



“INNOVACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD, A TRAVÉS DE UN MODELO DE CAPACITACIÓN FINANCIERA PARA MANDOS ALTOS Y MEDIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS”

M.C. LILIANA ELISA CUETO AGUIAR

Universidad Panamericana, Facultad de Ingeniería, México

lcueto@up.edu.mx

RESUMEN

El sector de servicios de salud, se caracteriza por un uso intensivo de información y una amplia gama de transferencia de conocimiento, derivados de la base científica que lo sustenta y del tipo de servicio al que se refiere y que se brinda a partir de la conjugación de recursos financieros, materiales, humanos, entre otros. La particularidad de este servicio es que se enfoca a la vida, al nivel de salud de los individuos y requiere de un enfoque específico en términos de innovación, porque en el plano organizativo, el patrón de las organizaciones de salud, se caracteriza por una amplia red de diferentes prestaciones, en las cuales se aplican competencias tecnológicas y profesionales, de tal manera que aunque se manifiesta la innovación tecnológica, adquiere especial significado la innovación no tecnológica, enfocada al campo organizativo. El personal médico históricamente, ha estado desvinculado del conocimiento en el área de economía, administración y finanzas, siendo hoy en día una necesidad para la nueva generación de líderes en el sector de servicios de salud, prepararse en estos temas, de forma tal que puedan enfrentar los retos que los crecientes gastos sanitarios les imponen en su gestión. El objetivo de este trabajo, es proponer una metodología para que cada institución hospitalaria del sector público, pueda conformar su modelo de capacitación financiera para directivos, con el fin de lograr una mejora en la gestión de recursos humanos y un nuevo método organizativo que contribuya al desarrollo de habilidades para la toma de decisiones, en dichas instituciones. Con esta solución se pretende lograr, que los directivos hospitalarios estén en mejores condiciones, para proveer servicios de salud basados en criterios financieros, ya que al usar eficientemente los recursos, será posible lograr mayor equidad y cobertura de servicios de salud. La propuesta consta de procedimientos para conformar el modelo de capacitación financiera, desglosado en planes de cursos concretos, para las áreas de conocimiento propuestas y logrando un orden lógico de los conocimientos que en el ámbito financiero, deben tener los mandos de niveles altos y medios en instituciones hospitalarias. La presente investigación se encuentra en una fase inicial y se espera como siguiente paso, la implementación de esta metodología en una institución sanitaria.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo, es presentar algunas ideas acerca de cómo innovar en servicios de salud, específicamente en sistemas organizativos. En ese sentido, se presentan las bases de una investigación acerca de un Modelo de Capacitación Financiera (MCF) para directivos de niveles altos y medios, en instituciones hospitalarias.

La innovación en el sector de la salud, es el resultado de la interacción entre el conocimiento, tecnologías, trayectorias de aprendizaje, competencias organizativas, experiencias, entre otros factores considerados intangibles. La innovación en este sector, tiene la peculiaridad de que se vincula en mayor medida a la creatividad en las innovaciones organizativas, expresada en procesos, funciones, flujos de trabajo, en el desarrollo de nuevos servicios, en los mecanismos de comunicación, presentación y manejo de la información, sistemas de aprendizaje.

Los servicios sanitarios se enmarcan en los sectores intensivos en conocimiento, proveen productos y servicios basados en el conocimiento y en la experiencia profesional aplicada a disciplinas muy específicas.

La propuesta que se realiza en este trabajo, es acerca de la innovación organizativa, cuya finalidad es mejorar la productividad, eficiencia y calidad de los servicios, mediante una metodología, que permita integrar un modelo de capacitación financiera, para que los responsables de la toma de decisiones, estén en posibilidad de utilizar mejor los recursos, de forma tal que se amplíe la cobertura en los servicios de salud.

La idea del artículo surge de la necesidad de un modelo estructurado de preparación financiera, como herramienta para la gestión hospitalaria, con una serie de pasos y procedimientos, flexibles y adaptados a las necesidades particulares de los directivos. Otro aspecto a considerar en este caso, fue lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe (2010), donde se destacan las diez principales causas de deficiencias de los sistemas sanitarios en el mundo. En este artículo se presentan los antecedentes, los resultados de formulación del modelo propuesto, así como, la relación entre innovación y aprendizaje en el marco de la propuesta.

El método usado en esta primera fase, fue empírico y de revisión bibliográfica, para llegar a diseñar los aspectos a incluir en dos encuestas, una enfocada a cómo se podía establecer el vínculo entre la toma de decisiones y las causas de ineficiencias de los sistemas sanitarios, definidas por la OMS y la otra, con el objetivo de determinar las necesidades específicas de capacitación financiera de los directivos de instituciones hospitalarias. Igualmente en esta etapa de la investigación, quedó definido el modelo, desde su concepción, hasta su mecanismo de aplicación y continuidad.

Es de destacar que el instrumento diseñado, en base al documento de la OMS (2010), sirve para identificar quienes son los tomadores de decisiones en las organizaciones hospitalarias y en qué medida su acción y conocimiento financiero, interviene en la solución de estas deficiencias. De ahí que a partir de este Informe, se definieron áreas de conocimiento generales a considerar en el estudio para conformar el modelo.

El carácter distintivo de esta propuesta, es que proporciona un orden lógico en todo el proceso organizativo de la capacitación y al final puede lograrse un diseño adaptado a las necesidades individuales e institucionales, no un proceso aleatorio, desorganizado o inexistente.



ANTECEDENTES

Este trabajo tiene como antecedente, un trabajo realizado sobre diseño y aplicación de un modelo de capacitación económica, para directivos de pequeñas y medianas empresas. En dicho estudio, Cueto (2007), se propone un esquema general para el proceso de capacitación, detallando los instrumentos didácticos a usar para cada programa y curso.

La OMS (2010), presentó en su Informe 2010, un listado de las diez principales fuentes de ineficiencia en los sistemas sanitarios a nivel mundial y este documento se tomó como base para analizar sus causas y en qué medida estaban vinculadas con la toma de decisiones.

Thomas H Lee (2010), en su artículo “Transformar a los médicos en líderes”, identifica la necesidad de un enfoque diferente y una generación distinta de líderes en la atención de salud, donde es vital, el conocimiento y aplicación de conocimientos financieros, porque según Lee, en el pasado, la formación de un médico tenía mucho de Arte y poco de Finanzas.

A partir de la definición que dio Joseph Schumpeter (1978) de innovación, en la cual identificó diferentes casos de cambio para ser considerados como una innovación, incluyendo el cambio en la organización de cualquier organización o en su proceso de gestión; es posible asumir, que al proponer un cambio en la metodología organizativa de la capacitación financiera en hospitales públicos, se esté contribuyendo a la innovación en servicios de salud, con el propósito de lograr una mayor equidad y cobertura en los servicios sanitarios, toda vez que al tomar decisiones más acertadas, con conocimientos de finanzas, puedan ser utilizados mejor los recursos para brindar servicios de salud a la población. Según la OMS, la compra de servicios de salud se entiende como el proceso por el cual se retribuye a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto especificado o no de prestaciones de salud (2000) y en todo este proceso se dan relaciones de oferta y demanda, en la cual se manejan recursos financieros, siendo necesario un control exhaustivo de dichos insumos y servicios.

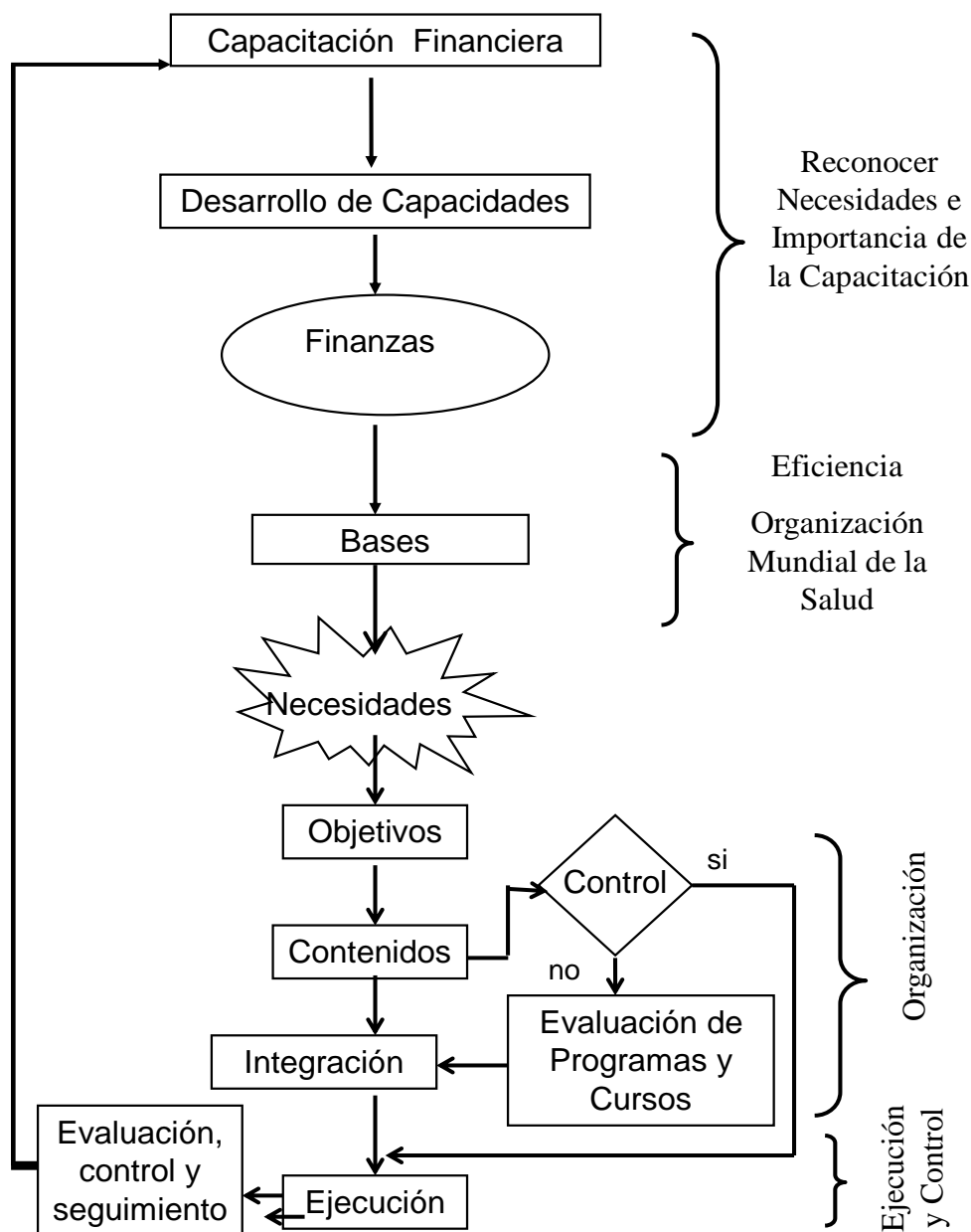
Las innovaciones tecnológicas implican la generación de productos, servicios o procesos nuevos o mejorados gracias a los nuevos conocimientos y la tecnología, a través de un modelo de cambio lineal o interactivo. Las innovaciones no tecnológicas representan básicamente nuevas formas de organización o gestión o nuevos comportamientos en el mercado, por lo que el diseño de un modelo de capacitación financiera, de forma ordenada y usando las herramientas propuestas, con un carácter distintivo en relación a los actuales sistemas de capacitación usados en los hospitales públicos, resulta un tipo de innovación no tecnológica.

Oteo Ochoa (2003) señala que el conocimiento sólo es eficaz en la medida en que se internaliza por los individuos y las organizaciones; entonces se convierte en “saber hacer”, en competencias individuales y organizativas, que aunque son difíciles de medir, evidencian que al tener los directivos, las competencias en el manejo de la información financiera, estarán en mejores posibilidades de tomar decisiones acertadas.

RESULTADOS

Esquema General del Modelo de Capacitación Financiera

“Figura 1”. Esquema conceptual del Modelo de Capacitación Propuesto



Fuente: Elaboración propia

En la “Figura 1” se representa en un esquema, el orden lógico de la metodología organizativa propuesta, para la capacitación financiera de directivos hospitalarios, donde pueden observarse

las bases que lo sustentan, los elementos integrantes y cómo se relacionan entre sí. Nótese en primer término, la importancia del desarrollo de capacidades para el manejo de la información financiera, sustentadas en las bases, que parten del logro de la eficiencia y de las acciones para eliminar las ineficiencias de los sistemas sanitarios, con vistas a la Determinación de Necesidades de Capacitación (DNC), a nivel individual de los directivos, pero en relación a los aspectos anteriores.

En la “Figura 1” se puede distinguir, cómo los objetivos y contenidos se derivan de la DNC y se integran ya como parte de la “Organización” los citados contenidos, en Programas y Cursos, que son evaluados constantemente y que se ponen en práctica, “Ejecución y Control”, considerándose al final, un proceso de evaluación de resultados, que se incorpora a un proceso iterativo en el reconocimiento de la necesidad de la capacitación, para el adecuado manejo de los recursos de cada puesto directivo.

El modelo de capacitación financiera, visto como una metodología útil para cada institución hospitalaria, tiene el objetivo de desarrollar capacidades y competencias, esencialmente la de Planeación y Gestión, que es una de las seis competencias gerenciales definidas por Don Hellriegel, Susan E. Jackson y John W. Slocum, Jr., (2011), ya que dentro de esta competencia, se incluyen la recolección de información, análisis y solución de problemas, la planeación y organización de proyectos, la administración del tiempo, la elaboración de presupuestos y la administración financiera.

Aspectos a considerar para la determinación de los contenidos a incluir en el Programa

Método utilizado

Las “Bases”, incluidas en la “Figura 1”, sirven para la elaboración de una encuesta, mostrada en el Anexo I, en la cual se detallan las diez principales causas de ineficiencias de los sistemas sanitarios a nivel mundial, según la OMS y los directivos deben de especificar qué decisiones ellos tomarían para contribuir a nivel hospitalario, a la erradicación de dichas ineficiencias. De esta manera se logra sensibilizar a cada directivo, con la necesidad de conocer sobre temas financieros y cómo esto los puede conducir a una mejor toma de decisiones.

En el Anexo II se relacionan las temáticas a incluir en la encuesta, para determinar necesidades de aprendizaje en los directivos hospitalarios del sector público. Esta relación se deriva de cada una de las acciones vinculadas a cada ineficiencia, pudiendo repetirse algunas, por lo que se colocan una sola vez en la segunda columna de la tabla mostrada en Anexo II.

El campo de las Finanzas está íntimamente ligado con la Economía y la Contabilidad y así lo explica claramente Guillermo L. Dumrauf (2013), cuando establece que la Contabilidad suministra datos acerca de la salud económico-financiera de la organización, a través de los estados contables y la Economía aporta los conocimientos para el análisis de riesgo, la teoría de los precios y las relaciones de la organización con los agentes económicos. Por esta razón, al definir las temáticas que se incluirían en el modelo propuesto, se incluyen contenidos interconectados entre estas tres disciplinas.

La encuesta para detectar necesidades individuales, consiste en mostrar a los encuestados, la lista de temáticas o áreas de conocimiento y se les solicita, en una escala desde 1 hasta 5, que le asignen una calificación, a cada una.

En la “Tabla 1” se exponen los objetivos generales y específicos de dicha encuesta.

“Tabla 1”. *Objetivos de la Encuesta para determinar necesidades de capacitación*

Instrumento	Objetivo General	Objetivos específicos
Encuesta	Validar la propuesta de temáticas de carácter financiero, a incluir en un Modelo de Capacitación para directivos de hospitales públicos.	Determinar el grado de importancia de las diferentes temáticas propuestas en base a las Bases (Informe de la OMS y criterio de eficiencia), definiendo para cada una un puntaje específico.

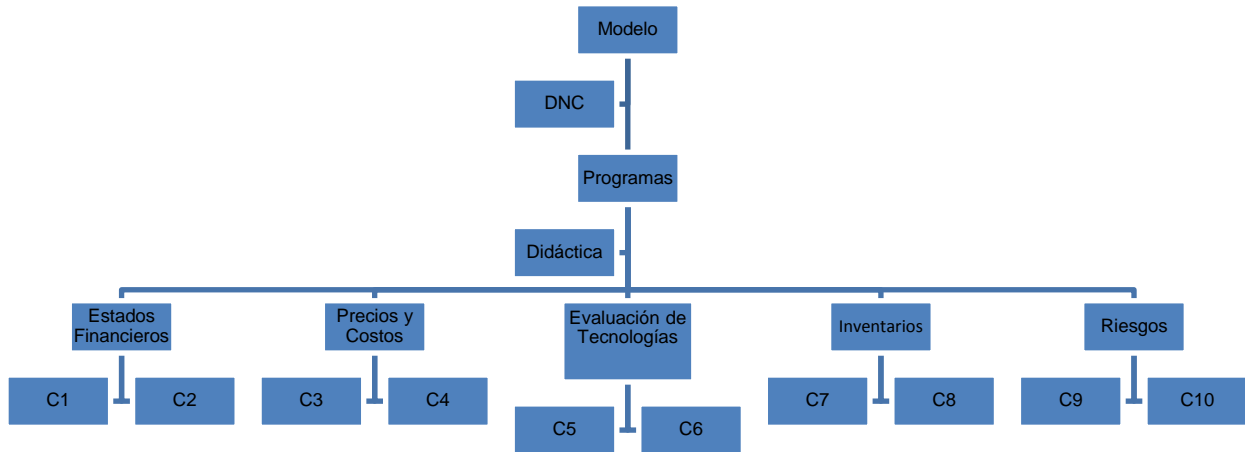
Fuente: *Elaboración Propia*

Elementos: Modelo- Programas-Cursos

La “Figura 2” permite distinguir cómo se estructura el Modelo de Capacitación, en programas, así como su subdivisión en cursos. Según se observa, los programas se subdividen en C1, C2 hasta C10, siendo los cursos que integran los respectivos programas (para cada programa se propone un curso y un taller). Tanto programas como cursos están en relación directa con la Determinación de Necesidades de Aprendizaje (DNC).

El modelo propuesto se sustenta en la didáctica, que es “la disciplina pedagógica, de carácter práctico y normativo, que tiene por objeto específico la técnica de la enseñanza, esto es, la técnica de dirigir y orientar eficazmente a los alumnos en su aprendizaje”, según Marveya Villalobos (2002).

“Figura 2”. Estructura del Modelo en Programas y Cursos



Fuente: Elaboración Propia

Existen tres campos de conocimiento de la didáctica que nos interesan para fines de la propuesta de este trabajo, éstos son: Organización Grupal, Orientación Personal e Instrumentación Didáctica, a los cuales se refiere Marveya Villalobos (2002).

La Organización Grupal se refiere a las finalidades, contenidos educativos, metodología, organización del proceso de enseñanza aprendizaje. La Orientación Personal es el proceso de ayuda personal para el propio conocimiento, unido a su entorno social, con el fin de lograr la congruencia y orden interno. Es de gran interés para el presente estudio, poder aplicar la Instrumentación Didáctica, la cual incluye los momentos didácticos y los elementos didácticos.

Los momentos se refieren a diagnosticar, planear, realizar, evaluar y los elementos, incluyen roles de educando y educador, objetivos educativos, contenidos educativos, metodología, recursos didácticos, tiempo didáctico y lugar.

Considerando tanto momentos como elementos de la didáctica y las características de la capacitación a directivos, se ha estructurado la lógica de los cursos que se integran en sus respectivos programas y éstos a su vez, conforman el MCF

Aspectos operativos del Modelo.

Una vez definidos los programas y cursos, se presenta el esquema para la aplicación del MCF, la metodología para realizar la determinación de necesidades, cuál es el rol del capacitador, la promoción y difusión.

Procedimiento General de Aplicación

Se parte de la Determinación de Necesidades de Capacitación, tomando como punto de partida las “Bases”, para el diagnóstico de conocimientos, habilidades y actitudes.. Una vez concluido este proceso, hay dos posibilidades: si se necesita la capacitación en todos los programas, se procede a la misma, programa por programa con sus respectivos cursos cada uno y la otra posibilidad es, que el directivo necesite sólo algunos cursos y/o programas, adecuándose el modelo a sus exigencias. Por último, se hace la evaluación del MCF, obteniendo la retroalimentación y dando seguimiento para ir de nuevo hacia la DNC, como un proceso constante.

Metodología para determinar necesidades de capacitación

Al determinar las necesidades de capacitación, será necesario establecer cuál es la brecha entre el estado deseado y el estado actual, en relación a los conocimientos (área de dominio cognoscitivo, comportamientos que se refieren a procesos mentales o intelectuales, que en el caso de los directivos, se refiere a los conocimientos financieros en relación a las bases identificadas anteriormente), actitudes (área o dominio afectivo social, comportamientos relacionados con las actitudes, sentimientos y valores de los directivos, tales como el reconocer la importancia de la capacitación para el desarrollo de competencias, la preparación financiera y la eficiencia) y habilidades (área o dominio psicomotor, comportamientos que incluyen habilidades físicas e intelectuales, para los directivos, la destreza en la toma de decisiones).

Se aplicarán instrumentos (entrevista y encuesta), de tal manera que la aplicación de ambos, permita diagnosticar estos tres niveles (conocimientos, habilidades y actitudes) y que así pueda ser mostrada la diferencia entre la situación actual de los directivos en forma individual y el estado deseado.

Requisitos del instructor

El instructor debe reunir como requisitos, los siguientes:

- a) Conocimientos técnicos sobre Finanzas
- b) Grado de Maestría mínimo.
- c) Conocimientos y habilidades pedagógicas para la enseñanza a adultos
- d) Flexibilidad de pensamiento y acción
- e) Capacidad para manejo de grupos y de trabajo en equipo.
- f) Capacidad integradora de conocimientos (Finanzas con otras disciplinas, como Administración de Servicios de Salud, Teoría de Sistemas, Economía de la Salud, Farmacoeconomía, entre otras)
- g) Certificación oficial, en caso de ser requerida.

Requisitos solicitados en los directivos objeto de capacitación

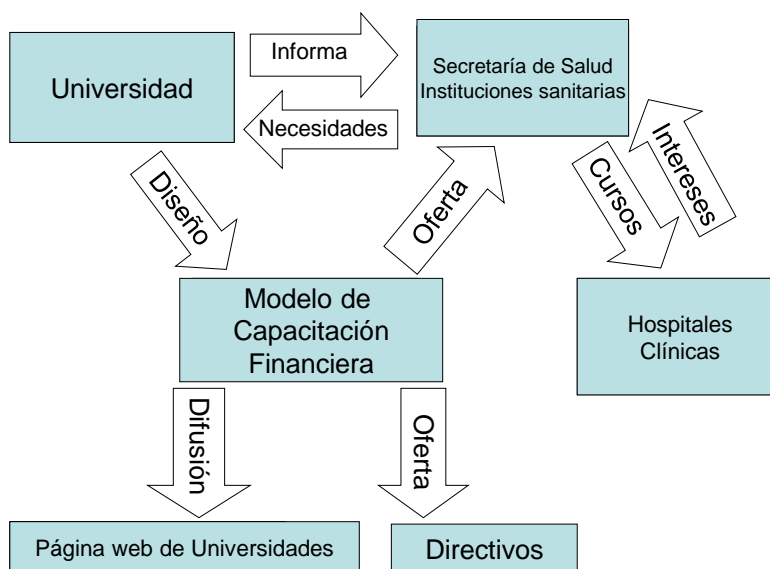
Los requisitos se resumen en:

- a) Ser directivo de una institución de salud
- b) Interés por el desarrollo de capacidades de análisis financiero
- c) No tener formación de financiero, economista ni de contador

Promoción y difusión

Se realizará la difusión vía Secretaría de Salud, organismos nacionales de salud, a través de sus boletines y red de comunicación interna. Cada hospital o clínica deberá de tener su plan de capacitación financiera y sería a través de estas instancias que se ofertaría la capacitación, contratando al personal especializado proveniente de las Universidades. De esa manera, se fortalecerían los vínculos academia-empresa, con el consiguiente beneficio para ambas instancias.

“Figura 3”. Comercialización del Modelo



Fuente: Elaboración Propia

Dirección Continua del Modelo

A través de la Secretaría de Salud e instituciones sanitarias a nivel central, se establecería el vínculo con los hospitales y clínicas, los que a su vez obtendrían retroalimentación de sus directivos, para dar continuidad al MCF propuesto, mediante preparación específica acorde a las

necesidades individuales. En primer lugar, se aplicaría un cuestionario muy sencillo para cada curso dentro del respectivo programa, de tal forma que se pudiera ir midiendo el nivel de avance del directivo en una temática concreta y cómo ha mejorado en la toma de decisiones. El control y seguimiento serán vitales para la aplicación integral del MCF.

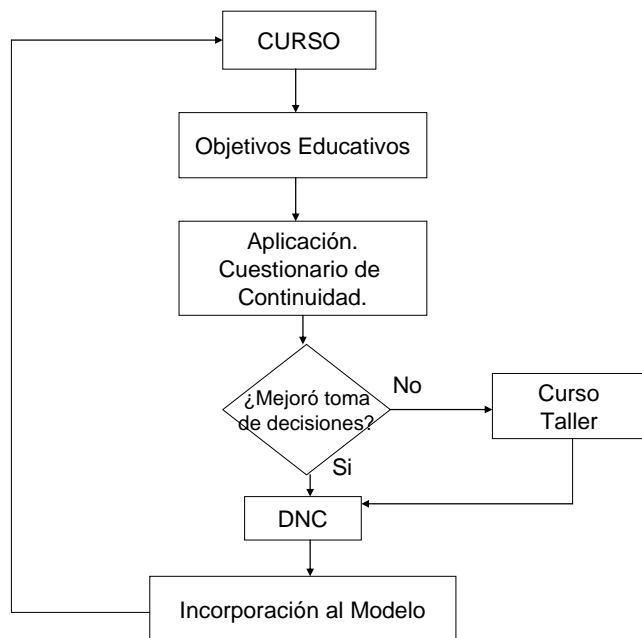
Herramientas para la continuidad

La encuesta que se aplicaría, estaría dirigida a la verificación de los objetivos propuestos para cada curso. Una vez finalizado el curso, se aplicaría el cuestionario utilizado para el diagnóstico al inicio, pero ahora, como un cuestionario de salida, el cual serviría como un instrumento de retroalimentación y evaluación del curso en cuestión.

Esquema de aplicación de la continuidad. Ventajas.

En la “Figura 4”, se explica cómo para cada curso dentro de un programa, considerando sus objetivos educativos, se aplica el cuestionario de continuidad y se determina en qué medida el directivo experimentó una mejoría en la toma de decisiones, de haber tenido lugar un avance, se procede a la DNC nuevamente y se incorpora al modelo, de no haber experimentado mejoría, se inserta en un curso taller que responda a los propios objetivos educativos y después se procede a la DNC, para continuar en el modelo. Este proceso es iterativo para cada curso.

“Figura 4”. Esquema de Continuidad del modelo



Fuente: Elaboración Propia



APRENDIZAJE E INNOVACIÓN

El aprendizaje y la innovación son procesos que dependen de factores tales como la confianza entre individuos y equipos, la cohesión social y el capital intelectual, actuando todos ellos de forma simultánea e interactiva para que el ciclo sea sostenible. Según Oteo Ochoa (2003), la capacidad de innovación es proporcional a la base conocimiento de una organización, y ésta se incrementa cuando el círculo virtuoso de gestión del conocimiento se desarrolla.

De los diferentes tipos de aprendizaje, el aprendizaje por producción (*learning-by producing*), es aquel que está relacionado con las actividades de producción asistencial de las organizaciones sanitarias, entre ellas, la toma de decisiones por parte de los altos y medios mandos de la jerarquía organizacional. El Modelo de Capacitación Financiera propuesto, está enfocado hacia las modalidades aprender haciendo (*learning-by-doing*), aprender usando (*learning-by-using*), aprender interactuando (*learning-by-interacting*), que a juicio de Ochoa (2003), han representado las formas más frecuentes y fértiles de aprendizaje en el sector de la salud, contribuyendo a incrementar las bases de conocimiento y a mejorar la eficiencia de las funciones de la cadena de valor del sistema. Las formas de aprendizaje más comunes en la prestación de servicios sanitarios, son de naturaleza organizativa, con un peso importante en el aprendizaje individual, por lo que el modelo que se propone en este trabajo, contribuye a la formación cruzada del personal directivo en las unidades asistenciales, mediante el desarrollo de capacidades y competencias relacionadas con conocimientos financieros.

Un aspecto que se considera en el modelo propuesto, es la conexión entre las modalidades de aprendizaje, a las que se refiere Ochoa (2003), lo cual influye fuertemente en la formación de un capital humano, capaz de asimilar nuevas ideas, para un liderazgo más efectivo en las instituciones de salud.

El modelo que se presenta en esta investigación, se diferencia de otros programas existentes, en los siguientes aspectos:

1. Enfoque del lado de la demanda, no de la oferta.
2. Concepción integral de sus contenidos derivados de acciones sugeridas por la OMS.
3. La preparación financiera como eje del modelo.
4. Determinación de necesidades individuales de capacitación.
5. Mayor posibilidad de información de cursos, a través de Secretaría de Salud
6. Vínculo academia-práctica
7. Herramientas de continuidad.



CONCLUSIONES

- El sector de servicios de salud en términos de innovación, se caracteriza por la manifestación de la innovación tecnológica y la no tecnológica, enfocada ésta última al campo organizativo, terreno que adquiere gran importancia por el uso intensivo de información y la red extensa de transferencia de conocimiento, que lleva implícita.
- La propuesta que se realiza en este trabajo, representa una innovación en el orden organizativo de la gestión hospitalaria, para el desarrollo del capital humano, siendo una manifestación de la innovación no tecnológica.
- En este artículo se evidencia el vínculo entre innovación y aprendizaje en organizaciones de salud.
- Las bases del Modelo de Capacitación Financiera propuesto, radican en la necesidad de lograr una mayor eficiencia en el manejo de los recursos, a nivel de institución hospitalaria, de erradicar las ineficiencias de los sistemas sanitarios, detectadas por la Organización Mundial de la Salud y de diseñar un modelo estructurado y acorde a las necesidades de cada organización sanitaria del sector público.
- A través del modelo propuesto, es posible desarrollar competencias gerenciales, en el orden de Planeación y Gestión, para una acertada toma de decisiones a nivel hospitalario.
- El carácter distintivo de la propuesta está dado por los procedimientos que incluye y que son una guía para el modelo de capacitación financiera de la organización hospitalaria de que se trate, enfocado a mandos de niveles altos y medios, con esquemas para la formulación, estructuración, determinación de contenidos, puesta en práctica, comercialización y continuidad.
- El aporte del presente estudio, es del tipo metodológico, para la innovación organizativa en servicios de salud y el paso siguiente en esta investigación, es lograr su aplicación en una institución sanitaria, con vistas a evaluar los resultados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cueto Liliana. (2007). Evaluación de un proyecto de inversión para el diseño y aplicación de un modelo de capacitación económica enfocado a directivos de pequeñas y medianas empresas (Pymes). México, Universidad Panamericana, Escuela de Ciencias Económico Empresariales.

Don Hellriegel, Susan E. Jackson y John W. Slocum, Jr.,(2011), Administración. Un enfoque basado en competencias. 11ª.edición, México: Cengage Learning Editores..

Lee, Thomas H. (2010),Transformar a los médicos en líderes. Harvard Business Review, Agosto 2010, 66-76

López Dumrauf, Guillermo, (2013), Finanzas Corporativas. Un enfoque latinoamericano. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor Argentino.

Luis Alcocer and Liliana Cueto (2008), Hypertension, a health economics perspective. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease Journal*. <http://tak.sagepub.com/content/2/3/147.abstract>. 2.127, based on data from Thomson Reuters Web of Knowledge | Indexed in MEDLINE. (28/05/2015)

OMS. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. (2000).

OMS. Informe Mundial de Salud. (2010).

Oteo Ochoa y José Ramón Repullo Labrador. (2003), La innovación en los servicios sanitarios; consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud Español. *Revista de Administración Sanitaria*. 1(2),307-320. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-innovacion-los-servicios-sanitarios-13048770> (25/05/2015)

Schumpeter, Joseph.,(1978), Teoría del desenvolvimiento económico. Quinta Reimpresión, México: Fondo de Cultura Económica.

Villalobos, Marbella. (2002), Didáctica Integrativa y el Proceso de Aprendizaje, México: Editorial Trillas.

ANEXOS

ANEXO I: Las diez fuentes principales de la falta de eficiencia en los Sistemas de Atención Sanitaria según la OMS

Fuente	Causas	Acciones	Tema de decisiones a nivel Hospitalario		
			SI	NO	Que nivel o Puesto
1. Medicamentos: infrautilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario	<p>a) Controles inadecuados de los agentes de la cadena de suministro, los que los prescriben y los que los dispensan.</p> <p>b) Baja percepción de la eficacia teórica y la seguridad de los medicamentos genéricos</p> <p>c) Patrones históricos en la prescripción y sistemas ineficientes de obtención y distribución.</p> <p>d) Tasas e impuestos sobre los medicamentos</p> <p>e) Márgenes comercial excesivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción. Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costes y los beneficios de las alternativas. Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones. Eliminar las tasas y los impuestos. Controlar los márgenes comerciales excesivos. Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos. 			
2. Medicamentos: el uso de medicamentos de baja calidad y falsificados	<p>a) Sistemas y mecanismos inadecuados de vigilancia farmacológicas</p> <p>b) Sistemas débiles de contratación pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la aplicación de las normas de calidad en la fabricación de los medicamentos, llevar a cabo análisis de los productos Mejorar los sistemas de contratación pública con la precalificación de los proveedores 			
3. Medicamentos: uso inadecuado e ineficaz	<p>a) Incentivos inapropiados a quienes los prescriben y prácticas poco éticas de promoción</p> <p>b) Demandas y expectativas de los consumidores</p>	<ul style="list-style-type: none"> Separar la prescripción de la provisión Regular las actividades promocionales Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción Difundir la información 			

	<p>conocimientos limitado sobre los efectos terapéuticos</p> <p>c) Marcos normativos inadecuados</p>	<p>pública.</p>			
<p>4. Productos y servicios sanitarios: uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos</p>	<p>a) Demanda inducida por el proveedor</p> <p>b) Mecanismos de pago por servicios</p> <p>c) Temor a las querellas (medicina defensiva)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reformar los sistemas de incentivos y pago (por ejemplo, la captación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico) Desarrollar e implementar guías de práctica clínica 			
<p>5. Personal sanitario: plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados</p>	<p>a) Conformidad con las políticas y los procedimientos de recursos humanos predeterminados</p> <p>b) Resistencia por parte del Colectivo médico</p> <p>c) Contratos fijos e inflexibles</p> <p>d) Salarios insuficientes</p> <p>e) Contratación basada en el favoritismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo una evaluación y una formación basada en las necesidades. Revisar las políticas de remuneración Introducir contratos flexibles y/o pagos por el desempeño Aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades. 			
<p>6. Los servicios sanitarios: admisiones hospitalarias y duración de la estancia inadecuadas</p>	<p>a) Falta de planes terapéuticos</p> <p>b) Incentivos insuficientes para el alta hospitalaria</p> <p>c) Conocimiento limitado de las mejores prácticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar cuidados alternativos (por ejemplo, centros de día) Cambiar los incentivos a los profesionales sanitarios hospitalarios Ampliar la información sobre las prácticas eficientes del ingreso hospitalario 			
<p>7. Los servicios sanitarios: el tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras)</p>	<p>a) Nivel inadecuado de recursos de gestión para la coordinación y el control</p> <p>b) Demasiados hospitales y camas hospitalarias en algunas áreas y déficit en otras. A menudo, esto refleja una falta de</p>	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar a la planificación hospitalaria la estimación de las aportaciones y los resultados Ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital Reducir el exceso de capacidad para aumentar la tasa de ocupación hasta un 80-90% (a la vez que 			

	planificación del desarrollo de infraestructuras de los servicios sanitarios.	se controla la duración de la estancia			
8. Los servicios sanitarios: errores médicos y calidad asistencial insuficiente	<p>a) Conocimiento o aplicación insuficientes de las normas y los protocolos de asistencia clínica</p> <p>b) Ausencia de directrices</p> <p>c) Supervisión inadecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las normas de higiene hospitalarias • Proporcionar una mayor continuidad de la asistencia médica • Realizar más auditorías clínicas • Supervisar el rendimiento hospitalario 			
9. Despilfarro en los sistemas sanitarios: derroche, corrupción y fraude	<p>a) Guías poco claras sobre la asignación de los recursos</p> <p>b) Falta de transparencia</p> <p>c) Mecanismos deficientes de justificación y gestión</p> <p>d) Salarios bajos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la regulación y la gestión, introduciendo mecanismos sancionadores efectivos • Evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción • Realizar estudios de seguimiento del gasto público • Promover códigos de conducta 			
10. Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente/nivel inadecuado de estrategias	<p>a) Intervenciones de coste elevado y bajo efecto cuando las opciones de bajo coste e impacto elevado no están financiadas.</p> <p>b) Equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia y/o entre la prevención, la promoción y el tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica e incorporación a la política de los resultados de los costes y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas 			

ANEXO II. Temáticas a considerar en la Encuesta

Acciones	ÁREAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción. • Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. • Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costes y los beneficios de las alternativas. • Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones. • Eliminar las tasas y los impuestos. • Controlar los márgenes comerciales excesivos. • Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura de Estados Financieros 2. Análisis de Estados Financieros 3. Determinación de precios 4. Valor del dinero en el tiempo 5. Evaluación de tecnologías sanitarias 6. Aspecto financiero de las adquisiciones
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la aplicación de las normas de calidad en la fabricación de los medicamentos, llevar a cabo análisis de los productos • Mejorar los sistemas de contratación pública con la precalificación de los proveedores 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Análisis de costos de productos
<ul style="list-style-type: none"> • Separar la prescripción de la provisión • Regular las actividades promocionales • Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción • Difundir la información pública. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Análisis de costos de actividades promocionales
<ul style="list-style-type: none"> • Reformar los sistemas de incentivos y pago (por ejemplo, la captación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico) • Desarrollar e implementar guías de práctica clínica 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Análisis del punto de equilibrio
<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo una evaluación y una formación basada en las necesidades • Revisar las políticas de remuneración • Introducir contratos flexibles y/o pagos por el desempeño • Aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Costos de oportunidad
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cuidados alternativos (por ejemplo, centros de día) • Cambiar los incentivos a los profesionales sanitarios hospitalarios • Ampliar la información sobre las prácticas eficientes del ingreso hospitalario 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Capital de Trabajo

<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar a la planificación hospitalaria la estimación de las aportaciones y los resultados • Ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital • Reducir el exceso de capacidad para aumentar la tasa de ocupación hasta un 80-90% (a la vez que se controla la duración de la estancia) 	<p>12. Costos de inventarios</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las normas de higiene hospitalarias • Proporcionar una mayor continuidad de la asistencia médica • Realizar más auditorías clínicas • Supervisar el rendimiento hospitalario 	
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la regulación y la gestión, introduciendo mecanismos sancionadores efectivos • Evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción • Realizar estudios de seguimiento del gasto público • Promover códigos de conducta 	<p>13. Determinación de ahorros</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica e incorporación a la política de los resultados de los costes y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas 	<p>14. Análisis de flujos de efectivos proyectados y reales 15. Riesgos</p>