

LA GERENCIA EN SALUD II. CONSEJOS PRACTICOS PARA UN HOSPITAL

Dr. Jesús Rafael Montesano Delfín.

LA GERENCIA EN SALUD II. CONSEJOS PRACTICOS PARA UN HOSPITAL

Dr. Jesús Rafael Montesano Delfín.

México

DEDICATORIA.

A los directivos.

A los prestadores y usuarios de los servicios de salud.

A mis hijos Mauro Rafael, Pamela, Dany, Lalo y Jesús Jr.

A mi mujer Erendida (**Ere**).

A mis sobrinos Guillermo y Anahari.

Con cariño a mi madre, hermana y abuelita.

A todos los lectores y críticos.

AGRADECIMIENTOS.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

A las delegaciones del IMSS en Oaxaca, Veracruz Sur, Veracruz Norte, Puebla y Guanajuato.

A mis compañeros de la Jefatura de Prestaciones Médicas del IMSS en Guanajuato.

Al Hospital General de Zona No. 8 del IMSS en Córdoba, Ver., y a su cuerpo de gobierno.

A las instituciones públicas y privadas de salud que me han enseñado el valor de la salud como bien social.

A las instituciones académicas formadoras y de educación continua que me han permitido compartir mis humildes conocimientos de gerencia en salud con los educandos.

A las personas que revisaron los borradores y que de manera desinteresada me hicieron atinadas observaciones.

INTRODUCCIÓN.

Durante los 22 años que me desempeñe como directivo médico en instituciones públicas y privadas pase de médico clínico a directivo o gerente a nivel de un servicio, luego a un mando medio como director y posteriormente como responsable estatal y regional. En esa época por un tiempo aplique el empirismo en mis decisiones gerenciales, luego hubo una época de formación y educación continua en temas administrativos y gerenciales que dieron nombre a lo que como directivo o gerente hacía. Me di cuenta que en la práctica de la gerencia médica también aplican los usos y costumbres. Hay una gran discrepancia entre lo que dice la teoría administrativa y lo que se hace en la toma de decisiones en la práctica.

Los elementos de los procesos administrativos que para recordar siempre les denominé 5 M y 1 P (P, persona, M. materiales, M, maquinas, M. métodos, M. mediciones y M. Medio ambiente) no son tomados en cuenta de manera holística en los planes de trabajo y menos en el análisis de la problemática de los servicios o procesos que se otorgan.

El interactuar de estos elementos es dinámico y en la medida que se o los controlen los servicios serán más eficientes y generaran más satisfacciones a los usuarios.

Para poder controlarlos considero que un elemento sustantivo es la capacidad del directivo o gerente responsable. En ese sentido, el directivo debe tener un bagaje de conocimientos médico-administrativos suficiente, ¿Cuánto? El que se necesite para desarrollar su función. Dotarse de un cumulo de herramientas cuanto basten para ser asertivos y resolutivos. Que en la mayor parte de los casos se adquieren con la experiencia y para abreviar esta brecha está escrito este libro. Y no menos importante es la actitud que dará el temple a los directivos para conducir a buen puerto su encargo con todos sus trabajadores.

En cuanto a los conocimientos el directivo debe ser por obligación autodidacta para pasar del empirismo a las decisiones científicas.

La aplicación de esos conocimientos se hace en campo y por ello es obligado también pasar visita diario al 100% de los procesos que son los que atienden a los usuarios. Para orientar en la adquisición de esta experiencia pensamos en estos consejos prácticos que guíen el quehacer del directivo en un hospital.

Empezamos con llamar la atención del directivo en lo que significa su puesto con respecto a su objetivo de vida.

El conocimiento y el establecer políticas de acción al equipo de trabajo serán como su sello corporativo.

Siempre es conveniente tener un plan de trabajo que guie la tarea del equipo y que mejore el enfoque estratégico.

La supervisión y el monitoreo generalmente se les considera punitiva aquí se trata de dar una guía para que sirva más de instrumento de mejora y aterrizaje del plan de trabajo.

Además, de la guía se mostraron una serie de consejos probados para hacer eficiente servicios prioritarios en un hospital. Urgencias, quirófanos, consulta externa de especialidades, hospitalización y auxiliares de diagnóstico.

Para resolver que hacer con la problemática que se recoja resultado de las visitas a los servicios se aconseja el uso de herramientas estadísticas para la calidad con un enfoque muy práctico.

Se aborda un modelo científico para la determinación y consumo de los insumos para la salud y con ello resolver de una vez por todas las diferencias entre directivos médicos y financieros.

Los modelos de economía para la salud deben ser conocidos y aplicados en la gerencia en salud. Además de definir los cuatro modelos básicos se pone un ejemplo aplicado a la salud.

Y se remata el libro con algunos consejos prácticos de inteligencia emocional como herramienta para modificar de manera positiva la actitud en los prestadores de servicio a la salud.

Seguro hay más temas que abordar en la práctica de la gerencia hospitalaria pero al igual que en una unidad de atención primaria o en oficinas corporativas estos consejos prácticos pueden ser de mucha ayuda para los que como yo estamos empeñados en convertir a la salud como un bien social de una utopía a una realidad.

El autor.

CONTENIDO.

Prologo.

Introducción.

Capítulo 1.

¿Cómo evaluar el ascenso contra el objetivo de vida personal?

Capítulo 2.

Conozca e integre su equipo de trabajo.

Capítulo 3.

La elaboración del plan de trabajo.

Capítulo 4.

El monitoreo y la supervisión como instrumento de gestión directiva para operacionalizar el plan de trabajo.

Capítulo 5.

Conejos para mejorar el servicio de urgencias de un hospital.

Capítulo 6.

Consejos para mejorar la consulta externa de especialidades.

Capítulo 7.

Consejos para mejorar el proceso de hospitalización.

Capítulo 8.

Consejos para mejorar el servicio de cirugía y quirófanos.

Capítulo 9.

El tour quirúrgico.

Capítulo 10.

Consejos para hacer eficientes los auxiliares de diagnóstico.

Capítulo 11.

La ruta de la mejora continúa para el análisis de problemas operativos.

Capítulo 12.

Aspectos de interés en la determinación de necesidades de insumos para la salud y su consumo razonado.

Capítulo 13.

Consejos para la correcta interpretación y uso de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector público en el sector salud.

Capítulo 14.

Consejos para la interpretación y uso de los modelos de economía para la salud.

Capítulo 15.

Consejos para aplicar la inteligencia emocional en los prestadores de servicio de un hospital.

Bibliografía:

CAPITULO 1

¿COMO EVALUAR EL ASCENSO CONTRA EL OBJETIVO DE VIDA PERSONAL?

Muchas historias personales y profesionales hay detrás de un directivo médico. Por eso antes de decidir asumir un cargo directivo, en una hoja de papel y lápiz conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Contribuye en mi desarrollo profesional de acuerdo a mi preparación académica?
2. ¿Satisface económicamente mi expectativa?
3. ¿Compromete mi salud?
4. ¿Pone en riesgo mi relación afectiva con la familia y mi círculo social?

Las primeras dos deben de ser respondidas de manera afirmativa, y las últimas negativamente para que los objetivos de vida personales validen el ascenso en el marco del modo de producción dominante que es el capitalismo en casi todo el mundo.

Teniendo claro el objetivo de vida personal, al contrastarlo con el de la institución que ofrece el cargo directivo se podrá hacer racional la decisión de aceptarlo o no y se podrá dimensionar en qué momento se deberá dar por concluido el encargo administrativo o directivo sin conflicto para ninguna de las partes.

Una vez que el directivo tomo la decisión deberá tomar con madurez la avalancha de consecuencias que ésta tendrá. Por ejemplo. En el caso de no aceptar tal decisión para quien lo invitó se suele tomar como una afrenta y cargará con un estigma negativo durante toda la gestión de ese personaje.

Cuando se decide aceptar al principio será de prueba, conocimiento y cierta incertidumbre, pero si lo asume con absoluta responsabilidad los buenos resultados lo llevarán irremediablemente a integrarse al grupo del personaje que le hizo la invitación y seguramente vendrán ofrecimientos a cargos de mayor nivel con mayor responsabilidad, haciendo difícil en la mayoría de las ocasiones el no continuar a pesar de los altibajos económicos, emocionales y de salud.

Con esta reflexión busco situar en la realidad a todo aspirante a los puestos directivos. Así ubicados seguramente las empresas e instituciones tendrán mejores directivos o mejores trabajadores operativos, dependiendo de la decisión que se tome.

Si ya tomaste la decisión. ¡¡Enhorabuena!!

CAPITULO 2

CONOZCA E INTEGRO SU EQUIPO DE TRABAJO.

Una vez ubicado físicamente en el nuevo puesto lo primero que se debe hacer es conocer los nombres y los cargos de los directivos o jefes que conforman su organigrama. Convocar a una reunión de presentación e incluya en su agenda los siguientes capítulos;

- Solicitud de curriculum vitae, actualizado.
- Descripción de objetivos de cada departamento.
- Principales logros y limitaciones.
- Estrategias o líneas de acción.
- Rendición de cuentas o resultados relevantes.
- Sistema de motivación o recompensas.
- Asuntos generales.

Solicitud de curriculum vitae.

Es de utilidad para conocer el nivel académico de sus colaboradores.

Descripción de objetivos de cada departamento.

Permite darse una idea de primera mano de las áreas sustanciales del proceso que va a dirigir.

Principales logros y limitaciones.

En voz de los responsables permite establecer un diagnóstico de la situación que guardan los procesos a su cargo.

Estrategias o líneas de acción.

Se refiere a las políticas generales que se manejarán bajo su gestión. En la función pública está de moda las siguientes premisas:

1. Oportunidad.
2. Imagen (personal e institucional).
3. Trato amable.
4. Calidad.

Rendición de cuentas o resultados relevantes.

Se refiere a dejar en claro que el acto de la entrega de resultados es fundamental para la toma de decisiones y deberá calendarizarse y sistematizarse la forma, el contenido y los estándares para la interpretación de los resultados y así poder saber si el rumbo es el correcto.

Sistema de motivación o recompensas. Es importante desde la primera reunión hacer del conocimiento a todos los participantes cuáles serán los beneficios del logro de los objetivos.

Casi en todas las organizaciones existe manera de recompensar el desempeño de los trabajadores destacados. Ej., en algunas instituciones en el contrato colectivo de trabajo del sindicato se mencionan las notas de mérito que consisten en pago en efectivo para aquellos trabajadores que se distingan por su desempeño.

Asuntos generales. Este apartado es indispensable para que se traten asuntos no previstos en la agenda y que pueden resultar relevantes.

Una vez realizada la reunión de presentación se deberá convocar de manera individual a cada uno de los integrantes de su equipo de trabajo para conocer sus objetivos personales y actitud ante el trabajo. Se busca convencerlos que deben ser propositivos y no reactivos. Que ante un problema presenten tres alternativas de solución.

Indagar cuáles son las principales destrezas en su cargo.

Hacerles saber que tienen su apoyo incondicional hasta que se demuestre lo contrario. Que dentro de las políticas establecidas las decisiones que se tomen serán apoyadas siempre y cuando estas sean en el marco de su responsabilidad, la ética y en el caso de instituciones públicas dentro de la ley de responsabilidades de funcionarios públicos.

En esta entrevista es importante dar ánimo ante el cambio de directivo y mostrar lo favorable que puede ser para el servicio o la institución.

Deje claro la observancia de las políticas y la rendición de cuentas.

Es de esperarse que a su llegada se encuentre con fuerzas opositoras o quien pretenda poner a prueba su temple como directivo. No se inquiete esto esta documentado en los libros de administración. Para tal situación en la siguiente reunión de trabajo (en aproximadamente una semana) notifique las siguientes políticas:

- Horario.
- Acuerdos con subordinados.
- Uso de vehículos oficiales.
- Firma de documentos oficiales en ausencia.
- Uso de equipo a cargo del departamento.
- Programación de vacaciones.
- Programación de reuniones de gobierno.
- Orden del día de las reuniones de gobierno.
- Carátula o forma para redactar oficios.

- Asignar responsable de recolección, organización y presentación de los indicadores o informes de interés para su departamento.
- Capítulos del plan de trabajo.
- Política ante agentes de ventas o proveedores de insumos.
- Uso de vestimenta o uniformes.
- Conocimientos.
- Habilidades.
- Actitud.
- Valores.

Horario.

Como el personal directivo al igual que usted es de confianza, puede ajustar el horario a lo requerido por la organización. Por ejemplo, en lugar de 8:00 a 16:00 hrs., colóquelo de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs., y así puede abarcar dos turnos. Lo anterior aplica a oficinas con funciones de planeación, supervisión o control tal es el caso en el sector salud de oficinas gubernamentales. Pero en unidades operativas como direcciones, subdirecciones o jefaturas cuyo papel es más facilitar la tarea de los trabajadores que tienen contacto directo con los usuarios, es recomendable que el horario matutino de los directivos se cumpla de acuerdo a lo establecido, es decir de 8:00 a 16:00 hrs., el vespertino de 14:00 a 21:00 hrs., el nocturno de 20:30 a 7:30 hrs., estrictamente con entrega de guardia entre ellos. Siempre procurando de no rebasar las horas autorizadas por la Ley Federal del Trabajo. Seguramente habrá personas que no estén de acuerdo y solicitarán ajustes a sus horarios, por compromisos establecidos con otra institución, sin embargo, no es prudente hacer este tipo de enmiendas pues de hacerlo se vería obligado a hacerlo con todos y no es recomendable. Esta situación es fundamental en su gestión directiva pues en el medio es muy común que los directivos sean los primeros en no cumplir con los horarios convenidos poniendo muy mal ejemplo para los subordinados. Es pertinente hacer saber que la falta de observancia de este punto será sancionado a través del departamento de asuntos laborales.

Acuerdos con subordinados.

Cuando un directivo pretende llevar a cabo una política de puertas abiertas, ésta generalmente se mal entiende y termina con su oficina llena de gente, entrando y saliendo sin ningún orden e interrumpiendo asuntos que pueden ser importantes. Por ello, mantenga la puerta cerrada y que sea la secretaria quien controle las entrevistas con usted. Así tendrá lugar para todos y los atenderá con respeto e interés.

Uso de vehículos oficiales.

Existen instituciones que tienen vehículos asignados para el traslado de sus funcionarios. Las llaves las debe tener su secretaria y el chofer, quienes solo con su autorización podrán disponer. Además, el chofer debe encargarse de la conservación, servicio, bitácoras y documentación en regla.

Firma de documentos oficiales en su ausencia.

Es frecuente que por motivos de trabajo o incluso por vacaciones usted se ausente y no es sano que la correspondencia o las visitas se suspendan o peor aún que se atiendan por diversas personas de su equipo de trabajo. Mejor asigne quien o quienes serán los funcionarios que despacharán en su ausencia y hágalo saber por escrito a todas las áreas haciendo del conocimiento sus firmas para que sean reconocidas.

Uso de equipo a cargo del departamento.

En la mayoría de los encargos directivos hay equipo que puede ser utilizado por los integrantes de su dependencia. Por ejemplo; equipo de cómputo con Internet, equipo de video proyección o “cañón”, etc., sin embargo, cuando el uso no es controlado, cuando se necesita no está disponible o ya no tiene los insumos. Por eso, si se trata de oficinas de supervisión y control el encargado puede ser su secretaria o el encargado de la oficina de enseñanza o capacitación. Para los puestos de supervisión y dirección el personaje idóneo es el jefe de enseñanza o capacitación.

Programación de vacaciones.

Es común que en la mayoría de las instituciones públicas y privadas los periodos vacacionales de julio- agosto y diciembre sean los más demandados, sin embargo, casi todas las instituciones a través de sus contratos colectivos de trabajo o políticas de las otras dependencias se norman criterios para la programación. Por ejemplo: por antigüedad. Para el caso de los directivos utilice el mismo criterio, agregando que no se puede ir más del 50% del personal en un periodo y solo podrán salir con visto bueno del jefe inmediato.

Programación de reuniones de gobierno.

Informe la periodicidad y horario de las reuniones de gobierno. Por ejemplo: todos los lunes de 11:00 a 13:00 hrs., y debe ser obligada la asistencia de todos los integrantes de su cuerpo de gobierno, incluyendo en los casos de instituciones de salud directivos médicos y administrativos. Esta clasificación abarca los directivos de turnos vespertinos, nocturnos y de fines de semana. Esto último lo subrayó porque es frecuente que los directivos de turnos ajenos a los matutinos no se involucren en situaciones gerenciales relevantes y esto es de riesgo para la gerencia en salud.

Orden del día de las reuniones de gobierno.

Además de la puntualidad en sus reuniones de gobierno, si no tiene idea de que temas tratar utilice el siguiente:

1. Lista de asistencia.
2. Tema de capacitación continua (15- 30 minutos).
3. Lectura de minuta de reunión anterior.
4. Situaciones relevantes de cada departamento.
5. Asuntos a tratar a lo largo de la semana.
6. Asuntos generales.

Carátula o forma de redactar oficios.

Adopte como política de su oficina que todos los oficios al calce lleven los número telefónicos, red y la dirección electrónica de correo. Esto amplía la posibilidad de intercambio de información con sus usuarios.

Asignar responsable de recolección, organización y presentación de los indicadores o informes de interés para su departamento.

Con frecuencia cuando de su ámbito de responsabilidad dependen varios procesos, cada uno de ellos tienen indicadores que permiten medir su desempeño. Cuando los responsables efectúan la recolección, organización y presentación ante usted como máxima autoridad termina observando un verdadero mosaico de maneras de presentarlo, dificultando su análisis, interpretación y la toma de decisiones. Para evitar esta situación designe al encargado de informática de su dependencia como responsable de concentrar, organizar y presentar los datos. De preferencia que sea en gráficos de tendencia, comparando por lo menos con el año anterior, en la base la tabla de datos y al margen el rango de aceptabilidad del indicador. Así tendrá una presentación homogénea, comparativa y permitirá el análisis y toma de decisiones en conjunto con el responsable del proceso.

Capítulos del plan de trabajo.

El plan de trabajo es la compilación escrita de los objetivos, metas, políticas, acciones, responsables y mecanismos de evaluación de una organización. Con frecuencia los directivos de nuevo ingreso desconocen los capítulos que debe llevar el plan de trabajo, confusión que se acentúa cuando no le informan la orientación que su plan de trabajo debe tener. Por ejemplo, administración tradicional, planeación estratégica, gestión por calidad, etc., para aliviar esta situación se sugiere redactar el plan de trabajo en base a la planeación estratégica con los siguientes capítulos.

1. Visión.
2. Misión.
3. Diagnóstico situacional (FODA).
4. Escenarios.
5. Estrategias maestras. (Políticas).
6. Matrices. (Vulnerabilidad y Posicionamiento).
7. Planes funcionales. (Programa a mediano plazo).
8. Estrategias.
9. Implantación. (Grafico de Gantt).
10. Revisión y evaluación. (Sistema de indicadores)
11. Retroinformación.

Política ante agentes de ventas proveedores de insumos.

En el marco de la ley de adquisiciones de productos y servicios vigente para las instituciones públicas existe la clasificación de las áreas cuando son solicitantes y adquirientes. Es decir se trata de aclarar dentro de las instituciones cual es el papel que debe jugar cada departamento. Por ejemplo: en el ámbito de la salud las áreas médicas son solicitantes, ya que solo determinan sus necesidades y las hacen saber al área administrativa adquiriente que llevara a cabo la compra en la mayoría de los casos mediante proceso de licitación pública para el suministro respectivo. Así una vez ubicado el papel que corresponde debe ser el actuar del funcionario. Es decir, en las áreas de prestación de los servicios no se debe atender a los agentes de venta de insumos.

Por lo tanto los proveedores de insumos y servicios solo deben ser atendidos por el área administrativa adquiriente o de compras. Las áreas solicitantes que son habitualmente quienes usan los insumos una vez que reciben el bien o el servicio deberán conocer los contratos y notificar al área adquiriente o compras cualquier variación al respecto. En resumen, los proveedores no tienen nada que hacer en oficinas médicas sin mediar un contrato de por medio.

Uso de vestimenta o uniformes.

Desde el inicio de su gestión informe cual será su política respecto al uso de uniformes o vestimenta durante la jornada laboral. En las áreas médicas es bien visto la utilización de corbata y bata para el caso de los médicos y vestimenta formal para las damas. En situaciones especiales como informes, visitas de otras autoridades es pertinente conocer con anticipación cual será la vestimenta.

Conocimientos.

Para que todos los que integran su cuerpo equipo de trabajo hablen el mismo idioma administrativo, se recomienda que usted elija un temario de interés que debe dominar cada uno. La experiencia indica que no hay consenso acerca de lo que debe saber un directivo, especialmente si este es médico. Por ello a continuación se enlistan algunos temas que han demostrado utilidad.

- Administración básica.
- Planeación estratégica.
- Inteligencia emocional.
- Herramientas estadísticas para la calidad.
- Liderazgo y gestión del cambio.
- Trabajo en equipo.
- Certificación de hospitales.
- Economía para la salud.
- Construcción e interpretación de indicadores en salud.
- Ley de responsabilidades de funcionarios públicos.
- Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios.
- Ley de transparencia de la información.
- Normatividad institucional.

Estos temas deben ser distribuidos entre los integrantes de su cuerpo del equipo y serán ellos los que indaguen la bibliografía y presentaran para todos en los 15 o 30 minutos respectivos de la junta de gobierno. Estos temas deben ser coordinados por el responsable de enseñanza o capacitación o a quien se designe y al concluir se recomienda entrega de constancia al ponente y asistentes.

Habilidades.

Aquí se trata de distinguir en que destreza destaca cada integrante. En la junta de gobierno identifique aquellos que denoten características de líderes y su actitud ante el cambio de jefe. Es a ellos con los que primero deberá de trabajar.

Actitud.

La actitud es habitualmente una conducta o postura que la mayoría de las veces constituye el parte aguas de que se hagan o no las cosas. El abordaje casi siempre depende de identificar a tiempo tales conductas y la habilidad que tenga el jefe para atenderlas, pues no basta con cursos motivacionales o de desarrollo del ser humano para que estas se modifiquen. Sin tratar de ser limitativos a continuación se enlistan algunas actitudes que deben identificarse para su inmediato abordaje:

1. Disposición.
2. Disponibilidad de tiempo.
3. Propositivo y no reactivo.
4. Decisiones resolutivas.
5. Asumir responsabilidades.

Valores.

Éticamente son los valores los que anteceden las actitudes de las personas y solo actuando en la escala de los valores es como se puede aspirar a que la gente cambie. Un ejercicio interesante para identificar los valores y las conductas claves que generen compromiso explícito del grupo es efectuar un taller en el marco de una junta de gobierno, siguiendo las siguientes instrucciones en grupo:

- ¿Qué son los valores?
- Enlisten los valores y conductas en grupo.
- Actuar en apego a esos valores.

El resultado del ejercicio se debe colocar enmarcado en la pared de la sala de juntas de su organización para que los integrantes lo tengan a la vista. Además, se debe incorporar en el plan de trabajo.

CAPITULO 3

LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.

Un plan de trabajo constituye la compilación escrita de los objetivos, metas, políticas y estrategias que lleven a la organización a mantenerse y trascender. Es un requisito obligatorio para todo directivo o gerente en salud.

Sin embargo, uno de los problemas a los que se enfrenta el directivo es que el diseño de los planes de trabajo en muchas ocasiones obedece más a una moda que a la requerida por la institución. Así, hay planes de trabajo basados en la administración tradicional, con enfoque de planeación estratégica, por gestión de calidad, por objetivos, etc.

Todos los modelos de administración son de utilidad, pero abordaré la planeación estratégica porque desde mi personal punto de vista ofrece herramientas prácticas que cualquier directivo puede aplicar para el logro de resultados en el corto y mediano plazo.

En esta sección ofreceré los capítulos básicos que debe incluir un plan de trabajo basado en planeación estratégica.

1. Visión.
2. Misión.
3. Diagnostico situacional. (FODA)
4. Escenarios. (Corto y mediano plazo)
5. Estrategias maestras. (Políticas)
6. Matriz (vulnerabilidad y posicionamiento).
7. Planes funcionales. (Programa a mediano plazo)
8. Estrategias y proyectos.
9. Implantación. (Grafico de Gantt)
10. Revisión y evaluación. (Sistema de indicadores)
11. Retroinformación.

1. Visión.

Redacte la máxima aspiración durante su gestión.

2. Misión.

Con su equipo de trabajo mediante "lluvia de ideas" escriban un enunciado que abarque las premisas sustanciales de la aspiración que puso como visión y que se convertirán en la razón de ser de sus servicios.

3. Diagnóstico situacional.

Utilice la matriz FODA (Fuerzas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) para saber la situación interna y externa que guarda el servicio o institución que le corresponde dirigir.

4. Escenarios.

Con respecto a la visión escriba el escenario bueno a uno y tres años. Por salud mental y para calcular el riesgo de no hacer nada haga lo mismo pero en escenarios malos o adversos.

5. Estrategias maestras.

Redacte las políticas que tendrán que cumplir los integrantes del equipo de trabajo durante su gestión. Estas deben salir de las premisas de su Misión.

6. Matriz.

Teniendo a la vista la matriz FODA jerarquice las debilidades para que a las de mayor peso le elabore una estrategia correctiva o emergente. Y de acuerdo a la ley de la oferta y la demanda identifique las estrategias de mejora que deberá implementar para que su servicio o institución avancen con rumbo.

7. Planes funcionales.

En una tabla ponga los procesos sustantivos en forma de lista, con el indicador de desempeño y el rango de aceptación para que le asigne metas a cumplirse en los próximos tres años. Esto es un programa a mediano plazo.

8. Estrategias y proyectos.

Se trata de elaborar por escrito las estrategias que surgieron de la matriz de vulnerabilidad y posicionamiento para que las distribuya entre su personal de acuerdo a las áreas de responsabilidad. Así se asegura que todos participaran en el trabajo que guía su plan.

9. Implantación.

Describe de manera detallada quien, como, cuando y donde se efectuarán todos los pasos del plan estratégico, se sugiere utilizar el grafico de GANTT.

10. Revisión y evaluación.

Corresponde a la descripción del sistema de indicadores de la institución y si no existe hay que crearlos. Recuerde los indicadores pueden ser de productividad, eficacia, eficiencia y de calidad.

11. Retroinformación.

Se trata de enunciar en el plan con que periodicidad se revisara el avance para hacer las modificaciones pertinentes. Así mismo, que quede claro cómo se motivara o recompensara al personal que colabore para el logro de los objetivos y metas.

Se recomienda que el plan se guarde en su computadora y en un disco de respaldo. Imprímalo y hágalo llegar a cada uno de sus colaboradores, a su jefe inmediato y al jefe de planeación.

En las instituciones públicas de acuerdo a la ley de responsabilidades de funcionarios públicos el directivo está obligado a informar los resultados por lo menos una vez al año. La sugerencia es que lo haga cuatrimestral.

Una vez que se concluyó el plan haga que su secretaria vacíe lo correspondiente al cronograma de actividades o grafico de Gantt en la página de la agenda que corresponda a la fecha y que le anote el responsable y la hora en que usted le dará seguimiento. Este ejercicio debe abarcar todo el año. De esta manera tendrá agendado no solo los asuntos urgentes, sino también los importantes de su plan de trabajo y pasará de una administración “apaga fuegos” a una administración eficiente, estratégica encaminada a trascender y a cosechar logros paso a paso se lo garantizo.

CAPITULO 4

EL MONITOREO Y LA SUPERVISIÓN COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN DIRECTIVA PARA OPERACIONALIZAR EL PLAN DE TRABAJO.

La administración tiene cuatro subprocesos: Planeación, organización, dirección y control. La supervisión como tal, forma parte del control casi siempre se le ve como punitivo, es decir, para demostrar lo mal que se encuentra un servicio o un proceso, sin embargo, si se utiliza de manera cotidiana puede ser un instrumento de gran ayuda para hacer más eficaces los procesos.

El control se divide en tres partes a saber: Evaluación (emitir juicio con respecto a una medida de desempeño), supervisión (verificar que se haga) y monitoreo (dar seguimiento continuo). El primero corresponde realizarlo a los altos mandos, el segundo a mandos intermedios y el monitoreo a directivos operativos. Pero esta división es meramente arbitraria ya que como proceso la administración es por principio dinámica.

Por otro lado, considerando que uno de los principales problemas que hay en las organizaciones de salud es la brecha que existe entre la dirección y la operación, la supervisión y el monitoreo pueden ser un instrumento de gran apoyo para resolverlo.

Para que la supervisión sea objetiva se requiere de una guía o instrumento. No obstante, hay que tener en cuenta que todo instrumento de supervisión debe tener una validez acorde con lo que se pretende medir. En ese sentido, para la supervisión ordinaria o programada se deben utilizar los ítem o lineamientos normados por la propia institución.

Como lo que se busca es que de primera mano el directivo este en contacto con los trabajadores y a la vez esté pendiente de que los elementos de los procesos (urgencias, consulta externa, quirófano, hospitalización y auxiliares de diagnóstico), sean suficientes. Es necesario se haga acompañar de algunos integrantes de su equipo de trabajo.

En la mayoría de las unidades médicas hospitalarias existen subdirectores, médicos y administrativos.

Del subdirector médico suelen depender los jefes de servicio, la jefa de enfermeras y la trabajadora social.

Del subdirector administrativo dependen los jefes de conservación, personal, finanzas, abastecimiento, transporte e intendencia.

Para esta actividad hágase acompañar del subdirector administrativo, la jefa de enfermeras, la trabajadora social, el jefe de conservación, de abastecimientos, y de intendencia.

Cada responsable de los asuntos que se observen serán quienes atiendan en el lapso de su jornada las correcciones o mejoras que se deban de hacer.

Los jefes de servicio permanecerán en sus áreas de trabajo y darán cuenta de las áreas a su cargo. Cuando las circunstancias lo permitan invite a los representantes del sindicato a este tipo de ejercicios.

A continuación el listado sugerido de los personajes que deben integrar la visita de monitoreo y supervisión a las áreas operativas de hospitales.

HOSPITAL
Director.
Subdirector administrativo.
Subdirector médico.
Jefa de enfermeras.
Jefe de abastecimientos.
Jefe de conservación
Jefa de trabajo social.

En el turno vespertino los integrantes de la visita de recorrido deben ser:

HOSPITAL
Subdirector médico.
Subdirector administrativo.
Jefa de enfermeras.
Jefe de abastecimientos.
Jefe de conservación.
Jefa de trabajo social.

En el turno nocturno:

HOSPITAL
Subdirector médico.
Jefa de enfermeras

Hasta aquí ya se tiene resuelto ¿para qué? Y quiénes? Ahora daré algunos consejos para iniciar de primera instancia con el monitoreo. Es decir ¿Qué situaciones ver en sus visitas por los servicios?

Como se trata de hacer un hábito o política durante su gestión debe acordar con las personas que lo acompañarán en estas visitas la hora y el lugar de inicio de éste. De lunes a viernes deben hacerse tres visitas diarias y los fines de semana y días festivos dos.

Independientemente del punto de inicio a continuación describiré lo que se deberá observar durante estas visitas de monitoreo por los servicios.

Ruta crítica obligatoria por servicios.

La lógica en las mañanas en un proceso hospitalario es iniciar por el servicio de hospitalización porque aquí en la mayoría de los hospitales públicos se centra la problemática que obstaculiza la eficiencia de urgencias y los quirófanos. Durante esta visita física si de paso en las áreas está ubicada un aula de enseñanza o una sala de hemodiálisis, o una bodega de guarda de insumos hay que incluirlas en la visita. También abona para la mejora.

Después del área de hospitalización hay que ir al servicio de urgencias y toco cirugía que ya con el conocimiento de las camas disponibles usted vera lo efectivo de este tipo de ejercicios.

Luego como si siguiéramos la metodología rastreadora del proceso de certificación de hospitales hay que ir a verificar los auxiliares de diagnóstico, los quirófanos y la terapia intensiva. Recuerde si a su paso hay algún otro servicio, oficina o área de guarda entre a echar un vistazo y aplique las 5's de la limpieza.

Ahora visite los consultorios de la consulta externa de especialidades y verifique su operación aquí la mayoría de los problemas son de organización.

Una vez visitadas las áreas sustantivas de la prestación de los servicios continúe con los servicios de apoyo hospitalario como; la cocina y el comedor, la lavandería, las áreas de conservación, de intendencia, áreas de descanso, oficinas de enseñanza, de finanzas, almacenes, farmacia, mortuorio, roperías, baños de personal y públicos, vestidores, pasillos, etc. Hay que abarcar todos los espacios físicos y con personal que tenga el inmueble. La condición es que se visite el 100% de la unidad.

Por la tarde y los demás turnos solo hay que visitar los servicios sustantivos del hospital y dirigirse a los de apoyo que generen problemas de operación en los primeros. Ejemplo; si no hay ropa para tender las camas hay que ir a la lavandería para atender el problema.

Hay que citar a los integrantes seleccionados de preferencia antes del pase de visita hospitalaria. El directivo debe empezar predicando con el ejemplo.

Una vez juntos se debe comunicar a los participantes el propósito de estas visitas que será de primera instancia de monitoreo para identificar que los elementos de cada proceso estén completos y funciones. Esto garantiza la operación y da pie para la supervisión como instrumento de operación del plan de trabajo.

Una vez trazada la ruta a seguir se debe iniciar la visita por todas las áreas físicas de la unidad (médicas y administrativas) en donde se atenderán situaciones médico administrativas.

Una guía práctica de entrenamiento para quienes no tienen la experiencia en este tipo de ejercicios es:

1. La presencia del jefe de servicio correspondiente y la cobertura de la plantilla laboral.
2. El orden y acomodo del servicio, la presentación de los trabajadores, la limpieza de las instalaciones y el respeto de las normas de conservación, en el sentido de no pegar anuncios en los cristales, puertas, paredes, etc.
3. El estado de conservación del área, del equipo y constatar su funcionamiento.
4. La suficiencia de los insumos para la operación, es decir, medicamentos, material de curación, ropa, papelería, energéticos, etc.
5. La utilización indispensable de los uniformes y gafetes institucionales.
6. En todo momento se debe saludar al personal y los usuarios, si es posible de mano.

La regla es que durante este tipo de visitas se atiendan o resuelvan los asuntos o problemas que entorpezcan la operación y por ser menores sea factible atenderse en ese momento. Por ejemplo, la falta de una firma en un trámite, la falta de un foco en una lámpara, etc.

Una vez concluida la visita al primer servicio continuar con los servicios que por ruta correspondan. De entrada observa y atiende los seis puntos que cite previamente. Una vez que se practique de manera cotidiana el directivo agregara más elementos que le den eficiencia operativa a los servicios del hospital.

Una vez familiarizado con los procesos del hospital y los elementos que lo conforman. Recuerde Personal, Materiales (insumos), Maquinas (equipo y mobiliarios), Método (plan, normas), Mediciones (los indicadores del hospital) y M

(Ambiente laboral de la organización). Ya tendrá elementos de juicio para hacer supervisiones aleatorias para la mejora.

Durante la práctica de estas recomendaciones de monitoreo a los servicios es común que los equipos de trabajo presenten una férrea resistencia al cambio y se resistan a participar. Es fundamental que el director este convencido para que esta política se cumpla. Entre los beneficios ya descritos esta además el conocer de primera mano la problemática y conflictos que se viven en la operación y da la oportunidad de resolverlos en el lugar que sucede impidiendo que lleguen hasta las oficinas administrativas como quejas e insatisfacciones. Otro beneficio es fortalecer el liderazgo y capacidad de gestión del equipo gerencial.

Hay que partir de la premisa que ninguna hospital es tan grande que no se pueda recorrer en dos horas al inicio, una vez que se adquiere el hábito se realiza en menor tiempo.

Ya conociendo la operación de los servicios se puede avanzar a supervisar los servicios.

Para situaciones aleatorias, que puede ser semanal para la mejora de los procesos en el hospital se puede hacer la supervisión utilizando la siguiente guía:

Como la supervisión tiene fines diferentes a la visita de monitoreo operativa. Empiece siempre por la oficina en donde se procesan los datos para convertirlos a indicadores:

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Archivo e Informática médica.	<ul style="list-style-type: none"> ● Recabar los indicadores de desempeño del último corte. ● Identificar los datos para la construcción de los indicadores de los procesos, es decir numerador y denominador de acuerdo a guía normada. ● Observar el formato fuente enviado por el servicio dueño del proceso. Es decir, urgencias, cirugía, consulta externa, hospitalización, medicina preventiva, etc. ● Revisión de los formatos de registro diario del médico y de otros servicios. (Los de la jornada laboral). ● Observar mecanismo de codificación y fecha en la que se encuentra. ● Verificar del formato fuente los conceptos registrados contra los codificados y capturados. (Deben ser todos) ● Contrastar los registros capturados por minuto, por jornada por capturista (En caso que en el departamento se haga la captura y codificación de productividad) (El promedio es de 900 por jornada, lo ideal es 1000). ● Informar los resultados los involucrados en el departamento y a los dueños de los procesos de entrada (Consulta externa, cirugía, etc.). ● Los formatos fuente deben traer la firma del dueño del proceso, es decir, médico o jefe de servicio. ● En caso de rezagos por situaciones administrativas éstas deben ser resueltas en un lapso de 5< días. ● Al concluir cada ciclo de información que por lo regular es cada 25 días, esta debe ser observada y validada por el jefe de servicio correspondiente firmando de consentimiento. ● Las áreas de informática deben elaborar un cuaderno de salida de datos y entregar a cada Jefe de servicio y al director los primeros cinco días de cada mes. ● La información se debe difundir a los involucrados.

Después de la oficina de Informática médica la supervisión de los servicios obedece a las necesidades del hospital. De tal forma que el listado que sigue no necesariamente constituye el orden en que se deba supervisar.

ROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Consulta externa de especialidades.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en Archivo e informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso. ● Hojas de registro de la consulta por médico. ● Búsqueda de expedientes de pacientes con >4 consultas subsecuentes. ● Discutir con el Jefe del servicio los resultados y egresar con nota de alta o contrarreferencia a la Unidad que envía al paciente. ● Elaborar relación nominal de pacientes egresados. ● Trabajo social localiza e informa a pacientes motivos de su alta y envía a la unidad que refiere los resúmenes de alta. ● Revisión de agendas identificando asignación de citas de primera vez por médico durante la semana. ● Dejar cuota de citas de primera vez por día por médico de acuerdo al antecedente histórico de cada unidad médica. ● Verificar calidad del registro de datos. ● Informar resultados al personal.

ROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en el área de informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso. ● Identificar pacientes con más de 4 días de estancia. ● En sala médica revisar desde la nota de ingreso hasta la nota actual en apego a la norma del expediente clínico. ● Identificar situaciones de estancia por motivos administrativos. ● Los que tengan 5 o más días indicar nota de actualización. ● Los motivos administrativos se deben resolver en la misma jornada. ● Cuando no hay motivos de estancia egresar. ● La Trabajadora social o responsable de egresos documenta y vigila que el egreso se efectúe en un lapso no mayor de una hora. ● La trabajadora o responsable oficial informa a urgencias las camas disponibles. ● Verificar calidad de los registros médicos. ● Informa a involucrados.

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Urgencias.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en el área de informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso. ● Identificar a pacientes que tengan > 8 hrs., de estancia en observación. ● Revisión de expedientes identificando estancias por motivos administrativos. ● Los motivos administrativos se deben resolver en un lapso no mayor a una hora. ● Egresar pacientes que tengan integrado diagnóstico y plan de manejo (egreso, quirófano, hospitalización o traslado). ● La jefa de enfermeras y trabajadora social o responsable se encargaran de asegurar el egreso del paciente en el lapso de una hora. ● Verificar calidad de los registros médicos.

	● Informa a involucrados.
--	---------------------------

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Auxiliares de diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en el área de informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso ● Revisión de estudios programados en agendas. ● Los motivos administrativos se deben resolver en un lapso no mayor a una hora para los estudios de urgencias y durante la jornada para los programados. ● Identificar estudios no entregados a las áreas solicitantes y enviar en el momento. El lapso no debe pasar de 15 minutos. ● Verificar calidad de los registros médicos. ● Informa a involucrados.

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en el área de informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso ● Revisión de la programación quirúrgica de la última semana. ● Identificar el tipo de cirugía programada por sala por médico por jornada vs productividad de 4 por sala por jornada, inicio de cirugías, motivos de cancelación (La utilización ideal de un quirófano es 80% programada y 20% urgencias). ● Los motivos administrativos de diferimiento en cirugía programada debe ser resuelta en la jornada y para las urgentes en una hora. ● Reprogramar cirugías diferidas en espacios libres. ● La trabajadora social localiza a los pacientes cancelados y reprogramados e informa nueva fecha. ● La trabajadora social se encarga de recibir al paciente programado para asegurar su presencia. ● Verificar calidad de los registros médicos. ● Informa a involucrados.

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Servicios de corta estancia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en área de informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso. ● Identificación de pacientes que tengan > 8hrs., en el servicio. ● Los motivos administrativos se deben resolver en un lapso no mayor a una hora. ● Egresar pacientes que tengan integrado diagnóstico y plan de manejo. ● La jefa de enfermeras y trabajadora social o responsable se encargaran de asegurar el egreso del paciente en el lapso de una hora. ● La enfermera o responsable informa la disponibilidad de camas. ● Verificar calidad de los registros médicos. ● Informa a involucrados.

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Servicios ambulatorios o a domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio en área de informática médica para identificar los datos de construcción del indicador del proceso. ● Identificar relación nominal con diagnóstico, especialidad y motivos de ingreso al programa. ● Agenda de visitas a pacientes. ● Analizar posibilidades de egresar pacientes a la familia. ● Ingresar pacientes hospitalizados en apego a criterios del programa. ● Verificar calidad de los registros médicos. ● Informa a involucrados.

PROCESO O SERVICIO	ACTIVIDAD
Farmacias.	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar el enlace del día y reporte del (software) de claves en 0 o próximas a agotarse. ● Revisar el inventario actualizado al día de claves por familia de medicamentos. ● Corroborar la difusión de las claves existentes en la farmacia por familia o grupos de medicamentos firmada por el jefe de servicio y médicos. ● Verificar la captura inmediata de las recetas. ● Revisión de la prescripción en las recetas (piezas o cajas) hacer correcciones en apego a las presentaciones vs prescripción médica. ● Identificar recetas por médico que hayan otorgado claves fuera del cálculo promedio mensual de consumo. ● Verificar que el jefe de servicio informe al médico y entrega durante la jornada las alternativas de medicamentos existentes en base a las Guías de práctica clínica. ● Verificar calidad de los registros médicos. ● Informa a involucrados.

Al concluir cada supervisión calcular el número de asuntos administrativos resultaron y cuantos inherentes a la patología de los pacientes. La relación debe ser mayor a expensas del segundo concepto (80/20), si fuera a la inversa es decir, mayormente los problemas administrativos el problema está en el grupo de trabajo directivo y no es culpa de la operación. Al repetir este tipo de ejercicio el resultado mejorará progresivamente.

Este tipo de supervisiones no cancela el recorrido o visita obligada que debe hacer el directivo local y en su caso acompañado por el directivo de mando inmediato superior.

CAPITULO 5

CONSEJOS PARA MEJORAR EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.

Los servicios de urgencias de los hospitales son la puerta de entrada más importante y más frecuente de la mayoría de los hospitales. También es cierto que por lo general son los servicios más saturados y con grandes deficiencias en los hospitales públicos.

La comparación del proceso ideal con el real (diagrama de flujo) puede darle al directivo médico un panorama más claro acerca de las posibles causas y elementos para las estrategias emergentes y de mejora.

La clave está en comprometerse verdaderamente con el proceso y para el directivo médico que inicia puede tomar en cuenta los siguientes consejos'.

- Visita por el jefe de servicio.
- Pacientes que ya tengan una conducta a seguir.(Alta, hospitalización, cirugía o traslado a otro hospital).
- Identificación de pacientes con >8hrs., de estancia.
- Interconsultas pendientes.
- Auxiliares de diagnóstico (laboratorio y Gabinete).
- Procedimiento de alta, o traslado.
- Procedimiento de hospitalización.
- Procedimiento para la intervención quirúrgica.
- Funcionamiento del sistema de clasificación o Triage.
- Permanencia del jefe del servicio y de los subdirectores en turnos distintos al matutino en urgencias.
- Indicadores del servicio.

Visita por el jefe de servicio.

Indispensable para conocer el estado que guardan todos los elementos del proceso, es decir, cobertura de personal, estado de limpieza, orden y acomodo de las instalaciones, insumos básicos para la operación, funcionamiento de los equipos y errores u omisiones en el cumplimiento de las indicaciones. Además, actúa con la sola presencia como un motivador importantísimo con el personal.

Pacientes que ya tengan una conducta a seguir. (Alta, hospitalización, cirugía o traslado a otro hospital).

Al pasar la visita se puede identificar pacientes que ya tienen una conducta a seguir y no se ha cumplido, la mayor de las veces se atribuye a alguna carencia (no han venido los familiares, no hay camas, no hay tiempo quirúrgico o no hay ambulancia), sin embargo, lo más frecuente es que algún personaje del equipo de trabajo no hizo la parte que le corresponde (Ejemplo; trabajo social no informó al familiar, enfermería no indago o constató la disponibilidad de camas, enfermería no avisó al jefe de cirugía la urgencia del procedimiento quirúrgico, o no se dio el reporte de traslado al conductor de la ambulancia), la función del directivo médico es actuar como líder para que la indicación se cumpla en el menor tiempo posible.

Identificación de pacientes con >8hrs., de estancia.

Un estándar de oro de eficiencia para los servicios de urgencias en los hospitales, son las 8 horas como máximo de tiempo de estancia en el servicio para atender o decidir la conducta con los pacientes. Una costumbre en los hospitales públicos que afecta esta regla, es que el personal médico y paramédico, independientemente de que el paciente lo amerite o no, solicita paraclínicos e interconsulta a otro especialista y deja la decisión hasta el siguiente turno que la mayor parte de las veces sobrepasa las 8 horas ideales para el servicio.

Interconsultas pendientes.

Habitualmente los servicios de urgencias en los hospitales públicos tienen asignados o adscritos especialistas de cirugía, ginecología, medicina interna, pediatría y en algunos traumatología, sin embargo, es frecuente que se amerite la valoración o interconsulta de otros especialistas como otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, etc. Para estas situaciones cuando el hospital cuenta con el especialista es necesario solicitar la interconsulta por escrito, hay que asegurarse que de inmediato se le entregue al médico interconsultante para que en lapso no mayor que dos horas haga la valoración correspondiente y así estar en posibilidades de que el paciente complete su valoración y plan de tratamiento en las 8 horas marcadas. Para los especialistas adscritos al servicio la valoración debe ser en un lapso de 15 minutos.

Auxiliares de diagnóstico (laboratorio y Gabinete).

Los auxiliares de diagnóstico se refieren a los estudios de laboratorio y rayos x. En instituciones públicas este tema es polémico porque en muchas ocasiones se abusa de ellos. No se privilegia la clínica y en ese sentido no son utilizados como auxiliares para llegar a diagnósticos de certeza.

Para evitar excesos en base a los diagnósticos probables identifique si son necesarios, en caso de no serlo hágalo del conocimiento del médico tratante para que se establezca el plan a seguir. Si por el contrario el estudio si se justifica identifique a qué hora se tomó o realizo para que el o los resultados sean recabados en un lapso no mayor que 60 minutos (hay que recordar que en la mayoría de los hospitales en los servicios de laboratorio y gabinete existe atención especial para los pacientes de urgencias).

Si los estudios solicitados requieren > 8hrs para el reporte no es propio del servicio de urgencias y el paciente debe ser hospitalizado y haya recabar los resultados.

Procedimiento de alta, o traslado.

Si al momento de realizar la visita identifica pacientes dados de alta o con orden de traslado a otra unidad o a su domicilio, verifique a qué hora se estableció la indicación y el tiempo transcurrido para cumplirla. En la mayor parte de los casos el trámite de egreso corre a cargo de una asistente médica otros lo delegan a las trabajadoras sociales, en fin asignan a un responsable. Este trámite no debe llevar más de 30 minutos para que sea eficaz. En el caso de los traslados a otras unidades médicas además debe existir la nota de envío elaborada por el médico tratante y la orden de traslado al chofer de ambulancia. Pensando en la continuidad de la atención es un requisito de certificación de establecimientos de salud que muestra que se trabaja en la seguridad del paciente.

De igual manera de estar disponible el vehículo (ambulancia) se debe hacer en un tiempo máximo de una hora, en caso de ser una urgencia manifiesta debe ser de inmediato.

Procedimiento de hospitalización.

Si al momento de la visita identifica pacientes con indicaciones de internamiento, verifique la hora en que se ordenó e investigue el motivo por el cual no se haya movido a la cama correspondiente. Este proceso está supeditado a las enfermeras o responsable del servicio en coordinación con enfermería del piso al que será ingresado.

En el sector público es común que cuando los ingresos son numerosos o sobre la hora de la salida del personal de enfermería, se nieguen las camas. Promueva que la indicación se cumpla de inmediato.

Procedimiento para la intervención quirúrgica.

En caso de que identifique pacientes que ameriten intervención quirúrgica y no se haya realizado, establezca comunicación con el jefe o responsable de cirugía o quirófano para que le asignen el quirófano de urgencias y lo intervenga el médico que le corresponda. En instituciones públicas es frecuente que si el médico interconsultante ya no alcanzó a operar durante su turno, el resto de la plantilla de médicos de los siguientes turnos difícilmente lo operarán lo cual ocasiona en el mejor de los casos exceso de tiempo en permanencia de los pacientes en urgencias y lo que es peor complicaciones, muertes y demandas por negligencia médica.

Funcionamiento del sistema de clasificación o Triage.

El triage es un sistema rápido y funcional de clasificación de los servicios de urgencias que permite distinguir mediante colores (verde, amarillo y rojo) los tipos de urgencias, por ejemplo de una urgencia relativa como son las enfermedades respiratorias altas no complicada, dolores de muelas, etc., que pueden esperar a ser vistos por el médico de primer contacto.

Las urgencias manifiestas, que no ponen en peligro la vida del paciente, que deben pasar de inmediato a la sala de procedimientos y ser valorados por el

especialista correspondiente, ejemplo; las fracturas cerradas, heridas superficiales, etc.

Y finalmente las urgencias graves que deben pasar de inmediato a la sala de choque para ser asistidos por el equipo de reanimación cardiopulmonar y el especialista correspondiente porque pone en peligro la vida. Ejemplo; los politraumatizados, pacientes en estado de coma, etc. Para que funcione este modelo se requiere que el 100% del personal esté capacitado y que opere en todos los turnos todos los días del año.

Este modelo permite utilizar adecuadamente los servicios de urgencias.

Permanencia del jefe del servicio y de los subdirectores en turnos distintos al matutino.

En los hospitales públicos se ha observado una relación directamente proporcional entre el adecuado funcionamiento de un servicio y la presencia del jefe, en este sentido, los servicios de urgencias suelen funcionar adecuadamente durante los turnos matutinos en los que el jefe se encuentra. El resto de los turnos suelen ser un caos.

Por tal motivo, y dado que en las tardes, noches y fines de semana la única puerta de entrada al hospital es urgencias se sugiere que los subdirectores se ubiquen y despachen en los servicios de urgencias.

Indicadores del servicio.

Para saber el desempeño del servicio es necesario conocer el comportamiento de los indicadores del mismo. Si no se tienen en bueno fijar estándares de eficiencia como; % de pacientes que permanecen > 8 horas en el servicio. Lo ideal es que solo el 20% de los pacientes permanezcan >8hrs., en el servicio y el resto se resuelva su demanda de atención en menos que ese lapso de tiempo. Si se logra estará garantizada la eficiencia del servicio que con mucho es la puerta de entrada mayor de todos los hospitales del sector público.

CAPITULO 6

CONSEJOS PARA MEJORAR LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES.

La consulta externa de especialidades es por lo general un punto de conflicto en la mayoría de los hospitales del sector público debido a que los especialistas retienen a los pacientes por más de tres consultas que es el promedio de eficiencia organizacional, evitando con ello espacios para los pacientes que ameritan una atención de primera vez.

A continuación algunos consejos para los directivos médicos encargados de este proceso:

- Asignación de un jefe o responsable del proceso.
- Responsable de las agendas o del software.
- Asignación de citas de primera vez por especialidad por antecedente histórico a las clínicas que envían pacientes.
- Análisis y depuración de consultas subsecuentes.
- Elaboración y apego a los criterios de referencia de pacientes.
- Participación del archivo clínico en la vigencia de los pacientes. (Aplica a unidades con población cautiva o derechohabientes)
- Jornadas especiales.
- Subrogación de servicios.
- Indicadores del servicio.

Asignación de un jefe o responsable del proceso.

Por lo general, en ningún hospital del sector público hay un responsable único de este proceso, se da por entendido que los jefes de cada especialidad organizan y supervisan la consulta externa. Sin embargo, en la práctica casi ningún jefe lo hace, dando como consecuencia desorganización e inoportunidad. Es indispensable responsabilizar a un directivo de este proceso, puede ser el subdirector médico o algún personaje médico directivo que tenga ascendencia sobre los médicos especialistas.

Responsable de las agendas o del software.

Un elemento total en la organización funcional en este proceso es el manejo de las agendas de citas, ya que si se deja en manos de los médicos especialistas adscritos en los hospitales públicos casi siempre se ajustan a sus necesidades personales y muy poco a las del servicio. Por ese motivo, es muy importante que una persona coordine y se responsabilice del manejo de las agendas y sea supervisada por el directivo responsable del servicio, respetando la asignación de lugares de primera vez. Este ejercicio en la mayor parte de los hospitales se realiza de manera manual, pero lo mismo aplica en aquellos en los que las agendas son a través de un software electrónico.

Asignación de citas de primera vez por especialidad por antecedente histórico a las clínicas que envían pacientes.

En el sector público que las clínicas envían pacientes a los hospitales para ser valorados por la especialidad correspondiente suele ser un grave problema tener espacios suficientes en las agendas para otorgar las citas en el tiempo razonable.

Una alternativa emergente para los hospitales sede puede ser analizar el número de pacientes enviados por mes y a la especialidad requerida a lo largo del año inmediato anterior y conocer así la frecuencia del número de pacientes por especialidad y por mes para cada clínica. Así es posible en los hospitales comunicarles con anticipación a las clínicas que refieren pacientes los espacios requeridos por día y por especialidad para que las unidades con toda oportunidad les de la cita a los pacientes sin necesidad de que estos esperen más tiempo o se trasladen de manera infructuosa a preguntar la fecha de la cita que les mande el hospital sede.

Al adoptarse esta estrategia el hospital tendrá que respetarle sus lugares a las unidades y esta enviará a los pacientes con la nota de resumen de envío que entregara al especialista tratante. Con esta medida se logra una oportunidad en la consulta externa de especialidades cercana al 95%.

Análisis y depuración de consultas subsecuentes.

En los hospitales públicos para hacer espacios en las agendas de los especialistas para los pacientes de primera vez. El responsable debe analizar todos los días los registros de los pacientes subsecuentes a fin de identificar aquellos pacientes que tengan más de tres consultas susceptibles de poder seguir su tratamiento en la clínica que lo envió de primera vez.

Elaboración y apego a los criterios de referencia de pacientes.

También en los hospitales públicos para controlar la referencia o envío de pacientes de las unidades de las clínicas de primer contacto a los hospitales es de suma importancia elaborar los criterios de referencia para normar los requisitos médico administrativos que deben traer los pacientes que acuden a cita programada con el especialista. Estos criterios para que tengan validez deben ser consensuados con el personal médico y directivo de las unidades del sector a las que se les brinda el apoyo.

El jefe de la consulta externa será el responsable de supervisar el apego a estos criterios.

Participación del archivo clínico en la vigencia de los pacientes.

En establecimientos de salud de seguridad social, los pacientes que serán atendidos requieren estar vigentes en sus derechos, para eso antes de otorgarse la consulta del especialista la asistente del médico debe indagar en el archivo clínico del hospital o vía electrónica la vigencia de derechos de los pacientes.

Jornadas especiales.

En el sector público cuando la oportunidad de la consulta externa de especialidades este por debajo del 85% se recomienda realizar jornadas especiales en días que generalmente no se trabaja como los sábados y programar consulta externa para la especialidad específica que tenga más diferimiento, el médico tratante puede ser operativo o algún jefe de servicio. Este ejercicio sirve para depurar la consulta externa de especialidades pero debe ser acompañado de la revisión diaria de la consulta externa subsecuente por el jefe del servicio para que esto sea solo una estrategia de emergencia.

Subrogación de servicios.

Los hospitales públicos que no se cuenten con la especialidad y tengan la disponibilidad presupuestal se puede utilizar como alternativa la subrogación de servicios en la localidad, siempre y cuando se cumpla con lo estipulado en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios.

Indicadores del servicio.

Para saber el desempeño del servicio es necesario conocer el comportamiento de los indicadores del mismo. Un indicador de eficiencia en la organización de la consulta externa de especialidades es: La oportunidad de consulta externa de especialidades. Lo ideal es >85% en dos semanas. Esto quiere decir que >85% de los pacientes de citas de primera vez son atendidos en un lapso de dos semanas.

CAPITULO 7

CONSEJOS PARA MEJORAR EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.

En las instituciones de salud particularmente las públicas es muy frecuente que las estancias en hospitalización sean elevadas. Esto trae como consecuencia menor disponibilidad de camas para los pacientes que ameritan ingresar y encarecimiento del servicio. Las causas son variadas pero algunas son como; no tener integrado y difundido al personal el costo de un día de hospitalización, el no pasar visita por parte de los jefes de servicio, la falta de recursos para realizar diversos procedimientos, la falta de supervisión e personajes clave como la jefa de enfermeras y de trabajo social o la disponibilidad de ambulancias.

La clave está en pasar visita todos los días. A continuación algunos consejos que si bien aplican predominantemente al sector público también abonan al proceso de certificación a los hospitales privados:

- Visita del jefe de servicio.
- Entrega de guardia y revisión de casos.
- Notas de ingreso e historia clínica.
- Interconsultas.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos pendientes.
- Pacientes con cuatro o más días de estancia.
- Nota de revisión o actualización.
- Egreso de pacientes.
- Hora de egreso y participación de áreas no médicas (trabajo social, transporte, etc.).
- Ingreso de pacientes.
- Sistema de registro.
- Atención médica ambulatoria u hospitalización domiciliaría.
- Indicadores del servicio.

Visita del jefe de servicio.

Esta actividad es clave para que se realicen el resto. La visita debe ser a más tardar a las 9 de la mañana y 3 de la tarde para los del turno vespertino.

Entrega de guardia y revisión de casos.

Previo a la visita el jefe de servicio debe encabezar la entrega de guardia con los médicos adscritos al servicio y el personal becario.

Notas de ingreso e historia clínica.

La norma del expediente clínico menciona que todos deben iniciar con una historia clínica. Procure que además de esta todos los pacientes que ingresen a hospitalización cuenten con una nota de ingreso al servicio.

Interconsultas.

Una buena cantidad de paciente que ingresan a cargo de algún servicio ameritan a criterio del médico tratante una valoración por algún otro especialista, con gran frecuencia si no se está al pendiente estas ocurren uno o varios días después restando oportunidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente prolongando además la estancia hospitalaria. Procure que esta se de en el mismo turno.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos pendientes.

Otro punto álgido es la realización de estudios complementarios para el diagnóstico o procedimientos terapéuticos, en la mayoría de los casos se atribuye a la falta de algún insumo, por ello es importante que el administrador y el jefe de abastecimiento de la unidad tengan conocimiento para dotar el recurso de inmediato. Considerar que el promedio de costo de un día de cama de cualquier hospital de México es alrededor de tres mil pesos. Esto último es un argumento duro de costo beneficio.

Pacientes con cuatro o más días de estancia.

Es importante revisar las notas de los pacientes que tengan más de cuatro días hospitalizados, casi siempre los motivos son porque falta algún estudio complementario, alguna interconsulta o porque simplemente no se le ha puesto la atención debida. Solicite que cada cuatro días de estancia se realice una nota de actualización del caso por parte del médico tratante o el jefe del servicio y presentar durante la entrega de la guardia.

Nota de revisión o actualización.

Las notas de revisión y/o actualización se deben hacer en todos los pacientes que permanezcan más de cuatro días de estancia. Se debe destacar, además del diagnóstico, la evolución, el plan de acción y el pronóstico del paciente.

Egreso de pacientes.

Promover que los pacientes sean egresados de acuerdo a su estado clínico y no por situaciones administrativas o de comodidad para los familiares. Recordar que la cama hospitalaria tiene un alto costo.

Hora de egreso y participación de áreas no médicas (trabajo social, transporte, etc.).

Una vez que se identifica un paciente dado de "alta" por el médico tratante verifique que toda su documentación administrativa (hoja de egreso, recetas, incapacidades, citas, medicamentos, etc.) esté en orden y antes de una hora. En las mañanas antes de las 11 del día y por la tarde antes de las 4 P.M. La razón es muy simple, en la mayoría de los hospitales públicos las enfermeras y el resto del personal técnico-médico terminan su jornada laboral a las dos de la tarde y en el

turno vespertino a las ocho de la noche, si un paciente se egresa alrededor de esas horas difícilmente se materializará la salida del paciente del hospital, porque, implica carga de trabajo que impide al personal salir puntualmente.

Ingreso de pacientes.

Estando en el área de hospitalización asegúrese de que durante su visita se ocupen las camas vacías solicitadas por los diversos servicios. Ejemplo; urgencias, recuperación de quirófano, tococirugía o admisión hospitalaria. Con este ejercicio, hará eficiente el recurso de camas de hospitalización por servicios. Y evitara vicios que entorpecen la eficacia de los servicios de un hospital

Sistema de registro.

Para las estadísticas hospitalarias es muy importante que los registros estén actualizados y a tiempo. Hay que asegurarse de que en el sistema que se maneje el personal responsable notifique el egreso de los pacientes. Se dan casos en que físicamente el paciente ya no está en el hospital y continúa documentalente ingresado, afectando el referente de ocupación hospitalaria. En este sentido hay que designar a un responsable de esta actividad.

Atención médica ambulatoria u hospitalización domiciliaría.

Con el avance de la medicina las políticas de hospitalización han cambiado, hoy se prefiere que previa selección y a juicio del médico tratante pacientes portadores de enfermedades crónicas y degenerativas o en estado terminal permanezcan en sus casas bajo el cuidado de sus familiares y con visitas programadas por el equipo de salud de la institución tratante. Si en la institución se cuenta con este programa se sugiere concertar con el responsable para que el paciente sea incluido y se incluya en la ruta de visitas de personal médico responsable.

Lo anterior no quiere decir que en caso de emergencia el paciente no pueda ser llevado nuevamente a la institución hospitalaria.

Indicadores del servicio.

Son de utilidad para conocer el desempeño del servicio. Un ejemplo; Porcentaje de ocupación hospitalaria (80-90%), promedio de días de estancia (4-5 días) esto le dará una idea de la eficiencia del servicio.

CAPITULO 8

CONSEJOS PARA MEJORAR EL SERVICIO DE CIRUGÍA O QUIROFANOS.

El proceso de quirófano no debe estar desvinculado del resto que conforman cualquier hospital (urgencias, hospitalización, consulta externa, auxiliares de diagnóstico) pues como un todo al fallar uno las consecuencias se reflejan en los resultados finales.

En quirófanos al igual que en todo proceso el elemento más relevante es el personal y a partir de ahí de una buena programación y seguimiento.

Enseguida describiremos algunos consejos que han demostrado ser de utilidad en los hospitales públicos para tener un proceso quirúrgico eficiente.

- Programación quirúrgica colegiada.
- Control de la programación o software por el jefe del servicio.
- Inicio a tiempo de las cirugías.
- Programación de cirugías en turnos diferentes al matutino.
- Jornadas quirúrgicas.
- Subrogación de servicios.
- Uso de los quirófanos en relación al parámetro de cuatro por jornada por sala.
- Cirugía ambulatoria (40%).
- Las cirugías programadas (80%) vs las urgentes (20%).
- Indicadores del servicio.

Programación quirúrgica colegiada.

Bajo la dirección (obligada) del jefe del servicio o de algún otro directivo hacer una programación quirúrgica equilibrada, considerando que la productividad de un quirófano por jornada debe ser de por lo menos cuatro procedimientos y que no sean realizables de manera ambulatoria. Es decir, alternar procedimientos de mediana y alta complejidad. También deben participar la jefa de la Central de esterilización y equipo con el administrador del hospital para que de acuerdo a cada cirugía disponer de los recursos e insumos necesarios para que el procedimiento quirúrgico se realice de acuerdo a lo programado.

Control de la programación o software por el jefe del servicio.

Es condición indispensable que la programación se realice bajo la batuta del jefe del servicio o de algún directivo de lo contrario las programaciones obedecen más a las necesidades personales de los médicos que a los requerimientos de la institución con sus pacientes.

CAPITULO 11

LA RUTA DE LA MEJORA CONTINUA PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS OPERATIVOS.

El prestigiado consultor J.M. Juran menciona que la calidad se logra mediante tres pasos secuenciales que son:

- ✓ Planificación de la calidad,
- ✓ control de la calidad y
- ✓ la mejora continua.

Cada uno de los pasos requiere conocimiento y dominio de parte del directivo, desafortunadamente, en la práctica se observa que muchos directivos quieren, cuando se trata de su capacitación, que las cosas sean rápidas, que estén digeridas y que entenderlas les requiera un mínimo de esfuerzo.

Si bien es cierto que las agendas aprietan los tiempos, también es verdad que no es posible aprenderlo todo de esa manera, por lo que siempre será necesaria la lectura de libros y revistas como elementos indispensables para profundizar en el conocimiento de algunos temas, con la finalidad de comprender sus alcances y estar en posibilidad de aquilatar lo que implicaría aplicarlos a una realidad concreta.

En la medida de sus posibilidades lea y perfecciones las siguientes herramientas básicas para analizar los problemas operativos en salud.

- Definir el proceso.
- Hoja de recolección de datos.
- Diagrama de flujo (PEPSU).
- Diagrama de causa efecto.
- Diagrama de Pareto.
- Histograma.
- Gráfico de control.
- Recta de regresión.

Definir el proceso.

Defina con sus palabras el proceso a analizar. Por ejemplo; urgencias, quirófanos, hospitalización, consulta externa o auxiliares de diagnóstico.

Hoja de recolección de datos.

Formato homogéneo que contenga los datos del proceso a explorar, considerando todos los elementos (personal, materiales, maquinas, métodos, mediciones y medio ambiente). Útil para sistematizar la recolección de la información.

Diagrama de flujo (PEPSU).

Distingue los elementos del proceso. Utilice el acrónimo PEPSU Proveedor, Entradas, proceso, salida y Usuario. Los expertos recomiendan que empiece por la salida, Usuario, Proveedor, Entrada y luego escriba los enlaces en el Proceso. Útil para comparar el proceso ideal vs el real y trabajar sobre las diferencias.

Diagrama de causa efecto. (Gráfico de Ishikawa)

Muestra la relación entre una característica de calidad (efecto) y los factores (causas). También se le conoce como gráfico de Ishikawa o espina de pescado. En salud recomiendo que en la cabeza de pescado ponga el nombre del efecto o problema que va a analizar y en los huesos pequeños ponga las 5 M y 1 P de todo proceso administrativo. Donde la P corresponde a personal, una M a materiales o insumos para la salud como medicamentos o material de curación, otra Maquinas como la infraestructura, equipo, mobiliario y presupuestos, la siguiente M de métodos que son los planes de trabajo, políticas, normas, guías,. Otra M de mediciones que hace referencia al sistema de indicadores que miden el proceso para el cual se quiere mejorar y la última M de medio ambiente que en administración corresponde al ambiente organizacional y estilos de liderazgo.

Diagrama de Pareto.

Identifica los pocos problemas vitales y los muchos triviales. Que según Pareto son el 20/80. Es una gráfica de frecuencia acumulada de las causas de un problema. Una vez construida la gráfica nos indicara de manera clara que solo hay que actuar sobre las causas que representen el 80% de la problemática. Es decir ayuda a jerarquizar el abordaje de las causas de un problema operativo.

Histograma.

Permite reconocer si el servicio satisface las especificaciones para el que fue diseñado.

Gráfico de control.

Exhibe el comportamiento del proceso o servicio en base a indicadores. Se construye trazando una línea o rango superior y otra inferior y se grafica entre ellas el comportamiento del indicador del proceso a lo largo del tiempo. Se dice que cuando los picos del proceso rebasan el límite superior puede haber problemas ocasionados por el entorno pero si al contrario los picos son hacia el límite inferior entonces las causas del mal funcionamiento están al interior.

Recta de regresión.

Si se quiere saber qué tanta correlación hay entre las causas de un problema (efecto) trace y calcule una recta de regresión. Si el resultado es cercano al uno ya

sea de manera positiva o negativa es seguro que esa causa es el motivo de su problema. Esta herramienta en salud está casi destinada a los estudios de investigación científica. Sin embargo entre más profesional sea el quehacer más será su uso.

Por ultimo me atrevo a sugerir que si se quiere “adornar” en su análisis utilice este otro acrónimo: **ROPA In.**

A continuación lo explicare:

R. recolección.

Recolecte todas las hojas de recolección de datos del proceso a analizar.

O. Organización.

Organice los datos por apartados de interés.

P. Presentación.

Presente los datos en tablas, graficas o alguna otra forma de la estadística descriptiva.

A. Análisis.

En esta sección coloque las herramientas señaladas previamente. Es decir, histogramas, gráficos de Pareto, de Ishikawa, de control, etc. Esto es análisis científico.

In. Interpretación.

Ahora viene el ejercicio intelectual. Esos resultados hay que compararlos contra los límites de aceptación de los indicadores y decidir si está bien o mal y ¿que se hará?

La recomendación final es que las aplique, en la medida que se familiarice será más fácil y tomará mejores decisiones.

CAPITULO 12

ASPECTOS DE INTERÉS EN LA DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE INSUMOS PARA LA SALUD Y SU CONSUMO RAZONADO.

El abasto de medicamentos en las Instituciones públicas de salud depende de múltiples factores, entre los que destacan; los proveedores, el almacén, las farmacias, la demanda de atención médica y los hábitos de prescripción de los médicos.

La satisfacción de los pacientes al recibir sus medicamentos completos después de la consulta del médico es un referente que se toma como complemento de calidad de la atención médica.

El otorgar los medicamentos completos al 95% de los pacientes que acuden a las farmacias de las instituciones de salud públicas es un indicador apegado a la realidad si consideramos que el proceso depende de muchas variables. Sin embargo, cuando las instituciones de salud son muy grandes y la demanda de atención médica es alta, el volumen de recetas es igualmente grande, el 5% representa una gran demanda insatisfecha que atender. Ejemplo; Si un hospital otorga 1000 consultas diarias y entrega el 96% de los medicamentos a sus pacientes, lo que significa que diariamente 40 personas se quedan sin recibir su medicina.

Sin duda el proceso es complejo, en el mundo no existe un sistema de salud público que haya logrado el 100% de satisfacción de los pacientes en la entrega completa de sus medicamentos.

Con el propósito de contribuir en la mejora del proceso del abasto de medicamentos, este capítulo proporcionará información relevante de aquellos elementos que correspondan al área médica estrictamente como solicitantes, es decir, los que generan la necesidad de un cuadro básico de medicamentos acorde a sus variables epidemiológicas y demográficas.

Al considerar variables epidemiológicas y demográficas, estamos asumiendo que la determinación de las necesidades de medicamentos en las unidades es una actividad estrictamente médica. Por tal motivo, el ejercicio debe ser primordialmente hecho por los médicos.

Los Promedios Mensuales de Medicamentos (PMM) son como su nombre lo indica un listado de claves de medicamentos con cantidades promedios acorde al consumo del último año más las tendencias epidemiológicas y demográficas esperadas que garanticen disponibilidad para los pacientes usuarios de la atención médica.

Para entender el ciclo del abasto, iniciaremos con el diagrama de este proceso:

CAPITULO 13

CONSEJOS PARA LA CORRECTA INTERPRETACIÓN Y USO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS PARA EL SECTOR SALUD.

Las compras en las Instituciones públicas deben realizarse en el marco de la “Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público”. Esto debe ser del conocimiento no solo de los directivos de las instituciones públicas sino también de los proveedores que pretendan vender sus productos y servicios al sector gubernamental.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la carta magna que rige a nuestro país. Cada Estado Libre y soberano debe contar con un documento de estas características.

El artículo 90 de la Constitución menciona las diferentes Leyes que deben observar de manera obligatoria las dependencias públicas. Ejemplo: Ley orgánica de la administración pública federal (Base de organización de la Administración Pública Federal), Ley de la auditoría superior de la federación (Cámara de Diputados), Ley de presupuesto contabilidad y gasto público federal (Directrices del Plan Nacional de Desarrollo), Ley de Planeación, etc.

El artículo 134 de la Constitución Política de México se refiere al apartado de las licitaciones. Además, destaca las características a tomar en cuenta para elegir a la mejor opción:

- ⇒ Principios de economía, eficacia, imparcialidad y honradez.
- ⇒ Convocatoria pública.
- ⇒ Propuestas en sobre cerrado.
- ⇒ Condiciones de precio y calidad.
- ⇒ En caso de que la licitación no sea la ideal, procedimiento de excepción.

De este artículo se desprenden:

- ⇒ Leyes y tratados internacionales.
- ⇒ Reglamentos de las Leyes.
- ⇒ Disposiciones administrativas: Normatividad genérica (De la función pública, Secretaría de Hacienda) y normatividad específica (Políticas Bases y Lineamientos).

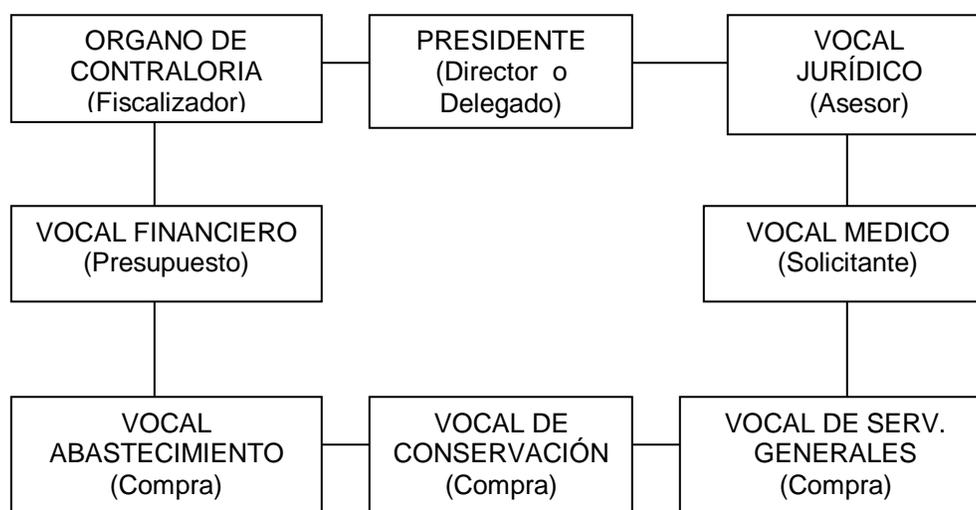
La Secretaría de la Función Pública es la dependencia que vigila la correcta interpretación y aplicación de la Ley.

La Secretaría de Hacienda, vigila la interpretación y ejercicio del presupuesto.

La Secretaría de Economía la interpretación de las normas oficiales.

Las dependencias descentralizadas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaria de Salubridad (SSA), etc., deben conformar un Comité de Adquisiciones para que a través de licitación se puedan adquirir los insumos para la operación de los servicios (Artículo 22 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público).

El Comité de adquisiciones esta conformado de la siguiente manera:



Las funciones del Comité de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios son las siguientes:

1. Proponer Políticas, Bases y Lineamientos.
2. Emitir opinión sobre los dictámenes de las licitaciones.
3. Analizar cada tres meses las conclusiones de los casos de licitación.
4. Revisar programas de arrendamientos.
5. Revisar programas y presupuestos.
6. Autorizar subcomités.

7. Dictaminarlos casos de excepción a la Ley (Artículo 41).
8. Autorizar lo no previsto en la Ley.

Los procedimientos de contratación y su fundamento legal se describen a continuación.

CAPITULO 14

CONSEJOS PARA LA INTERPRETACION Y USO DE LOS MODELOS BASICOS DE ECONOMIA PARA LA SALUD.

Es sabido que los presupuestos de las instituciones son siempre finitos y en la medida que la población en general alcanza una mayor expectativa de vida la atención médica se encarece.

Los gobiernos de todos los países hacen esfuerzos por promover programas médicos preventivos que permitan al individuo mantenerse sano y llegar a la edad adulta en la medida de lo posible sin enfermedades crónicas degenerativas. Este es el escenario deseado por todos.

Sin embargo, hoy en día el mundo está siendo víctima de su propia evolución tecnológica y los factores de riesgo para que aparezcan a edades tempranas esas temidas enfermedades penosas y costosas están por todos lados. Ya no hay presupuestos que alcancen.

Ante este pequeño encuadre de lo que representa el costo de la carga de la enfermedad con mayor razón los directivos del campo de la salud deben tener conocimientos mínimos indispensables de finanzas para leer por lo menos el estado de resultados de su hospital y desde su perspectiva médica interpretar y hacer uso de las mejores alternativas tecnológicas o de insumos para atender a sus pacientes.

Vale la pena saber que en la década de los 90's apareció en el mundo una corriente que involucra a la economía con la salud. La idea es determinar los valores tangibles de la salud como un bien. Surge así la Economía para la salud.

El campo es vasto pero es fundamental que el directivo médico identifique los cuatro modelos básicos que debe manejar para hacer rendir de la mejor manera sus recursos económicos en beneficio de sus pacientes.

1. Estudios de minimización de precios.
2. Modelo de costo eficacia.
3. Modelo de costo beneficio.
4. Modelo de costo utilidad.

Explicare de una manera muy sencilla y con un ejemplo en qué consisten y su utilidad práctica

CAPITULO 15

CONSEJOS PARA APLICAR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE UN HOSPITAL.

Las encuestas que miden la satisfacción de los usuarios en los hospitales públicos del país informan descontento por el mal trato de parte de los prestadores de los servicios y demora en la atención.

La medición de los ambientes organizacionales traduce desmotivación de parte de los prestadores de los servicios incluso signos de desgaste laboral conocido como síndrome de Burnout.

La respuesta automática es incluir a los trabajadores que incurren en estas conductas a cursos motivacionales que poco o nada han demostrado su eficacia.

El asunto es más serio y el abordaje debe ser diferente.

La mayoría sabe que hay varios tipos de inteligencias (siete según Howard Gardner) aunque la más conocida es la cognoscitiva. El desconocimiento de este tema hace juzgar a las personas solo con esa vara sin dar oportunidad a que desarrollen su inteligencia natural.

Por ello, vale la pena recordar la corriente de inteligencia emocional que ha hecho popular Daniel Goleman que se basa en la identificación y control de las emociones de las personas.

Según este autor la clave está en el reconocimiento y apego de los cinco temas siguientes:

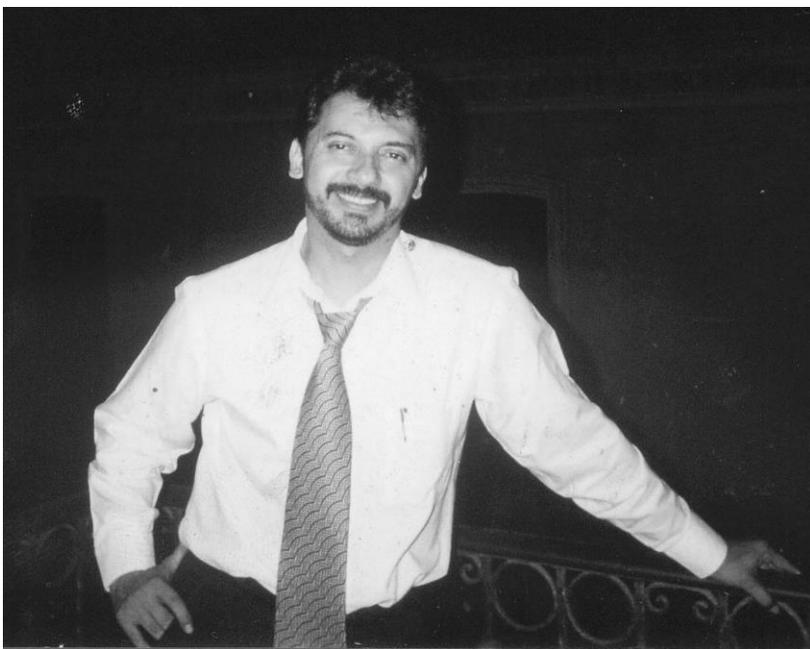
1. Conocer las propias emociones.
2. Manejar o controlar las emociones.
3. La propia motivación o Automotivación.
4. Reconocer las emociones de los demás o empatía.
5. Manejar las relaciones.

En otras palabras y para que se tenga presente recomiendo este acrónimo: **CAMER** en donde C. Conocimiento de emociones, A. Autocontrol, M. Motivación, E. Empatía y R. Relaciones sociales.

Por otro lado, el mismo Goleman expresa que hay ocho emociones básicas en el ser humano:

BIBLIOGRAFÍA.

1. Experiencias durante 22 años de gerente en salud.
2. Agendas de trabajo.
3. Libretas de trabajo.
4. Montesano-Delfín JR. Tips para mejorar la gestión directa en un establecimiento de salud. México: Montea, 2013.
5. Montesano-Delfín JR. Planeación estratégica en un sistema de salud. México: Montea, 2012.
6. Kume H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. 1ra. Ed. Colombia: Grupo Editorial Norma. 1993.
7. Goleman d. la inteligencia emocional, México: Editorial Vergara.,2000.
8. Chade-Meng Tan. Busca en tu interior, México: Editorial Diana., 2012.
9. Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos. 1ra ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1990:18.
10. Steiner GA. Planeación Estratégica. Lo que todo director debe saber. Una guía paso a paso. 1ra. Ed. Compañía Editora Continental, S.A de C.V., 1991:43.



Dr. Jesús Rafael Montesano Delfín.

Medico cirujano egresado de la facultad de medicina “Miguel Alemán Valdés” de la Universidad Veracruzana.

Posgraduado en el Hospital General de Zona No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalapa, Ver.

Diplomado en gerencia en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Veracruz, ITAM, Universidad de la Salle, Bajío.

Docente en las Universidades Veracruzana, de Guanajuato, De La Salle, Bajío y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Auditor Internacional para la certificación de establecimientos de salud en base a ISO 9000. Y Diplomado en el proceso de certificación de hospitales con los estándares centrados en la seguridad del paciente avalado por el Consejo de Salubridad General.

Autor de los libros “Manual del Protocolo de Investigación”, “Manual de Planeación Estratégica en un Sistema de Salud” y “Una filosofía de vida”.

Ha jefe de Enseñanza e Investigación y Director Médico del Hospital del Programa IMSS-Solidaridad en Papantla, Ver. Director de la Unidad No. 10 del IMSS en Cuitlahuac, Ver. Director del Hospital General No. 8 del IMSS en Córdoba, Ver. Coordinador de Educación Médica, Coordinador de Atención Médica en la Delegación Veracruz Sur del IMSS.

Coordinador del IMSS en Veracruz Sur para el concurso del Premio Estatal de Calidad.

Coordinador Regional de Hospitales en la Dirección Regional Sur del IMSS.

Jefe de Prestaciones Médicas del IMSS en el Estado de Guanajuato.

Actualmente es director académico y de Consultoría en la Consultoría Montesano Gonzalez y Asociados.