS	340	310	100,08
						ALDILARES DE SALUD CAPACITADAS	ALDILARES	1,072	1,037	103,38
					H04 CAPACITAR A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE LA SALUD	PERSONAL DE SALUD CAPACITADO	PERSONAS CAPACITADAS	20,594	20,789	99,00
H05 FORMAR ESPERANZISTAS EN MATERIA DE SALUD (ENSEÑANZA)	PERSONAL BECARIO EN FORMACION	BECARIOS	1,327	1,327	100					

* Sin programación porque la actividad se realiza por muestreo en cantidades variables

1. **Estímulos otorgados.** Este rubro aplica exclusivamente en personal operativo de rama médica, enfermería y afín, que hayan cumplido al 100% con los requisitos establecidos para el otorgamiento del estímulo.

2. **Usuarios satisfechos en la consulta externa.** Se refiere a actividades realizadas dentro del Programa “Cruzada Nacional por la Calidad” en el que el universo de trabajo se define aleatoriamente por personal de la SSA federal y por ello carece de cifra en la columna de “programado”. Aplica en centros de salud y servicio de consulta externa de hospitales. Los resultados obtenidos de las encuestas sobre satisfacción de usuarios fue del 91.47%.

3. **Usuarios satisfechos en urgencias.** Esta actividad se relaciona con la del numeral anterior y aplica exclusivamente en servicios de urgencia en hospitales. La satisfacción de usuarios medida a través de encuesta fue del 85.6%.

4. **Unidades acreditadas.** En el proceso de acreditación institucional, se cumplió la meta de 52 unidades acreditadas, mismas que entrarán al proceso de certificación.

5. **Unidades certificadas.** Dos unidades entraron al proceso de certificación y o consiguieron, se trata del Centro Estatal de Transfusión Sanguínea y el Laboratorio Estatal de Salud Pública.

6. **Personal directivo capacitado.** Se trata de una actividad presente en un proceso reorganizativo de los Servicios de Salud que tuvo como meta capacitar a 110 personas del nivel directivo medio en las áreas de Sistemas de Salud, Herramientas Gerenciales y Sensibilización al Cambio.

- 7. Parteras capacitadas.** Al cierre del año 2006 se contaron 485 parteras en activo. De estas se programó capacitar a 340 que representan el 70% del universo, con un cumplimiento de 91.2%.
- 8. Auxiliares de Salud capacitados.** Los Auxiliares de Salud son personas que no tienen condición de “trabajadores” de la institución, sino colaboradores voluntarios originarios de localidades que no cuentan con unidad médica, en las que se ejecutan actividades preventivas y de promoción de la salud. A ellos se dedican actividades específicas de capacitación que en este caso, alcanzaron el 97.6%.
- 9. Personal de salud capacitado.** La capacitación del personal es una actividad institucional con gran arraigo. Este rubro expresa la participación de todo el personal en las actividades de capacitación desarrolladas en un año, con alcances un poco por arriba de lo programado, 101%.
- 10. Personal becario en formación.** La institución tiene la gran responsabilidad de participar en la formación profesional de médicos en nivel licenciatura y especialidad, este personal “becario” es objeto de actividades de capacitación específicas y por ello se desagrega en este rubro. En el año 2006, se cumplió al 100% con la meta programada de médicos en formación.

Capítulo VI

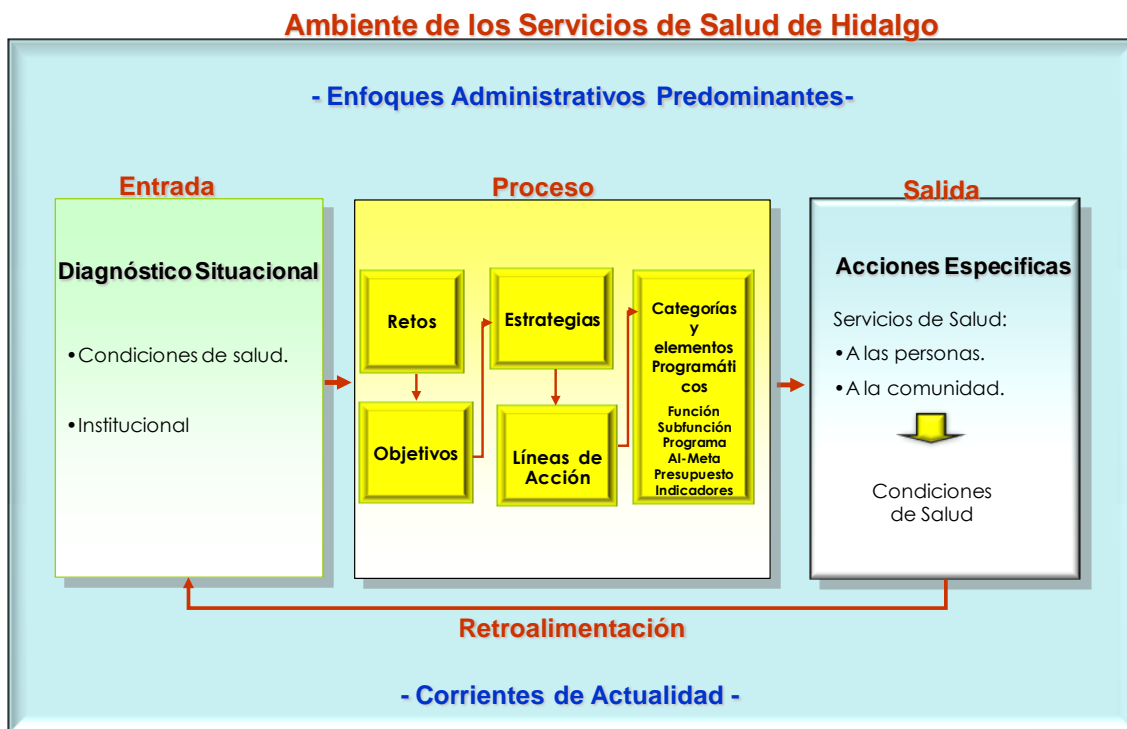
Representación gráfica del Modelo de Gestión de los SSH

VI. Representación gráfica del Modelo de Gestión de los SSH.

En el apartado 1.2 de este trabajo se refiere que los sistemas de salud deben cumplir con tres objetivos generales: mejorar la salud de las personas; dar respuesta a las legítimas expectativas de la población en materia de salud y alcanzar condiciones de equidad en las contribuciones financieras que permiten la provisión de sus servicios. También se menciona que “el cumplimiento de estos objetivos generales depende del acierto con que los sistemas desempeñen cuatro funciones de gran relevancia, estas son: prestación de servicios de salud; generación de recursos; financiamiento y rectoría.

El modelo de gestión que aquí se describe y se representa mediante la siguiente figura, tiene como marco más remoto el sistema nacional de salud y en forma más próxima el sistema de salud estatal y por lo tanto, también debe concebirse desde una perspectiva sistémica.

Figura No. 6.1 Modelo de gestión de los SSH.



Entrada.

El complejo campo de la salud se caracteriza a través de un diagnóstico que comprende dos aspectos, por una parte están las condiciones de salud de la población y por otra, la respuesta social organizada a través de las instituciones de salud, en este caso los Servicios de Salud de Hidalgo, que con sus recursos de todo tipo, hacen frente a la situación inicial para mejorar la salud de las personas y pasar a un nivel de bienestar más satisfactorio.

Proceso.

La existencia de retos, tanto en el campo de la salud propiamente dicho, como organizativos, da lugar a la formulación de planes de breve y mediano plazo que para su ejecución se desagregan en objetivos, estrategias y líneas de acción; estos a su vez, se operacionalizan mediante instrumentos programático presupuestales que permiten clasificarlos, priorizarlos y definirlos cualitativa y cuantitativamente en metas que son objeto de seguimiento y evaluación.

Los procesos institucionales incorporan la actividad de todos los trabajadores de la organización, sean administrativos o sustantivos; directivos o de operación, que tienen como resultado diversos servicios para clientes internos y externos. Desde luego, lo que distingue a la organización y es con mucho la parte más visible de ella es la prestación de servicios de salud.

Salida.

Mediante los procesos se conjugan todos los recursos teniendo como resultado diversos servicios de salud en la salida del sistema, estos se clasifican en dos grandes categorías, los servicios de salud personales y los comunitarios; los primeros se otorgan a las personas en forma individual, pues no pueden ser compartidos con nadie, como es el caso de una consulta médica o una curación, los comunitarios en cambio son acciones que se traducen en beneficio colectivo

como la promoción de estilos de vida saludable, las inspecciones sanitarias a productos alimenticios etc.

Retroalimentación.

Es de esperarse que la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, modifique las condiciones de salud iniciales. La información que se genera al respecto debe retroalimentar y actualizar el diagnóstico de salud y contribuir para que la organización se encuentre en condiciones de repetir el ciclo, rectificando o ratificando objetivos, estrategias y metas.

Ambiente.

En este modelo podemos distinguir claramente un ambiente específico que corresponde al ámbito de la salud y el espacio organizacional; es aquí donde se encuentran las entradas, procesos y salidas de este sistema, así como los conocimientos en las disciplinas de la salud y administrativos, los enfoques tradicionales y las corrientes de actualidad que catalizan la ejecución de los procesos. También un ambiente general, el de los Servicios de Salud de Hidalgo que como una institución pública se ajusta a un marco político, jurídico y en el que también tienen lugar la cultura, la tecnología y la educación, entre otros componentes.

Conclusiones

Conclusiones.

1.-El ámbito de los sistemas de salud es sumamente complejo.

La salud es un factor de bienestar individual y colectivo insustituible, de ahí su carácter de auténtica necesidad social y por lo tanto, una responsabilidad gubernamental. En materia de salud, es fácil pensar que todos necesitan todo, es decir, de sus beneficios no se debe excluir a ninguna persona y todas ellas deben recibir servicios de conservación y restauración de la salud, así como los rehabilitatorios que puedan ser necesarios, según el caso.

Otorgar servicios de salud a toda la población requiere de organizaciones necesariamente voluminosas porque están integradas de manera multidisciplinaria, consumen enormes cantidades de recursos, en ellas se gestionan necesidades humanas muy sentidas y generan servicios individuales y colectivos que se cuentan en cientos de miles o millones, de ahí que los sistemas de salud y las organizaciones que los integran poseen distintivas particularidades, como es el caso del Sistema Nacional de Salud y el Sistema Estatal de Salud.

2.-Mejorar las condiciones de salud en el estado de Hidalgo es un gran reto.

Aún cuando, a través de los indicadores de morbilidad y mortalidad se aprecian cambios favorables en las condiciones de vida de los hidalguenses, que se resumen en el incremento progresivo de la expectativa de vida, en la entidad prevalecen condiciones de riesgo que hacen que la población sea vulnerable en alto grado a causas relacionadas con condiciones de vida precarias e insuficiencias en la prestación de servicios de salud, como es el caso de la mortalidad materna e infantil.

Los Servicios de Salud de Hidalgo son el organismo operativo, a través del cual, el gobierno del estado instrumenta la prestación de servicios a la población. Más allá de

sus fortalezas y oportunidades, este organismo tiene debilidades y amenazas relacionadas con su modelo organizativo.

3.-En Hidalgo, las acciones de salud tienen el marco del desarrollo planeado.

En concordancia con la importancia de la salud como un componente del bienestar individual y colectivo, el gobierno del estado de Hidalgo formuló un Plan Estatal de Desarrollo que ejecuta a través de diversos programas sectoriales, uno de ellos es el Programa Estatal de Salud, entre ambos instrumentos, se aprecia una estrecha congruencia.

4.-Las disciplinas administrativas son parte del marco de referencia para comprender la evolución y actuación de la organización de salud.

La revisión de la Teoría General de la Administración y de las organizaciones, permite advertir que las organizaciones de salud y en particular, los Servicios de Salud de Hidalgo, en su complejidad organizativa y de operación, son un claro ejemplo de eclecticismo, toda vez que reúnen características apreciables de los distintos enfoques administrativos.

La diversidad de servicios y los enormes volúmenes de estos que se prestan de manera cotidiana a la población, hacen necesario un enfoque de tareas; lo multidisciplinario de los prestadores de servicios y las situaciones interpersonales que se gestionan en la organización, hacen imprescindible aplicar conceptos de relaciones humanas y comportamiento organizacional; el enfoque estructuralista se aplica para comprender y enriquecer el funcionamiento de esta organización de modelo burocrático y desde luego, el entorno cambiante de la salud, hace que sus organizaciones tengan un comportamiento explicable desde las perspectivas sistémica y contingencial.

La incorporación de corrientes de actualidad, hace advertir que las organizaciones de Salud son vanguardistas.

5.-Los Servicios de Salud de Hidalgo son una organización pública que da importancia al factor humano.

Aún cuando las actividades sustantivas de la organización son muy numerosas, es de destacar el hecho de que en las actividades nucleares de los Servicios de Salud de Hidalgo se encuentren algunas representativas del lugar preponderante que tiene el personal, su enriquecimiento como capital humano y otras vinculadas al desempeño encaminado a la excelencia como son los programas de calidad y la certificación de establecimientos de salud.

Estas actividades, no solo son realizadas de manera ordinaria en la organización, sino que están inscritas formalmente en el Programa Estatal de Salud y los Programas Operativos Anuales y son objeto de seguimiento y evaluación. Se infiere que la capacidad de la organización para afrontar los retos derivados de la responsabilidad de atender la salud de la población, depende en gran medida de poseer personal suficiente, pero además capacitado y sensible a las altas responsabilidades que tiene encomendadas.

Anexos

ESTRUCTURA PROGRAMATICA ESTATAL 2006

Componente	
"C"	Actividad Relevante
"R"	Actividad Institucional
"H"	Descripción

C1 Rectoría del Sistema de Salud	
R1	Diseñar, regular y conducir políticas en salud
	H01 Fortalecer el papel rector de los servicios de salud H02 Ampliar la participación ciudadana en la planeación y operación eficiente de los servicios de salud H04 Asuntos Jurídicos H05 Contraloría Interna
R2	Generar la información y realizar la evaluación en salud
	H06 Fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud H07 Acciones para la evaluación del desempeño
R4	Servicios de apoyo administrativo de rectoría
	H10 Administración central H103 Servicios personales de rectoría
C2 Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	
R5	Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades
	H11 Promover la educación saludable H12 Comunidades saludables H13 Otras acciones de promoción de la salud H14 Prevención de lesiones accidentales e intencionales H15 Salud integral para migrantes y sus familias H16 Mejorar la salud y nutrición de los pueblos indígenas H17 Acciones específicas para garantizar y/o mejorar la equidad de género y la salud de las mujeres en las políticas y programas de salud (Programa Mujer y Salud) H18 Promoción de la salud reproductiva para grupos en riesgo H19 Planificación Familiar (métodos anticonceptivos y consejería) H20 Prevención del cáncer cérvico-uterino y mamario H21 Prevención del cáncer de próstata H23 Promoción de la salud mental

Componente			
"C"	Actividad Relevante		
	"R"	Actividad Institucional	
		"H"	Descripción
		H27	Promoción de la salud materna e infantil con atención al embarazo, parto y puerperio (Arranque parejo)
		H28	Vacunación universal (Cartilla nacional de vacunación)
		H29	Prevención de riesgos a la salud de niños y niñas
		H30	Promoción de la salud sexual y reproductiva de adolescentes
	R6	Realizar la vigilancia y el control epidemiológico	
		H32	Prevención de la tuberculosis
		H34	Prevención de las enfermedades transmitidas por vector (dengue y paludismo)
		H36	Prevención de las ITS y el VIH-SIDA
		H37	Prevención de enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes y promoción de la salud del anciano y adulto mayor
		H39	Prevención de enfermedades regionales, incluyendo problemas del rezago (brucelosis, oncocercosis, alacranismo, manganismo, rabia, lepra y cólera)
		H41	Atención en desastres y urgencias epidemiológicas
		H42	Promoción de la salud bucal
		H43	Desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica
	R7	Operar el Sistema Federal Sanitario	
		H44	Fomento y control sanitario de productos, insumos y servicios de salud
		H45	Fomento y control de la salud ambiental, ocupacional y saneamiento básico
		H46	Control sanitario de la publicidad
		H47	Atención de emergencias y alerta sanitarias
		H48	Laboratorio Estatal de Salud Pública
	R9	Servicios de apoyo administrativo a la comunidad	
		H50	Administración jurisdiccional (primer nivel)
		H104	Servicios personales de la comunidad
C3	Prestación de Servicios de Salud a la Persona		
	R10	Implementar medidas para mejorar la calidad de los servicios de salud	
		H95	Instrumentar acciones para la certificación y recertificación de la norma ISO de unidades administrativas y normativas
	R11	Prestar servicios integrales de atención a la salud	
		H55	Atención de la salud bucal (estomatología)
		H57	Control reproductivo y de enfermedades de salud reproductiva en grupos en riesgo

Componente			
"C"	Actividad Relevante		
	"R"	Actividad Institucional	
		"H"	Descripción
		H61	Atención médica de primer nivel
		H62	Atención médica de segundo nivel
		H64	Atención de urgencias
		H65	Laboratorios Clínicos de apoyo a la atención médica
		H66	Garantizar la disponibilidad de sangre segura
		H67	Atención de personas adictas a sustancias psicotrópicas, tabaco y/o alcohol
		H58	Atención de trastornos psiquiátricos y neurológicos
		H68	Atención de enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes y del anciano y adulto mayor
		H69	Control de la tuberculosis
		H70	Control de enfermedades regionales, incluyendo problemas del rezago (brucelosis, oncocercosis, alacranismo, manganismo, rabia, lepra y cólera)
		H96	Control de enfermedades transmitidas por vector (dengue y paludismo)
		H71	Atención médica y psicológica a personas que han sufrido violencia
		H73	Control del cáncer cérvico uterino y mamario
		H74	Control de cáncer de próstata
		H75	Control de ITS y VIH SIDA
		H78	Atención y control de la salud de población en condiciones de pobreza y en comunidades de difícil acceso.
		H79	Atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
		H80	Atención médica de niños, niñas y adolescentes.
	R12	Operar el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	
		H82	Afiliación de familias
		H83	Coordinar y operar la Red de prestadores de servicios de salud del SPSS
	R14	Servicios de apoyo administrativo a la persona	
		H89	Administración hospitalaria (segundo y tercer nivel de salud) dirigido al componente de la persona
		H105	Servicios personales a la persona
C4	Generación de Recursos para la Salud		
	R8	Generación de recursos asociados a Fondo C	
		H49	Capacitación a la población y fomento de la salud hacia otros sectores

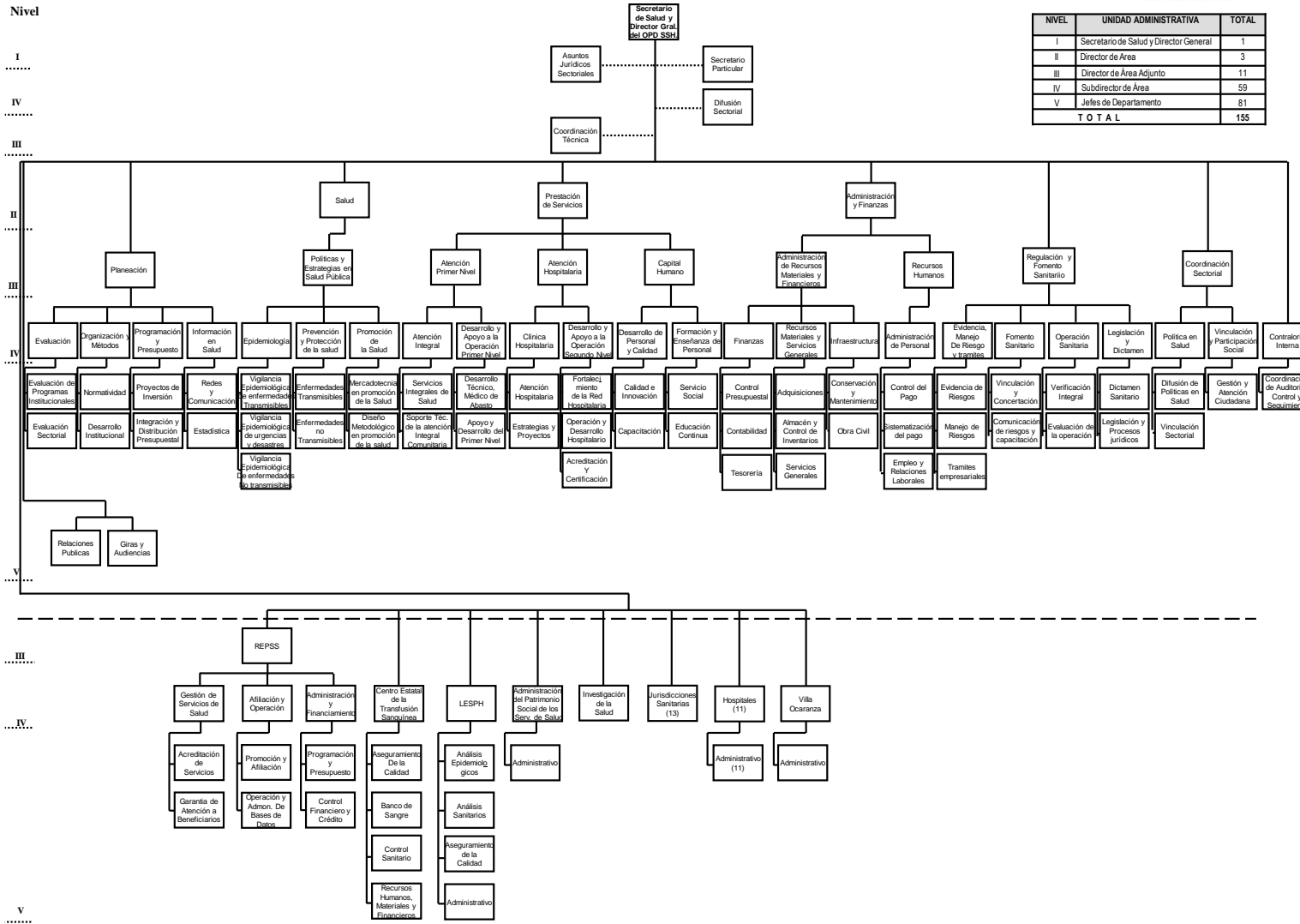
Componente			
"C"	Actividad Relevante		
	"R"	Actividad Institucional	
		"H"	Descripción
	R13	Generación de recursos asociados a Fondo P	
		H84	Capacitación en salud a los prestadores de servicio para la aplicación de los programas de salud
		H85	Educación en salud (enseñanza)
		H86	Investigación en salud
		H87	Acciones de conservación y mantenimiento de unidades de salud
		H88	Obra pública, rehabilitación y equipamiento
		H100	Medicamentos y otros insumos para la salud

Anexo 1



Gobierno del Estado de Hidalgo

Servicios de Salud de Hidalgo
Estructura de Transición 4. Agosto. 2005





SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

ALINEACIÓN PROGRAMA ESTATAL DE SALUD - ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA INSTITUCIONAL

PROGRAMA ESTATAL DE SALUD			ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA				PROGRAMA OPERATIVO		
OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCION	SUBFUNCIÓN	ACTIVIDAD INSTITUCIONAL (AI)	ACTIVIDAD INSTITUCIONAL HOMOLOGADA	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS	
								P	R
<p>II. PROMOVER UNA ALTA PARTICIPACION CIUDADANA EN LA FORMULACION, APROBACION, EJECUCION, CONTROL Y EVALUACION DE POLITICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PARA EFICIENTIZAR LA ATENCION MEDICA Y PROCURAR SU PRESTACION CON MAYOR CALIDAD Y CALIDEZ.</p>	<p>3. OTORGAR A LA POBLACION SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ EN LA ATENCION MEDICA, ACORDES A LOS MAYORES ESTANDARES NACIONALES PARA LA PRESTACION DE LOS MISMOS.</p>	<p>3.3. FORTALECER LA CULTURA DE LA CALIDAD Y LA ACTITUD DE SERVICIO EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.</p>	<p>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LA PERSONA</p>	<p>PROPORCIONAR SERVICIOS DE ATENCION A LA SALUD</p>	<p>H07 FORTALECER EL SISTEMA DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO</p>	<p>ESTÍMULOS A LA CALIDAD OTORGADOS</p>	<p>ESTÍMULOS OTORGADOS</p>	<p>81</p>	<p>81</p>
					<p>H52 FORTALECER LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>USUARIOS SATISFECHOS EN CONSULTA EXTERNA</p>	<p>USUARIOS</p>	<p>*</p>	<p>52,943</p>
						<p>USUARIOS SATISFECHOS EN URGENCIAS</p>	<p>USUARIOS</p>	<p>*</p>	<p>3,008</p>
					<p>H54 IMPULSAR LA CERTIFICACIÓN Y/O ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE SALUD Y SUPERVISIÓN INTEGRAL</p>	<p>UNIDADES ACREDITADAS</p>	<p>UNIDADES</p>	<p>62</p>	<p>62</p>
					<p>H95 INSTRUMENTAR ACCIONES PARA LA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE LA NORMA ISO DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y NORMATIVAS</p>	<p>UNIDADES CERTIFICADAS</p>	<p>UNIDADES</p>	<p>2</p>	<p>2</p>
<p>III. ASEGURAR A LA POBLACION EL ACCESO Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD EFICACES, PERMANENTES, OPORTUNOS, DE CALIDAD Y CON PROTECCION FINANCIERA, PRIVILEGIANDO LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD A LOS GRUPOS</p>	<p>4. MEJORAR LOS PROCESOS DE GESTION INSTITUCIONALES, REDUCIENDO LOS PROCESOS BUROCRATICOS Y OPTIMIZANDO LOS RECURSOS PUBLICOS.</p>	<p>4.2. FORTALECER EL DESARROLLO DEL CAPITAL HUMANO.</p>	<p>GENERACIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD</p>	<p>FORMAR Y CAPACITAR RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD</p>	<p>H09 CAPACITAR AL PERSONAL ADM INISTRATIVO Y DIRECTIVO A NIVEL TÉCNICO Y GERENCIAL</p>	<p>PERSONAL DIRECTIVO Y ADM INISTRATIVO CAPACITADO</p>	<p>PERSONAS CAPACITADAS</p>	<p>10</p>	<p>10</p>



Bibliografía

Bibliografía

1. Drucker Peter F. 2002 “La gerencia en la sociedad futura”. Bogotá: Editorial Norma.
2. Organización Mundial de la Salud. 2000 Informe sobre la salud en el mundo 2000. “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Ginebra.
3. Los sistemas de atención a la salud: una visión desde la antropología médica y la teoría de sistemas. Secretaría de Salud. México 2004.
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2005.“Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud”. México: OCDE.
5. Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en el Estado, Publicado en el Periódico Oficial en el Estado, Tomo CXXIX, No. 47 Bis el 18 de noviembre de 1996.
6. Decreto Gubernamental por el que se crea el Organismo Publico Descentralizado “Servicios de Salud de Hidalgo” Publicado en el Periódico Oficial en el Estado, Tomo CXXIX, No. 47 Bis el 18 de noviembre de 1996.
7. Decreto No. 428 que reforma y adiciona la Modificación a la Ley Orgánica Pública del Estado de Hidalgo publicado en el Periódico Oficial del Estado el 28 de febrero de 2005, donde crea a la Secretaria de Salud en el Artículo 30 ter.
8. Decreto No. 301 que contiene la Ley de Salud para el Estado de Hidalgo, publicado en el Periódico Oficial del Estado en el Tomo CXXXVII No. 35 Bis el 30 de agosto de 2004.
9. Reglamento del Sistema Estatal de Salud en el Estado de Hidalgo, publicado en el Periódico Oficial del estado el 1ª de septiembre de 1997 en el Tomo CXXX No. 35
10. Koontz Harold, Weihrich. 1998. “Administración, una perspectiva global”. México: Mc Graw Hill.
11. Constitución Política del Estado de Hidalgo, última reforma publicada en alcance del Periódico Oficial: 8 de mayo de 2006

12. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Hidalgo, publicada en el Periódico Oficial, el lunes 24 de Noviembre de 2003.
13. Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 Gobierno del Estado de Hidalgo.
14. Programa Estatal de Salud 2005-2011, Gobierno del Estado de Hidalgo, Secretaría de Salud.
15. Albizu Eneka, Olazaran Mikel. 2004."Reingeniería y cambio organizativo". España: Prentice Hall.
16. Kaplan Robert S.Norton David P. 2005."Cómo utilizar el cuadro de mando integral". España: Gestión 2000.
17. Medina J. en Jericó P. Gestión del talento, 2001. Prentice Hall. España.
18. Pfefer Jeffrey. 2000. "Nuevos rumbos en la teoría de la organización" México: Oxford.
19. Kast Fremont E., Rosenzweig James E. 1993. "Administración en las organizaciones". Mc Graw Hill. México.
20. Solís P. P. Estrategias Organizacionales, Serie Investigación No. 11, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. México.
21. Chiavenato Idalberto. 2000. "Introducción a la teoría general de la administración". Mc Graw Hill. México.
22. Senge Peter. 2005. "La quinta disciplina: el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje". Granica. Buenos Aires.
23. Silva Camarena Juan Manuel. 2003. "Meditaciones sobre el trabajo". México: Fondo Editorial FCA: UNAM
24. Brown J. A. en La Psicología Social en la Industria. Fondo de Cultura Económica, México 1973.
25. Macias C. Desarrollo de la personalidad. Curso Introducción al Desarrollo Humano 2005. Universidad Ibero Americana. México
26. Frankl V. El hombre en busca del sentido último. Reimpresión 2004. Paidós. México
27. Montaña Hirose L., Solís Pérez P. "Estrategias Organizacionales" Serie Investigación No. 11 Universidad Autónoma Metropolitana. México.

28. Rodríguez Estrada Mauro. 1996. "Psicología de la Organización (Manual de seminarios vivenciales)". Trillas. México.
29. Trabajo y desgaste mental, Dejours C. Grupo Editorial Lumen, Argentina 2001.
30. French W. Desarrollo Organizacional 1996 Prentice Hall México.
31. Senge P. La quinta Disciplina, Cuarta reimpresión 2005. Granica. Buenos Aires
32. Ruelas E. "Las ciencias de la complejidad y la innovación médica" 2005. Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, Plaza y Valdés. México.
33. Ishikawa K. Que es el control de la calidad. Reimpresión 1997. Grupo Editorial Norma. Colombia.
34. Juran J. M. Juran y la Planificación para la calidad 1990. Díaz de Santos. Madrid.
35. Crosby P. Calidad sin lágrimas. Reimpresión 1999. Compañía Editorial Continental. México
36. Crosby P. La calidad no cuesta Reimpresión 2002. Compañía Editorial Continental. México
37. Revista Salud Pública de México/ Volumen 42 No 6, Noviembre-diciembre 2000. Secretaría de Salud, México
38. Aguirre H. Calidad de la atención médica, 3era Edición 2002. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México.
39. Nonaka I. Takeuchi H. La organización creadora de conocimiento.1999, Oxford. México
40. Drucker P. La sociedad postcapitalista, Citado por Flaherty J. en "La esencia de la administración moderna" 2001. Prentice Hall. México.
41. Chambers et. al. 1998. "The war for talent" The McKensey Quartely. Citado por Jericó P. Gestión del talento, 2001. Prentice Hall. España.
42. Memoria 50 años Servicios Coordinados de Salud Pública Hidalgo. Islas C. J. Coordinador y compilador, Publicación en 1992.

43. Estado, Gobierno y bienestar social, Uvalle B. R. Instituto Nacional de Administración Pública, Secretaría de Salud. México 2000
44. Khadem R. Alineación Total, Grupo Editorial Norma. Colombia 2000.

Direcciones electrónicas

45. Frenk J. Ponencia en el simposio "Políticas públicas para el desarrollo" Diccionario de la Real Academia Española. Sitio: <http://www.rae.es>
46. Frenk J. Desempeño del Sistema Nacional de Salud. México 2001. Sitio: <http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss>
47. Iñiguez A. Estructura Proceso y Resultado. Sitio: http://www.webcalidad.org/artículos_2005
48. Septiembre 2002, Puebla Pue. Sitio: <http://www.salud.gob.mx>
49. Franco M. A. El fin del trabajo. Sitio: www.sht.com.ar/archivo/temas.
50. Ruales J. "Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de salud pública" Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica 2004,22 (099) Sitio: <http://redalyc.uaemex.mx>
51. Torres A.C. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México 1992-2000. México. Sitio: <http://funsalud.org.mx>
52. <http://www.ccss.sa.cr/dirfinan/dfc3511.htm>
53. <http://www.definicion.org/estructura-programatica>.
54. <http://es.wikipedia.org/wiki/Wiki>
55. <http://www.daedalus.es/Nosotros-E.php>