

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE INGENIERIA

**EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS
HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO, ESTUDIO REALIZADO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE
LAUGERUD", ALTA VERAPAZ**

POR

Juan Arnoldo Chocooj Iten

**AL CONFERIRSELE EL TITULO DE
INGENIERO INDUSTRIAL**

Guatemala, octubre de 1996.

08
T(3820)
C.4

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Cumpliendo con los preceptos que establece la ley de la Universidad de San Carlos de Guatemala, presento a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO, ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE LAUGERUD", ALTA VERAPAZ

tema que me fuera asignado por la Dirección de la Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial.



Juan Arnoldo Chocooj Iten

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE INGENIERIA

MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA

DECANO: ING. JULIO ISMAEL GONZALEZ PODSZUECK
VOCAL PRIMERO: ING. MIGUEL ANGEL SANCHEZ GUERRA
VOCAL SEGUNDO: ING. JACK DOUGLAS IBARRA SOLORZANO
VOCAL TERCERO: ING. JUAN ADOLFO ECHEVERRIA MENDEZ
VOCAL CUARTO: BR. FERNANDO WALDEMAR DE LEON CONTRERAS
VOCAL QUINTO: BR. PEDRO IGNACIO ESCALANTE PASTOR
SECRETARIO: ING. FRANCISCO JAVIER GONZALEZ LOPEZ

**TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN
GENERAL PRIVADO**

DECANO: ING. JULIO ISMAEL GONZALEZ PODSZUECK
EXAMINADOR: ING. LUCERO RODAS
EXAMINADOR: ING. SERGIO MORALES
EXAMINADOR: ING. LUIS FERNANDO ARGUETA
SECRETARIO: ING. FRANCISCO JAVIER GONZALES LOPEZ

Guatemala, mayo 15 de 1,996.

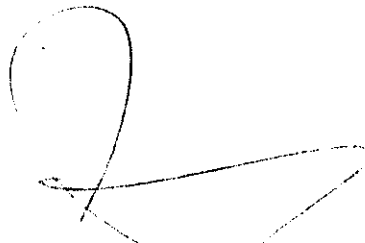
**Ingeniero
José Francisco Gómez Rivera
Coordinador del Area Administrativa,
Escuela Mecánica Industrial.**

Ingeniero Gómez:

Le notifico que he revisado el trabajo de tesis titulado: **EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO, ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE LAUGERUD", ALTA VERAPAZ**, del estudiante universitario Juan Arnoldo Chocooj Iten.

Al informarle que dicho trabajo satisface los objetivos que motivaron la elección del tema, hago de su conocimiento que junto al autor me hago responsable de su contenido y por lo tanto apruebo el trabajo realizado.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop at the top and a horizontal stroke extending to the right.

**Ing. Sergio Gatica
ASESOR**



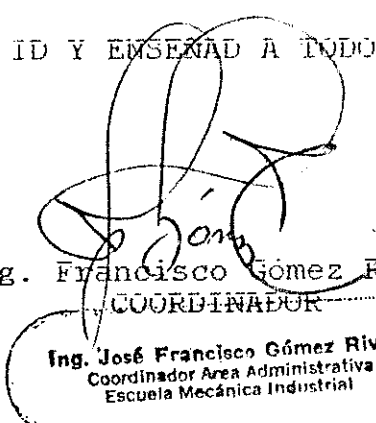
FACULTAD DE INGENIERIA

Escuelas de Ingeniería Civil, Ingeniería
Mecánica Industrial, Ingeniería Química,
Ingeniería Mecánica Eléctrica, Técnica
y Regional de Post-grado de Ingeniería
Sanitaria.

Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

El Coordinador del Area Administrativa de la Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de conocer el dictamen del Asesor, al contenido y la presentación del trabajo de tesis titulado EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO. ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL REGIONAL HELEN LOSSI DE LAUGERUD, DE COBAN ALTA VERAPAZ, presentada por el estudiante universitario Juan Arnoldo Chocooj Iten, recomienda la aprobación del presente trabajo.

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Ing. Francisco Gómez Rivera
COORDINADOR

Ing. José Francisco Gómez Rivera
Coordinador Area Administrativa
Escuela Mecánica Industrial

Guatemala, junio de 1, 1996.

/emds



FACULTAD DE INGENIERIA

Escuelas de Ingeniería Civil, Ingeniería
Mecánica Industrial, Ingeniería Química,
Ingeniería Mecánica Eléctrica, Técnica
y Regional de Post-grado de Ingeniería
Sanitaria.

Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

El Coordinador General de Tesis de la Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de conocer el dictamen del Asesor y del Licenciado en Letras, con el Visto Bueno del Coordinador de Area, así como el contenido y la presentación del trabajo de tesis titulado **EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO, ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE LAUGERUD" ALTA VERAPAZ**, presentada por el estudiante universitario Juan Arnoldo Chocooj Iten, aprueba el presente trabajo y solicita la autorización del mismo.

ID Y ENSEÑAD A TODOS

Ing. Sergio Torres Méndez
COORDINADOR GENERAL DE TESIS
INGENIERIA MECANICA INDUSTRIAL

Guatemala, agosto de 1,996

emds

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



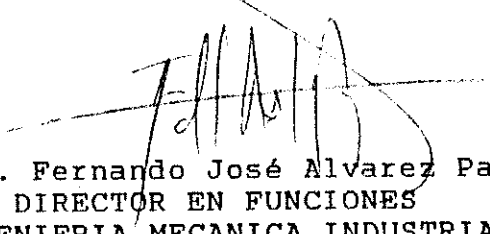
FACULTAD DE INGENIERIA

Escuelas de Ingeniería Civil, Ingeniería
Mecánica Industrial, Ingeniería Química,
Ingeniería Mecánica Eléctrica, Técnica
y Regional de Post-grado de Ingeniería
Sanitaria.

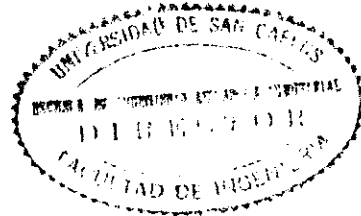
Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

El Director de la Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de conocer el dictamen del Asesor con el Visto Bueno del Coordinador de Área y el Licenciado en Letras, al trabajo de tesis titulado "EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO, ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE LAUGERUD", EN EL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ, presentado por el estudiante universitario Juan Arnoldo Chocooj Iten, el presente trabajo y solicita la autorización del mismo.

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Ing. Fernando José Álvarez Paz
DIRECTOR EN FUNCIONES
INGENIERIA MECANICA INDUSTRIAL

Guatemala, septiembre de 1,996.



emds

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



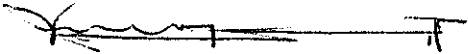
FACULTAD DE INGENIERIA

Escuelas de Ingeniería Civil, Ingeniería
Mecánica Industrial, Ingeniería Química,
Ingeniería Mecánica Eléctrica, Técnica
y Regional de Post-grado de Ingeniería
Sanitaria.

Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Centroamérica

El Decano de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de San Carlos de Guatemala, luego de conocer la aprobación por parte del Director de la Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial, al trabajo de tesis titulado "EVALUACION DE LA EFICACIA ADMINISTRATIVA EN LOS HOSPITALES DEL SECTOR PUBLICO, ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE LAUGERUD", EN EL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ, presentado por el estudiante universitario Juan Arnoldo Chocooj Iten, procede a la autorización para la impresión de la misma.

IMPRIMASE:


Inq. Julio Ismael González Podszueck
DECANO



Guatemala, septiembre de 1,996.

emds

ACTO QUE DEDICO

A DIOS TODOPODEROSO:

Por iluminar cada día mi camino hacia el futuro.

A MIS PADRES:

Byron Arnoldo Chocooj Leal
Blanca Elisa Iten de Chocooj

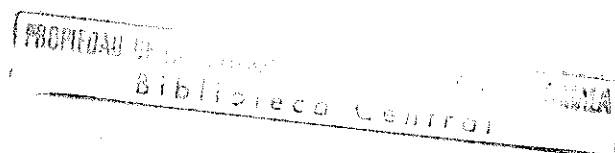
A MIS HERMANOS:

Jose Roberto y Byron Estuardo

A MIS FAMILIARES EN GENERAL

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE INGENIERIA



INDICE GENERAL

	Pag.
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	I
INTRODUCCION.....	II
OBJETIVOS.....	III
 CAPITULO I	
1. Introducción a la salud en Guatemala.....	1
1.1 Características físicas y demográficas del país.....	1
1.2 Situación salud.....	2
1.2.1 Datos generales de Mortalidad y Morbilidad.....	2
1.2.2 Problemas de salud de la población en general.....	3
1.2.3 Análisis de la situación salud-enfermedad.....	4
1.2.4 Marco institucional del sector salud.....	5
1.2.5 Organización del sector salud.....	6
1.3 Antecedentes de los hospitales públicos en Guatemala.....	8
1.3.1 La orden de San Juan de Dios.....	9
1.3.2 La hermandad de la caridad.....	9
1.3.3 La etapa de 1873 a 1917-18.....	10
1.3.4 La etapa que va desde 1918 hasta el 4 de febrero de 1976.....	10
1.3.5 1976 a 1996(dos décadas de cambios constantes).....	11
1.4 El papel de los hospitales públicos en la sociedad guatemalteca.....	12
1.5 La calidad del servicio hospitalario en los años noventa.....	13
1.6 Las tendencias del sector salud en los años noventa.....	14
1.7 Contraste de la demanda hospitalaria contra la capacidad de servicio en 1996.....	16
1.8 Proyección de la demanda hospitalaria hacia el año 2010.....	19
 CAPITULO II	
1. Definiciones y conceptos en una evaluación administrativa.....	20
1.1 Definición de auditoría.....	20
1.1.1 Auditoría financiera.....	20
1.1.2 Auditoría de operaciones.....	20
1.1.3 Auditoría administrativa.....	20
1.1.4 Auditoría de funcionamiento.....	21
1.1.5 Auditoría social.....	21
1.2 Administración.....	22
1.2.1 ¿ Qué es administrar?.....	22
1.2.2 Las funciones básicas de la administración.....	23
1.2.2.1 La planeación.....	23
1.2.2.2 Organización.....	28
1.2.2.3 Dirección.....	38
1.2.2.4 El control.....	50
1.3 La evaluación administrativa.....	54

1.4 Los objetivos de una evaluación administrativa.....	54
1.5 Los beneficios que se pueden obtener.....	55
1.6 Tipos de evaluaciones.....	55
1.6.1 Evaluación por funciones y/o actividades generales.....	55
1.6.2 Evaluación por áreas o departamentos.....	56
1.7 Los pasos básicos para realizar una evaluación administrativa.....	56
 CAPITULO III	
1. La planeación de la evaluación administrativa.....	60
1.1 El concepto de planeación en una evaluación administrativa.....	60
1.2 Los objetivos de la planeación de la evaluación.....	61
1.3 Que funciones administrativas se deben de estudiar y cuáles de sus aspectos.....	62
1.4 Técnicas para la evaluación y realización de los estudios.....	66
1.5 Los criterios de medición que se pueden utilizar.....	75
1.5.1 Indicadores.....	75
1.5.2 Comparaciones.....	80
1.5.3 La evaluación del desempeño.....	81
 CAPITULO IV	
1. Evaluación administrativa efectuada en el Hospital Regional de Cobán "Helen Losi de Laugerud", en el departamento de Alta Verapaz.....	83
Fase A	83
I) Descripción general del hospital.....	83
II) Delimitación del alcance del estudio.....	85
III) Programa de Trabajo.....	85
Fase B	88
I) Hechos sobresalientes.....	88
II) Evaluación de la eficacia administrativa.....	97
II.1) Niveles y sistemas administrativos.....	97
II.2) Actividades y funciones principales.....	98
II.3) Evaluación funcional de la eficacia administrativa.....	98
II.4) Interpretación de la eficacia en cada uno de los sistemas administrativos.....	100
II.5) Resumen de los datos sobresalientes.....	105
Fase C	107
Conclusiones generales.....	107
Conclusiones específicas.....	108
Recomendaciones generales.....	110
Recomendaciones específicas.....	112
El programa de cambio recomendado.....	114
 CONCLUSIONES	 IV
RECOMENDACIONES	V
BIBLIOGRAFIA	VI
ANEXOS	VII

LISTA DE ILUSTRACIONES

1. LISTA DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 3-1 , La lista ponderada utilizada en la observación directa.....	67
Cuadro 4-1 , Programa general de la evaluación funcional por departamento aplicada en el Hospital Regional de Cobán.....	86
Cuadro 4-2 , Cronograma general de actividades de evaluación efectuadas en el Hospital Regional de Cobán.....	86
Cuadro 4-3 , Eficacia en la administración funcional del Hospital Regional de Cobán.....	98
Cuadro 4-4 , Eficacia en la administración de servicios médicos del Hospital de Cobán.....	98
Cuadro 4-5 , Eficacia en la administración de servicios no médicos.....	99
Cuadro 4-6 , Eficacia gerencial en la administración general del Hospital de Cobán.....	99

2. LISTA DE TABLAS

Tabla 1-1 , Las principales causas de mortalidad ocurridas en Guatemala durante 1990.....	2
Tabla 1-2 , Las principales causas de morbilidad en Guatemala durante 1990.....	3
Tabla 1-3 , Establecimientos que conforman el sector salud en Guatemala...	12
Tabla 1-4 , Contraste entre la capacidad de servicio y la demanda en 1996 para los hospitales estatales.....	18
Tabla 1-5 , Proyección de la demanda de los hospitales estatales hacia el año 2010.....	19
Tabla 3-1 , Ejemplo de un plan de evaluación administrativa.....	60
Tabla 3-2 , Ejemplo de un plan de evaluación con objetivos definidos.....	61
Tabla 3-3 , Datos de la demanda del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cobán.....	68
Tabla 3-4 , Incrementos mensuales en la demanda del servicio de emergencia del Hospital Regional de Cobán.....	69
Tabla 3-5 , Resultados de las observaciones en un muestreo de trabajo programado.....	72
Tabla 3-6 , Egresos totales y por departamento de servicio médico en el año 1995 en el Hospital Regional de Cobán.....	78

Tabla 3-7 , Productividad mensual y anual de atención médica en los departamentos de servicios médicos del Hospital Regional de Cobán.....	79
Tabla 4-1 , Capacidad de servicio del Hospital Regional de Cobán en 1996....	84
Tabla 4-2 , Resultados totales(eficacia funcional Hospital de Cobán).....	100
Tabla 4-3 , Resultados totales(eficacia administrativa en los servicios médicos).....	101
Tabla 4-4 , Resultados totales(eficacia administrativa en los servicios no médicos).....	102
Tabla 4-5.a , Resultados totales(eficacia administrativa gerencial individual)...	103
Tabla 4-1.b , Resultados totales(eficacia administrativa gerencial integrada)..	104

3. LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1-1 , Instituciones estatales y privadas que conforman el sector salud en Guatemala.....	12
Gráfica 3-1 , Pronóstico de la demanda del servicio de emergencia del Hospital regional de Cobán.....	70
Gráfica 3-2 , Resultados del ejemplo de la aplicación del muestreo de trabajo.....	73
Gráfica 3-3 , Comparación de eficiencias entre los años 1994, 1995 y 1996 en la ejecución de programas de salud por parte del Hospital Regional de Cobán.....	76
Gráfica 3-4 , Productividad por cada departamento de servicio médico integrado en el Hospital Regional de Cobán.....	79
Gráfica 4-1 , Porcentajes de eficacia en la administración funcional.....	100
Gráfica 4-2 , Porcentajes de eficacia en la administración de servicios médicos.....	101
Gráfica 4-3 , Porcentajes de eficacia en la administración de servicios no médicos.....	102
Gráfica 4-4.1 , Porcentajes de eficacia en la administración gerencial.....	103
Gráfica 4-4.2 , Porcentajes de eficacia en la administración gerencial.....	104

4. LISTA DE FIGURAS

Figura 2-1 , Planes estratégicos y operacionales, enfoque del MSPAS.....	24
Figura 2-2 , La jerarquía de los planes.....	27
Figura 2-3 , La jerarquía de los planes, enfoque estratégico.....	28
Figura 2-4 , Estructuras organizativas de tendencia horizontal y vertical.....	30
Figura 2-5 , La organización formal e informal.....	32

Figura 2-6, Estructura organizativa funcional para una fábrica industrial.....	33
Figura 2-7, Estructura organizativa por territorio o geográfica.....	34
Figura 2-8, Estructura por servicio para un hospital estatal.....	35
Figura 2-9, Estructura matricial para instituciones que trabajan con programas.....	36
Figura 2-10, Modelo del proceso de comunicación.....	41
Figura 2-11, Estilos de liderazgo por flujo de influencia.....	45
Figura 2-12, La cadena de necesidades, deseos y satisfacción.....	46
Figura 2-13, La pirámide de las necesidades según Maslow.....	48
Figura 2-14, El proceso básico del control.....	50

INTRODUCCION

La gran necesidad que ha surgido a nivel nacional para mejorar los servicios de salud, ha sido la razón de la elaboración de este documento. Tomando a la administración de los sistemas, procedimientos y procesos como eje en la mejora de estos servicios, se pueden evaluar los aspectos que inciden en la eficiencia administrativa de los sectores de salud. El documento presenta un formato de evaluación administrativa, específicamente orientado hacia los sistemas administrativos de los hospitales estatales.

El documento cuenta con una guía teórica completa, acerca de los principales puntos que rigen la administración en general; se incluyen algunos ejemplos sobre los procedimientos para la aplicación de la administración en los hospitales.

El documento de tesis se encuentra organizado de la siguiente forma: en el capítulo I, se analiza la situación en términos de salud en general en Guatemala, los antecedentes de los hospitales estatales y las tendencias del sector salud; el capítulo II, contiene la guía básica de todos los conceptos necesarios para una eficaz administración y para poder efectuar la evaluación administrativa en cualquier institución; en el capítulo III, se desarrollan todos los conceptos necesarios para una evaluación administrativa dentro de un hospital que inician con la planificación de la evaluación(planeación) y los procedimientos necesarios para llevar a la práctica el sistema evaluativo; en el capítulo IV, se realiza un caso práctico realizado en el Hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz.

Por último, se presentan los puntos finales referentes al trabajo de tesis, como: conclusiones, recomendaciones, bibliografía que se consultó, apéndices, y anexos.

OBJETIVOS

Generales:

- a) Contribuir al proceso de desarrollo del sistema de salud hospitalario en Guatemala, a través del mejoramiento de los procedimientos, sistemas y procesos administrativos.
- b) Mejorar la eficacia y efectividad administrativa en los hospitales y organizaciones dedicadas a la salud, especialmente a las organizaciones no lucrativas.

Específicos:

- a) Lograr la implementación de un sistema periódico de evaluación de los logros en los sistemas administrativos de los hospitales públicos.
- b) Incrementar la eficacia administrativa en los hospitales públicos.
- c) Contribuir con el departamento de Alta Verapaz, con el mejoramiento continuo del sistema de salud.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN A LA SALUD EN GUATEMALA

1.1. Características físicas y demográficas del país

La República de Guatemala está ubicada en el centro del continente americano y forma parte de los 5 países de América Central. Esta Limitada al norte y al oeste con la república de México, al sur con el océano pacifico, al este con el mar de las Antillas y las repúblicas de Honduras y el Salvador.

Su extensión territorial es de 108,900 Km². Esta dividida políticamente en 22 departamentos, integrados por 330 municipios y éstos están, a su vez, formados por aldeas, caseríos, parajes y fincas. Los departamentos han sido agrupados, desde 1986, en ocho regiones de salud:

1. Región I	Metropolitana(dpto. de Guatemala)
2. Región II	Norte(dptos. de Alta y Baja Verapaz)
3. Región III	(El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula)
4. Región IV	Suroriente(Jalapa, Jutiapa , y Sta. Rosa)
5. Región V	Central(Sacatepéquez, Chimaltenango, y Escuintla)
6. Región VI	Suroccidente(Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Retahuleu, Suchitepéquez, San Marcos)
7. Región VII	Noroccidente(Huehuetenango y Quiché)
8. Región VIII	El departamento de Petén

Del total de habitantes en 1992¹, el 33% vive en el área urbana y el 67% en el área rural.

La estructura demográfica por edades muestra que la población menor de cuatro años constituye el 18% y la menor de 15 años el 46%. El grupo de mujeres en edad fértil(15-44 años) está constituido por un(49%); la juventud integrada por la población 15 a 24 años constituye casi una quinta parte de la población(19%). La población anciana, personas mayores de los 64 años de edad, representan únicamente el 3% de la población total. Esta estructura caracteriza a Guatemala como un país con población joven. Es importante señalar que esta población se encuentra desigualmente distribuida en toda la República; asimismo, las regiones mas densamente pobladas son la suroccidental con el 25% de la población total; la metropolitana con el 21% y la central con el 11%.²

¹ Según la proyección demográfica por grupo etáreo de la Organización Panamericana de la Salud OPS.

² OPS. Ibidem.

La conformación del grupo étnico para 1990³ era de 58% indígena y 42% no indígena o "ladina". La población indígena se concentra en su mayoría en las regiones noroccidental , norte y parte suroccidental.

1.2. Situación salud

1.2.1. Datos generales de mortalidad y morbilidad

Para 1990⁴, la tasa de mortalidad general en Guatemala fue de 7.67 por cada mil habitantes; la región suroccidental presentó la mayor tasa(9.05 por cada mil habitantes) y la región Nororiental, la menor(6.03). De el total de defunciones el 55% correspondió al sexo masculino y el 45% al sexo femenino; también se estima que fallecieron 124 hombres por cada 100 mujeres; y las defunciones en el grupo de menores de 5 a 1 año representaron el 41% y el 22% de todas las muertes respectivamente.

Un análisis del lugar donde ocurren estas defunciones establece que un 79% de ellas ocurrieron en el domicilio y el 16% dentro de un hospital; además, el 45% de estas defunciones fueron certificadas por personal médico, el 34% por autoridad municipal y el resto por personal empírico.

Las principales causas de defunción ocurridas durante 1990 son mostradas en la siguiente tabla:

Causas de muertes por enfermedad	No. por cada mil habitantes
Enfermedades de infección intestinal	1.11
Neumonía	1.10
Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	0.71
Sarampión	0.55
Afecciones al período perinatal	0.53
Deficiencias de la nutrición	0.53
Enfermedades del corazón	0.24
Violencia	0.23
Homicidio y lesiones infringidas intencionalmente	0.22
Enfermedad cerebro -vascular	0.18

Tabla 1-1. Principales causas de mortalidad ocurridas en 1990⁵.

³ Datos proporcionados en el Instituto Nacional de Estadística INE.

⁴ Datos obtenidos en el informe: Estudio básico de la salud, publicación No. 4. Guatemala: publicaciones científicas y técnicas de la OPS ,1991

⁵ Información obtenida en archivos de la Unidad de Informática de la Dirección General de Servicios de Salud DGSS.

Mientras que las principales causas de enfermedades en el mismo año, reportadas por medio de notificación obligatoria fueron:

Enfermedad	Porcentaje
Infecciones respiratorias	56%
Síndrome diarreico agudo	29%
Desnutrición	7%
Sarampión	2%

Tabla 1-2. Principales causas de morbilidad en 1990.

Estas enfermedades representaron el 95% de las notificadas en toda la república.

1.2.2. Problemas de salud de la población en general

Las condiciones en las que se desenvuelve la población del país, los aspectos socioeconómicos tales como la pobreza, el desempleo, el déficit habitacional y educativo, así como factores geográficos, ecológicos, climáticos y otros, determinan la calidad de vida y la distribución de las enfermedades en las regiones del país. Hay ciertas zonas que son consideradas de alto riesgo en exposición de malaria y donde las personas están expuestas a contraer la enfermedad. La región VIII (Petén) es la que presenta el mayor número por Km² en riesgo; la Región III (Nororiental) es la que presenta el mayor número de personas expuestas⁶.

También se ha detectado *Aedes Aegypti* en 19 de los 22 departamentos de la República, y ocurrieron alrededor de 114 brotes epidémicos durante 1991, con una tasa de ataque de 2.46%. Durante 1990 fueron notificados 175 casos de parálisis flácida aguda en menores de quince años, de los cuales únicamente 105 ingresaron al sistema de vigilancia epidemiológica como casos probables de polio. La tasa de mortalidad por poliomielitis en Guatemala para el año 1990 era de 0.02 por cada 100,000 habitantes. Para 1990, la tasa de mortalidad por tuberculosis fue de 0.08 por cada 1,000 habitantes. Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema importante, especialmente en los centros urbanizados; las enfermedades del corazón y las cerebro-vascular se encuentran situadas dentro de las principales causas de defunción.⁷

⁶ OPS, Op. cit.

⁷ OPS, Ibidem.

1.2.3. Análisis de la situación de salud-enfermedad

La República de Guatemala se caracteriza por su población joven y gran diversidad cultural y lingüística. La mayoría de la población vive en áreas dispersas, rurales del país. El déficit habitacional en toda la República es alarmantemente primordial en calidad, pues la mayoría de las viviendas están fabricadas de materiales de desecho y constan de un solo ambiente que incluye la cocina, lo que ha sido favorable para el desarrollo de enfermedades infecciosas respiratorias.

Otro problema, en este sentido, es la constante contaminación que sufre el grupo familiar, no sólo por el hacinamiento y exposición de humos dentro de sus propias viviendas, sino también por el alto déficit de agua y carencia de letrinas que existe en la actualidad; situación que propicia la elevada incidencia de enfermedades gastrointestinales y otras como el dengue.

A pesar de que los indicadores sobre mortalidad se han reducido en Guatemala según el análisis de la OPS del año 1992, aún se consideran altos estos índices en relación con los observados en otros países de América latina. Es importante resaltar que las enfermedades infecciosas continúan ocupando los primeros lugares como causa de enfermedad y muerte, principalmente en los menores de 5 años. Y esto ha contribuido a que la desnutrición actúe como el denominador común en la población de escasos recursos económicos, especialmente en la de los menores de diez años.

Debido a las variadas condiciones geográficas de la República, las enfermedades tropicales como la malaria, el dengue y la oncocercosis son endémicas en algunas regiones del país. La malaria y el dengue han presentado incrementos significativos en los últimos años, los cuales han sido difíciles de controlar.

La mayoría de la atención prenatal y de los partos es brindada por comadronas; más del 40% de las mujeres no recibe ningún control, principalmente en las regiones metropolitana, central y suroccidental.⁸

Otro problema de salud pública que se ha incrementado es la prevalencia del bocio. En 1979, la prevalencia de bocio era de 8%; en 1988 se elevó a un 20.4%, especialmente entre los adolescentes, que fueron los más afectados. Esto es imputable al notable deterioro del programa de iodización de sal. Actualmente, sólo un 12.5% de la sal satisface las normas de presencia de yodo en cantidades útiles.⁹

⁸ OPS, *Ibidem*.

⁹ Unidad de informática de la DGSS en el MSPAS, *Op. cit.*

1.2.4. Marco institucional del sector salud

Las políticas actuales de salud han sentado las bases con el apoyo de los organismos internacionales. Como consecuencia de lo anterior, se ha llevado adelante un proceso de cuestionamiento de la eficiencia y eficacia del sector salud, así como el redimensionamiento, reestructuración y modernización en aspectos tales como: capacidad institucional, naturaleza de sus funciones, organización, capacidad gerencial, recursos y el sistema normativo.

Uno de los cuestionamientos en este sentido fue presentado por las autoridades del MSPAS¹⁰ en febrero de 1991¹¹. En él se reconoce el agravamiento de la situación de pobreza y la necesidad de unificar esfuerzos de todos los sectores en el marco del proceso de pacificación del país.

De los postulados de trabajo y de los enunciados de políticas, estrategias y objetivos del documento del gobierno, se deducen los siguientes aspectos relevantes para el sector salud:

a) Se plantea reforzar la formulación, dirección y coherencia de las políticas de salud a nivel nacional, fundamentadas en los postulados constitucionales.

b) Se establecen lineamientos de una adecuada interrelación entre lo curativo y lo preventivo, dándole "prioridad" a la medicina preventiva mediante el apoyo y fortalecimiento de los centros y puestos de salud, a los programas de saneamiento ambiental, materno infantil y otros".¹²

c) En el aspecto curativo destaca el propósito de lograr un desarrollo hospitalario integral que tenga como objetivo mejorar la calidad de atención y su proyección comunitaria.¹³

d) Se plantea con realismo, sentar las bases institucionales y de gestión que permitan la "transformación de los servicios de salud a mediano plazo".

e) Se asume el compromiso de dar continuidad al proceso de descentralización, regionalización y desconcentración de los servicios de salud, y se priorizan los aspectos preventivos y de apoyar "la autogestión de las comunidades en programas de salud y la medicina popular tradicional".¹⁴

¹⁰ MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social)

¹¹ MSPAS. Nuestro compromiso con la salud pública (Guatemala: marzo 1991), p.14

¹² MSPAS, *Ibidem*, p.1

¹³ MSPAS, *Ibidem*, p.1

¹⁴ MSPAS, *Ibidem*, p.1

f) El planteamiento para lograr eficiencia en la prestación de servicios descansa en varios factores: el uso racional y eficiente de los recursos; el desarrollo institucional; el fortalecimiento y desarrollo de la organización laboral como un mecanismo para reconocer hechos y demandar obligaciones en beneficio de los usuarios de los servicios.

g) La estrategia general prioriza " la atención primaria de salud en todos los niveles: la planificación estratégica participativa; la adecuación tecnológica y la reconceptualización del proceso de salud y de la participación social y comunitaria" ¹⁵.

Está planteada, de esta forma, una etapa de gobierno en la que la iniciativa y el papel del estado, persiguen lograr, mejores indicadores de salud para la población guatemalteca en el marco del régimen constitucional.

1.2.5. Organización del sector salud

El sector salud de Guatemala, se caracteriza por su bajo grado de formalización jurídica y administrativa¹⁶ y por la multiplicidad de instituciones públicas y privadas, de los más variados sectores, dedicados a la producción, comercialización o prestación de algún tipo de servicio de salud. Esta conformado actualmente por instituciones del sector público y privado; organizaciones no gubernamentales y por un amplio y significativo sector de medicina comunitaria tradicional, sobreviviente de la cultura maya. Sin embargo, el MSPAS ha subdividido a las organizaciones de salud en 2 tipos: aquellas cuyo fin principal es la salud, y aquellas cuyo fin principal no es la salud.

1.2.5.1 Instituciones cuyo fin principal es la salud

En este subsector, se encuentra el sector estatal y el sector social no gubernamental.

1.2.5.1A El sector estatal

El MSPAS es el rector en los cometidos constitucionales vigentes en salud, y le corresponde dentro de sus funciones sustantivas: "La orientación superior de las acciones de salud a nivel nacional, para lo cual promoverá la coordinación con los organismos o entidades estatales centralizados (y) descentralizados, y particulares subvencionados o no por el estado, sin exclusión alguna"¹⁷.

¹⁵ MSPAS, Ibidem, p. 1

¹⁶ A diferencia de Costa Rica, Nicaragua y Panamá, en donde la estructura de salud si tiene una definición estructural, organizativa y jurídica.

¹⁷ Código de Salud, Decreto 45-79, artículo 6.

Además de los establecimientos que prestan servicios finales de salud, forman parte de este Ministerio las escuelas de enfermería, los centros formadores de técnicos en salud rural y de capacitación de comadronas, promotores y demás personal voluntario que preste sus servicios en las áreas de salud.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social(IGSS) es una entidad del estado descentralizada, cuyo fin primordial es la seguridad social de país; como parte de sus funciones desarrolla un componente principal de atención médica destinado a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes.

1.2.5.1B Organizaciones no gubernamentales

Entre las organizaciones no gubernamentales, cuyo fin principal es la salud, se encuentran la Liga Nacional Contra el Cáncer, el Patronato Antialcohólico y la Liga de Salud Mental.

1.2.5.2 Instituciones cuyo fin principal no es la salud

En este grupo se encuentran representados el sector público, el sector no gubernamental de organizaciones sociales no lucrativas y el sector privado lucrativo.

1.3. Antecedentes de los hospitales públicos en Guatemala

Dentro nuestra historia, los religiosos han desempeñado un papel importante y relevante en aspectos de caridad e iniciativas en pro del mejoramiento social. Estas iniciativas fueron el inicio de los sistemas de atención de salud en Guatemala¹⁸. Dentro de los obispos que sobresalieron por su interés en la comunidad en aspectos de salud, debemos mencionar al obispo Francisco Marroquín, quien fue el fundador del Hospital Real de Santiago; el Beato hermano Pedro de San José de Betancourt fundador del hospital de convalecientes de Nuestra Señora de Betlem y la orden Betlemita de indias, y por último Fray Matías de Paz, el menos conocido con una gran caridad, es el fundador del hospital de San Alejo.

De el primer hospital del que se tiene noticias es el de la Misericordia el cual es fundado el 23 de noviembre de 1537 en la ciudad del valle de Almolonga; y posteriormente trasladado a la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala y finalmente destruido en esta ciudad el 29 de septiembre de 1717, por los temblores de ese año.

Posteriormente en la ciudad de Santiago de los caballeros de Guatemala, se construyen los siguientes hospitales: El Hospital de San Alejo, fundado por Fray Matías de Paz y el cual es administrado por los dominicos desde su fundación hasta el 27 de septiembre de 1667, fecha en la cual se les entrega a los hermanos San Juan de Dios; El Hospital Real de Santiago fundado por el obispo Marroquín; este hospital estuvo un tiempo a cargo de los hermanos san Hipólito y posteriormente es entregado a los hermanos San Juan de Dios durante su venida al Reino de Guatemala en el año de 1630; el hospital de San Lázaro, el cual también desde su fundación e inicio de actividades se les entrega a los religiosos hermanos San Juan de Dios; el hospital de convalecientes de Nuestra Señora de Bethlem, fundado por el Beato Hermano Pedro de San José de Betancourt y atendido por la compañía bethlemitica de indias, compañía fundada también por él y que tuvo actuación destacada en el control de la epidemia de viruelas en el año de 1780. Este grupo religioso se extendió a América del Sur, especialmente a Perú, Ecuador y Argentina. El hospital de convalecientes surgió con la necesidad de atención de enfermos egresados de hospitales pero quienes necesitaban aún cuidados que no eran posibles que tuvieran en sus casas. Fue el primero de su genero en América, después de los terremotos de Santa Marta fue trasladado a la Nueva Guatemala, donde sobrevivió varios años¹⁹.

¹⁸ Fuente de la información para la página: Dr. Ramiro Rivera Alvarez. Hospital de los hermanos San Juan de Dios. (Guatemala: s.p.i, 1981), pp. 19-32

¹⁹ El convento de Bethlem en Guatemala de la Asunción fue sede de actividades patrióticas que culminaron con la independencia en 1821.

Merecen atención especial en la administración de los servicios de salud en esos tiempos: La Orden de San Juan de Dios(desde 1630 hasta 1862) y los hermanos de la caridad de San Vicente de Paul(1862).

1.3.1. La orden de San Juan De Dios

La venida de Nueva España(México) de los hermanos hospitalarios San Juan de Dios en el año de 1630 representa uno de los inicios en la administración de hospitales. Y así , arribó a Santiago de los Caballeros de Guatemala el padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, acompañado de algunos religiosos. El objetivo de su venida fue presentar la solicitud para administrar el Hospital Real de la ciudad. La solicitud presentada fue resuelta favorablemente por autoridades coloniales, y se les concedió la licencia del hospital el 23 de enero de 1638, y durante la ceremonia Fray Carlos Cívico de la Cerda es mencionado como vicario provincial de la orden de San Juan de Dios.

Posteriormente se funda el hospital de San Lázaro, el cual también es entregado al cuidado de los frailes de San Juan de Dios, el 3 de febrero de 1640.

El Hospital de Indios o de San Alejo asimismo pasó a manos de los hermanos hospitalarios desde el 27 de noviembre de 1667, y a partir de esa fecha todos los hospitales de la ciudad quedan a manos de la Orden de San Juan de Dios.

En Guatemala de la Asunción se sabe que el Hospital San Juan de Dios fue puesto a servicio público en octubre de 1778; aunque no se sabe el día exacto, el 24 de octubre se toma como fecha festiva.²⁰

El 21 de junio de 1795 el hospital San Juan de Dios es ampliado por medio de la construcción de varias salas para clérigos enfermos, las cuales conservaron el nombre de San Pedro en recuerdo del proyectado hospital; esta área fue ocupada posteriormente por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul.

El 29 de abril de 1801, finaliza una etapa en la vida del hospital San Juan de Dios cuando el capitán General entrega el hospital a la Hermandad de la Caridad.

1.3.2. La Hermandad de la Caridad

La etapa hospitalaria bajo la brillante labor por parte de la Hermandad de la Caridad, va desde el 29 de abril de 1801 hasta el 14 de octubre de 1873, fecha en que la junta de Gobierno entregó los bienes a su cargo a la tesorería nombrada por el Gobierno y la comisión central de consolidación nacional.

La Hermandad de la Caridad fue creada con la autoridad necesaria para la conservación de sus fines que eran: administrar gratuitamente los hospitales,

²⁰ Fuente de información para la página: Dr. Ramiro Rivera Alvarez. Op. cit.

procurar adquirir fondos para efectuar mejoras, asistir enfermos y atender lo relativo a la buena hospitalidad.

El triunfo de la revolución liberal de 1871 trajo consigo cambios sustanciales en la estructura política, administrativa y social en la República, y la Hermandad de la Caridad fue afectada en el proceso de reforma que se gestó en esa época.

1.3.3. La etapa de 1873 a 1917-18

Esta etapa está comprendida desde la entrega del hospital por la hermandad de la caridad hasta los terremotos ocurridos durante los años de 1917-18, que prácticamente destruyeron el hospital. Constituye una época de actividad constante en lo relativo al manejo técnico administrativo y del avance científico desarrollado, el cual fue revolucionario para nuestro medio a semejanza de otros países.

Las mejoras efectuadas al hospital fueron múltiples a partir del año 1882; se obtiene bastante equipo moderno para el hospital, como por ejemplo: un pulverizador de vapor para la sala de operaciones. Se forma la biblioteca médica. EL 13 de diciembre de 1882 se crea el museo de anatomía patológica. Durante este año, también los militares llegan a tener su propio hospital y los reos son atendidos en las cárceles. En 1893 se pone en servicio una planta de 25 aparatos telefónicos.

El siglo XX encuentra al hospital con insuficiencia para atender la demanda; en 1901 no hay lugar para tanto enfermo y en 1902 continúa esta situación.

En 1908 se inauguró la sala de oftalmología, La cual contó con 16 camas.

1.3.4. Etapa que va desde 1918 hasta el 4 de febrero de 1976

Después de los terremotos de 1917-18 la vida del hospital estuvo orientada en el inicio y en sentido prioritario hacia la reconstrucción. En esta etapa; se vivió la persistente penuria económica que ha sido compañera fiel de su existencia.²¹

Es formado el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como rector de la salud nacional. A consecuencia de los cambios derivados de la revolución de 1944, el hospital empieza a pertenecer a esta organización.

Las corrientes de nuevo pensamiento hicieron que se completara el hospital en su infraestructura; se crearon los servicios de emergencia, banco de sangre, anatomía patológica, almacén de farmacia, fisioterapia, etc. Surgió la enfermería profesional y posteriormente la auxiliar.

²¹ Dr. Ramiro Rivera Alvarez. Op. cit.

1.3.5. 1976 a 1996(dos décadas de cambios constantes)

Después del terremoto del 4 de febrero de 1976, el hospital tuvo que ser trasladado al parque de la industria. El hospital funcionó como alternativa a la catástrofe nacional que se vivió en aquel entonces. El hospital San Juan de Dios se empieza a construir nuevamente en 1981.

La década de los 80's trajo consigo muchas mejoras sustanciales en la red de servicios de salud, la construcción de centros de salud como alternativa en la atención rural y municipal constituye una de las grandes iniciativas.

También durante esta época son creados nuevos hospitales en cada uno de los departamentos como consecuencia de la demanda que cada uno de ellos generó, tanto así que en 1996 se cuenta a nivel nacional con 36 hospitales.

La red de servicios se mejoró grandemente en la década de los años 90, y tiene a principios de 1996:

- . 33 centros de salud tipo A
- . 221 centros de salud tipo B²²
- . 857 puestos de salud.

²² Los centros de salud tipo A son centros habilitados para la atención médica y cuentan con un número determinado de camas, a diferencia que los centros de salud tipo B no cuentan con un sistema de atención médica con camas.

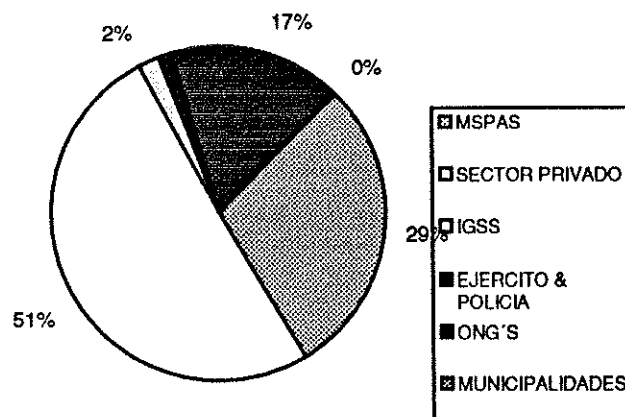
1.4. El papel de los hospitales públicos en la sociedad guatemalteca

Las instituciones públicas que conforman el sector salud son:

Institución	No. de establecimientos	Porcentaje del total
MSPAS	1,147	28.9%
IGSS	80	2.04%
Fuerzas armadas y policiales	47	1.18%
Municipalidades	16	0.40%
Sector Privado	2,018	50.85%
ONG'S	660	16.63%

Tabla 1-3. Establecimientos que conforman el sector salud a nivel nacional en Guatemala.²³

Como se puede observar en la siguiente gráfica el sector de salud pública ocupa el 28.9% de la cobertura nacional en los sistemas de salud, sin embargo, cabe señalar que el sector privado está distribuido en su mayoría en el área urbana.



Gráfica 1-1. Instituciones públicas y privadas que conforman el sector salud en Guatemala.

La oferta de servicios del sector salud se brinda a través de una red de 4,605 establecimientos distribuidos a nivel nacional; esta oferta está diferenciada por niveles en 148 hospitales, 33 centros de salud tipo A, 221 centros de salud tipo B, 35 consultorios y 4168 pequeños establecimientos entre puestos de salud, clínicas y otros.

Los hospitales públicos tiene una muy importante participación nacional en la cobertura de los servicios de salud, especialmente aquellos que son dirigidos a la población de bajos ingresos.

²³ Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Estudio básico del sector salud, 1991.

1.5. La calidad del servicio público hospitalario en los años noventa

Hablar de calidad en términos sencillos implica decir satisfacción. Es la satisfacción del cliente el factor que determina el grado de calidad en cualquier servicio de salud. Si bien es cierto que al sector público hospitalario se le ha criticado de no poseer un buen sistema de atención, especialmente orientado a la formación de una cultura de calidad, es el sector administrativo al que le corresponde iniciar la formación de la calidad dentro de la organización.

También hay que mencionar que el proceso de calidad implica inversión y no gastos como se piensa.

La calidad es una inversión porque ésta genera en el futuro una buena imagen de las instituciones, así como un alto grado de confianza hacia ellas, y reduce costos y aumenta la motivación del personal de la institución integrando a todos hacia una meta en común, que es mejorar constantemente la calidad.

Un claro ejemplo de el manejo de la cultura de calidad dentro de una organización hospitalaria lo representa el gran problema que afronto el IGSS en los primeros meses de 1996, al recibir una demanda en contra de la institución por no haber controlado de buena manera sus bancos de sangre y haber provocado el contagio a una persona con el virus VIH. Desgraciadamente se buscaron culpables, sin embargo, la culpa no es sólo de una persona. El sistema en general debe aplicar medidas más controlables en el manejo de sus bancos de sangre, y buscar constantemente el mejoramiento de los procedimientos de manejo y revisión de la sangre almacenada, etc.

1.6. Las tendencias del sector salud en los años noventa

El sector salud de Guatemala comprende como ya se mencionó anteriormente: organizaciones cuyo fin principal es la salud , y aquellas cuyo fin principal no es la salud; sin embargo, todas ellas son responsables de contribuir al desarrollo y mejoramiento de los niveles de salud en el país.

- Una de las tendencias que se deberán seguir para reorientar el programa de salud nacional, lo constituye la calidad. La calidad va a jugar un papel muy importante en los próximos años; de lo contrario, los sistemas de salud empeorarán en sus niveles cada vez más.
- Una segunda tendencia u opción es la descentralización de las entidades regionales, y se considera que es en el desarrollo de educación en materia de salud, en donde se debe prestar mayormente la atención. A toda la población en general se le debe orientar en la prevención de enfermedades de riesgo, pero con un énfasis mayor en las enfermedades endémicas y de alto riesgo de propagación como el SIDA, la malaria, el cólera y el dengue; las unidades regionales descentralizadas entonces podrán tomar la responsabilidad de educar a los miembros de cada uno de sus departamentos, municipios y aldeas, respectivamente, teniendo la oportunidad cada unidad descentralizada la posibilidad de realizar con mayor eficacia sus propios programas de trabajo. Sin embargo, ya se han dado los primeros pasos hacia esta tendencia, programas como el programa sectorial de salud (PSS) son iniciativas que ya se encuentran en funcionamiento en las áreas rurales y que son seleccionadas tomando como parámetro criterios de representatividad de espacios geográficos poblacionales. El PSS actúa principalmente en áreas como:
 - . La salud a la mujer
 - . Salud del niño
 - . Mejoramiento nutricional
 - . Saneamiento ambiental
 - . Prevención y control de enfermedades
 - . Salud al adulto
- Una tercera tendencia, menos satisfactoria que las dos anteriores, indicará un estancamiento en los niveles de salud; esto se puede dar si no se le da la importancia al mejoramiento continuo de la salud y si no se toman las medidas adecuadas para la administración de la salud en general. Regularmente los acortamientos de presupuestos, la corrupción y otros males que se pueden dar en instituciones estatales pudieran contribuir para conducir al sistema de salud nacional hacia esta tendencia. Si se llegara a dar esta tendencia, la mejora sería aún más difícil que si se empezara lo antes posible.

Se debe de hacer énfasis en la importancia que tiene la administración de la salud en Guatemala; como se mencionó anteriormente hay tres posibles tendencias que se podrían dar en los próximos 10 años, sin embargo, el gobierno es el motor que impulsará hacia alguna de ellas. No está de más decir, que se debe concientizar y hacer ver a todas las personas que son participes en cualquier sistema de salud, el esfuerzo que deben de emprender en sus sistemas administrativos para lograr un mejoramiento constante en sus actividades, y mantener al cliente como centro de sus objetivos; esto conllevará a un desarrollo nacional y hacia un sistema de salud cada vez más efectivo.

1.7. Contraste de la demanda hospitalaria vrs capacidad de servicio en el año 1996

La demanda del servicio hospitalario se incrementa gradualmente cada año, pero este incremento es muy significativo; y determinar con exactitud un método de pronóstico o un índice de crecimiento en la demanda es muy difícil, sin embargo, con el fin de introducir a los hospitales en proyecciones de su demanda puede utilizarse un índice de 1.01^{24} , y la formula siguiente:

$$\text{Pronóstico para el año } i = \text{Demanda del año Dato}(1 + 0.1)^n$$

Donde:

n = número de años para llegar a la proyección del año deseado, a partir del año dato.

0.1 significa un incremento anual en la demanda de un 10% en comparación con la demanda dato²⁵.

Demanda del año dato = el dato que es tomado como base para hacer las proyecciones.

Ejemplo:

Estimar el pronóstico de la demanda del servicio para el año 2000 dentro de el hospital XY, considere que se va a pronosticar a partir de este año(1996) y que se tienen dos casos:

a) si se sabe que la demanda del año anterior(1995) fue de 1200 consultas en total.

b) si se conoce únicamente que la demanda de hace 5 años(1991) fue de 978 consultas.

²⁴ Este índice es un promedio y fue determinado con base en las comparaciones entre los últimos 5 años de atención hospitalaria estatal. El resultado promedió un índice de crecimiento en la demanda del 10% anual.

²⁵ Se hace la consideración que este índice puede variar y su estimación puede quedar a cargo de cada hospital, y se basa en las comparaciones de los años anteriores.

Solución:

a) Datos: Demanda dato = 1200, índice de crecimiento del 10%, n = 5 (de 1996 al año 2000)

$$\begin{aligned}\text{Pronóstico para el año 2000} &= 1200 (1+ 0.1)^5 \\ &= \mathbf{1933}\end{aligned}$$

b) Datos: Demanda dato = 978, índice de crecimiento del 10%, n = 10 (de 1991 al año 2000)

$$\begin{aligned}\text{Pronóstico para el año 2000} &= 978(1+0.1)^{10} \\ &= \mathbf{2564}\end{aligned}$$

Sin embargo, si el hospital desea planificar la demanda del año venidero, es recomendable utilizar siempre dentro de la fórmula como dato la demanda del año inmediato anterior y efectuar la planificación en períodos de tiempo más cortos como por ejemplo: períodos mensuales, trimestrales y semestrales; esto logra reducir bastante las diversas fluctuaciones que pueden hacer variada la demanda dentro de las proyecciones.

En la siguiente tabla, se hace una proyección de 4 años, a partir de la demanda establecida en 1992 que se tomo como la demanda dato.

PROYECCION DE LA DEMANDA EN 1996 VRS LA CAPACIDAD DE SERVICIO

Proyecciones con base en el año de 1992.

No.	Código	Hospital	DEMANDA		OFERTA	
			Proyección 1996	Dato 1992	Camas disponibles.	Días X cama disponibles
1	210101	San Juan de Dios	36510	35085	877	320105
2	210102	Ortopedia y Rehabilitación	861	827	208	75920
3	210901	Salud Mental	753	724	78	28470
4	220101	Antituberculoso San Vicente	763	733	342	124830
5	220501	Roosevelt	29958	28789	745	271925
6	220502	Infectología y rehabilitación	1083	1041	150	54750
7	230401	Amatitlán	6902	6633	174	63510
8	240101	El Progreso	2223	2136	50	18250
9	250101	Pedro Betancourt	8682	8343	126	45990
10	250102	Fray Rodríguez de la Cruz	36	35	150	54750
11	260101	Chimaltenango	4619	4439	75	27375
12	270101	Escuintla	8487	8156	144	52560
13	270601	Tiquisate	5499	5284	90	32850
14	280101	Santa Rosa	7739	7437	204	74460
15	290101	Huehuetenango	7013	6739	120	43800
16	290601	San Pedro Nectá	1469	1412	30	10950
17	300101	Santa Elena Quiché	3758	3611	122	44530
18	310101	San Felipe Flores totonicapán	3382	3250	112	40880
19	320101	Sololá	2981	2865	111	40515
20	330101	General de Occidente Quetzal.	10022	9631	334	121910
21	330102	Rodolfo Robles Quetzaltenango	848	815	146	53290
22	332001	Coatepeque Quetzaltenango	6328	6081	170	62050
23	340101	San Marcos	5793	5567	128	46720
24	341501	Malacatán	3847	3697	60	21900
25	350101	Retalhuleu	6627	6368	130	47450
26	360101	Suchitepéquez	8558	8224	160	58400
27	370101	Jalapa	5056	4859	114	41610
28	380101	Jutiapa	9151	8794	116	42340
29	390101	"Kjell" Puerto Barrios Izabal	8041	7727	160	58400
30	390102	Infantil Elisa Martínez	2935	2820	108	39420
31	400101	Zacapa	11254	10815	161	58765
32	410101	Chiquimula	7706	7405	145	52925
33	420101	"Helen Lossi" Cobán A.V.	7475	7183	215	78475
34	430101	Salamá, Baja Verapaz	3082	2962	82	29930
35	440301	San Benito, Petén	3842	3692	100	36500
36	441101	Melchor de Mencos, Petén	1431	1375	69	25185
Total			234712	225554	6306	2301690

Tabla 1-4. Contraste de la capacidad de servicio y la demanda para 1996, en los hospitales estatales.

Para determinar el porcentaje ocupacional de camas del hospital, cada uno de los hospitales debe de dividir los días de estancia totales dentro del número de días cama disponibles.

1.8. Proyección de la demanda hospitalaria hacia el año 2010

Proyección hecha en base a los datos obtenidos en la Unidad de Informática de la DGSS respecto al año 1992.

Hospital	1992	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2005	2010
San Juan de Dios	35085	36510	36875	37243	37616	37992	38372	39930	41967
Ortopedia y Rehabilitación	827	861	869	878	887	896	904	941	989
Salud Mental	724	753	761	769	776	784	792	824	866
Antituberculoso San Vicente Roosevelt	733	763	770	778	786	794	802	834	877
Infectología y rehabilitación	28789	29958	30258	30560	30866	31174	31486	32765	34436
Amatillán	1041	1083	1094	1105	1116	1127	1139	1185	1245
El Progreso	6633	6902	6971	7041	7111	7183	7254	7549	7934
Pedro Betancourt	2136	2223	2245	2267	2290	2313	2336	2431	2555
Fray Rodrigo de la Cruz	8343	8682	8769	8856	8945	9034	9125	9495	9979
Chimaltenango	35	36	37	37	38	38	38	40	42
Escuintla	4439	4619	4665	4712	4759	4807	4855	5052	5310
Tiquisate	8156	8487	8572	8658	8744	8832	8920	9282	9756
Santa Rosa	5284	5499	5554	5609	5665	5722	5779	6014	6320
Huehuetenango	7437	7739	7816	7895	7973	8053	8134	8464	8896
San Pedro Nectá	6739	7013	7083	7154	7225	7297	7370	7670	8061
Santa Elena Quiché	1412	1469	1484	1499	1514	1529	1544	1607	1689
San Felipe Flores Totonicapán	3611	3758	3795	3833	3871	3910	3949	4110	4319
Sololá	3250	3382	3416	3450	3484	3519	3554	3699	3887
General de occidente	2865	2981	3011	3041	3072	3102	3133	3261	3427
Quetzaltenango	9631	10022	10122	10224	10326	10429	10533	10961	11520
Rodolfo Robles Quetzaltenango	815	848	857	865	874	883	891	928	975
Coepeque Quetzaltenango	6081	6328	6391	6455	6520	6585	6651	6921	7274
San Marcos	5567	5793	5851	5909	5969	6028	6089	6336	6659
Malacatán	3697	3847	3886	3924	3964	4003	4043	4208	4422
Retalhuleu	6368	6627	6693	6760	6827	6896	6965	7247	7617
Suchitepéquez	8224	8558	8644	8730	8817	8905	8994	9360	9837
Jalapa	4859	5056	5107	5158	5210	5262	5314	5530	5812
Jutiapa	8794	9151	9243	9335	9428	9523	9618	10008	10519
"Kjell" Puerto Barrios Izabal	7727	8041	8121	8202	8284	8367	8451	8794	9243
Infantil Elisa Martínez	2820	2935	2964	2993	3023	3054	3084	3209	3373
Zacapa	10815	11254	11367	11480	11595	11711	11828	12308	12936
Chiquimula	7405	7706	7783	7861	7939	8019	8099	8428	8857
"Helen Lossi" Cobán A.V.	7183	7475	7549	7625	7701	7778	7856	8175	8592
Salamá, Baja Verapaz	2962	3082	3113	3144	3176	3207	3239	3371	3543
San Benito, Petén	3692	3842	3880	3919	3958	3998	4038	4202	4416
Melchor de Mencos, Petén	1375	1431	1445	1460	1474	1489	1504	1565	1645
Total	225554	234712	237060	239430	241824	244243	246685	256701	269796

Tabla 1-5. Proyección de la demanda de los hospitales estatales hacia el año 2010.

CAPÍTULO II

1. DEFINICIONES Y CONCEPTOS ADMINISTRATIVOS

1.1. Definición de auditoría

La auditoría es una forma de evaluar el funcionamiento de un sistema de actividades financieras, administrativa u operativas con el fin de lograr mejoras sustanciales. El tipo de auditoría más antiguo es la auditoría financiera, y aún es la más conocida, sin embargo, el énfasis ha venido cambiando; en años recientes, ha habido una mayor información que no sólo puede ser encontrada en los estados financieros o en los libros contables; esto indujo al final de la década de los años de 1940, a que los analistas financieros buscaran una nueva forma de analizar las operaciones desde otro punto de vista. Hoy en día se cuenta con dos nuevas formas de auditoría, *la auditoría administrativa y la operacional*.

1.1.1. Auditoría Financiera

La auditoría financiera es utilizada para evaluar y rectificar las posibles desviaciones que puedan ocurrir en el área contable y financiera de una organización. Su uso se da primordialmente en empresas que manejan grandes sumas de capital o que poseen niveles de coordinación a base de presupuestos asignados; el sector estatal es un buen ejemplo. Uno de los resultados de la auditoría financiera es *la auditoría interna* que está orientada originalmente hacia temas contables y considerada como un arma interna de la gerencia. Sin embargo, sufrió un cambio a principios de 1957, para ser lo que ahora se conoce como auditoría de operaciones y que auxilia a la gerencia financiera.

1.1.2. Auditoría de operaciones

La auditoría de operaciones evolucionó a partir de la auditoría financiera. En la actualidad, la auditoría de operaciones se utiliza para revisar, y evaluar la eficiencia de la economía, de los métodos, y de los procedimientos con que funciona una organización.

1.1.3. Auditoría administrativa

La auditoría administrativa tiene como función principal evaluar los objetivos, programas, sistemas y funciones administrativas de una organización, y verificar si éstos se desempeñan dentro de los parámetros preestablecidos si los hubiera, o si funcionan según los planes de trabajo. La auditoría administrativa busca identificar aquellos sectores que comúnmente se les llama áreas funcionales y que con sus posibles subdivisiones, puedan incidir en alguna problemática parcial o total, que impida la realización de los objetivos de trabajo, que señala en cada una de las áreas los puntos débiles y fuertes.

La auditoría administrativa puede definirse como el examen comprensivo y constructivo de la estructura de una empresa, de una institución, una sección del gobierno o cualquier parte de un organismo, en cuanto a sus planes y objetivos,

sus métodos y controles, su forma de operación y sus facilidades humanas y físicas.²⁶

1.1.4. Auditoría de funcionamiento

Este tipo de auditoría se realiza en forma más general. Busca medir la calidad del grupo gerencial, cómo éstos toman sus decisiones, y la cooperación con que logran alcanzar sus metas y satisfacer sus objetivos tanto individuales como comunes, dentro de una organización.

Aunque se aplica en niveles gerenciales especialmente, está ligada con los análisis gerenciales de mejora continua²⁷, y los programas de implementación de cambio de cultura empresarial como los programas de calidad total.

1.1.5. Auditoría social

La auditoría social se refiere al intento por vigilar, evaluar y medir el funcionamiento social de un negocio o institución. En 1940 Theodore J. Krepes, profesor de administración de empresas en la Universidad de Stanford escribe la primera monografía sobre la medición del funcionamiento social.²⁸

Posteriormente Bauer y Fenn fueron pioneros en la elaboración de formas modernas de auditoría social; consideran que significa un compromiso para evaluar e informar de manera sistemática sobre ciertos campos significativos y definidos, de las actividades de una compañía y que tienen un impacto social.

Y por último, según las diferentes opiniones, las auditorías sociales tienen diferentes motivos, tales como satisfacer la conciencia de la compañía, aumentar el abanico de programas sociales, mejorar las relaciones públicas y realzar la credibilidad de la empresa.

La definición de auditoría administrativa está muy relacionada con lo que es una evaluación administrativa. Este es el tipo de auditoría más adaptable en las evaluaciones administrativas hospitalarias y para los sectores de salud.

²⁶ José Antonio Fernández Arena, *La auditoría administrativa* (2a. edición; México: Diana, 1994), p. 15.

²⁷ Mejora continua es una técnica asiática basada en la filosofía Know-How (saber como hacerlo).

²⁸ Presentó los resultados de investigaciones en 22 industrias durante un período de 20 años (1919 a 1938) utilizando seis mediciones: empleo, producción, esfuerzo exigido al consumidor, fondos absorbidos por los consumidores, nóminas y dividendos.

1.2. Administración

La administración se deriva del latín *ad*, que es una preposición y *ministrare*, que significa servir; en los años recientes, ha evolucionado a partir de varias escuelas, sin embargo, vino a cobrar mayor importancia desde que se dio la revolución industrial, con principios como los de la división del trabajo, establecidos por Adam Smith y aplicados por Henry Ford en su línea de ensamble de automóviles, pasando luego a la formulación de la llamada administración científica, con estudios para mejorar la productividad y la eficiencia de trabajo, establecidos por Frederick Taylor y después estudiados por los esposos Gilbreth; luego siguieron otras escuelas de administración que le dieron un énfasis más conductual. Pero sin duda alguna es al Industrial francés Henry Fayol al que se le considera como el precursor más importante de los principios y las funciones de la administración moderna.

1.2.1. ¿ Qué es administrar ?

La administración podemos definirla como: el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar por medio de recursos humanos o tecnología aplicada, los sistemas, programas y procesos de cualquier institución, economía o sector económico del país, que se dedique a la producción de bienes y/o servicios, independientemente de que sea con fines de lucro (instituciones privadas) o con fines sociales (sector público). De hecho, esta definición es muy completa y plantea las cuatro funciones básicas de la administración establecidas por Fayol.²⁹

La importancia de la administración depende mucho de la manera en que se aplique, y es en algunos casos más complicado estructurar sus funciones. La administración no sólo se aplica en instituciones encargadas de la producción de bienes y/o servicios sino que es aplicada incluso en la vida cotidiana de cada individuo. Una persona desde que inicia su día tiene ya preestablecidas las tareas que va realizar (planeación); también sabe con qué personas debe de realizar esas tareas, así también cómo debe de ejecutarlas y a quién le informará de sus resultados (organización), cuando deba interactuar directamente con alguna persona recibiendo órdenes o dándolas, y para que ocurra algo muy interesante, utilizará algún tipo de comunicación y pondrá a prueba su actitud personal para tratar con las personas (dirección), y cuando realice cada una de sus actividades de trabajo, las revisará para no cometer errores (control). Es así como la administración es aplicada muchas veces sin darnos cuenta, sin embargo, no deja de ser importante el comprender cada una de sus funciones básicas y aplicarlas de una buena forma en las circunstancias que lo permitan, y las instituciones de salud no son la excepción.

²⁹ Las funciones básicas de la administración, aparecen por primera vez en el año de 1916 escritas en idioma francés, bajo el título de *Administration Industrielle Générale*.

1.2.2. Funciones basicas de la administración

Las funciones de la administración formuladas por Fayol son: la Planeación, Organización, Dirección y Control. A continuación, se hace énfasis en los aspectos más importantes que puedan relacionarse en un sistema administrativo hospitalario.

1.2.2.1 La planeación

La planeación es definida como el proceso por medio del cual se plantea la forma de lograr los objetivos y alcanzar las metas propuestas dentro de la organización. La planeación puede ser realizada para cubrir grandes o pequeños períodos de tiempo; es por eso que algunas autores subdividen la planeación a corto, mediano y largo plazo. La planeación por lo regular funciona con algún mecanismo de control que rectifica las posibles desviaciones que pudieran ocurrir en el logro de los objetivos.

Hoy en día, la planeación es considerada como algo muy importante para la sobrevivencia de las instituciones. Fenómenos como: la apertura económica de los mercados y una globalización que avanza a pasos agigantados, son algunos de los motores que impulsan hoy en día a decidir , cuál será la mejor manera de llegar a realizar las metas de las empresas. Una herramienta muy utilizada actualmente es la planeación estratégica, que analiza los factores que inciden tanto interna como externamente dentro de la organización y que en períodos no muy lejanos podrían influir en la satisfacción del bienestar productivo de la organización; por lo general, la planeación estratégica es realizada a largo plazo.

En una institución hospitalaria, se deben de planear aspectos técnicos muy importantes como: los incrementos de la demanda en el servicio y proyecciones de las tendencias de la morbilidad y mortalidad; aspectos sociales como objetivos(sociales), campañas de salud y educación, programas de prevención de enfermedades contagiosas, y enfermedades producidas por la falta de higiene. En los departamentos, estos aspectos sociales juegan un papel muy significativo, debido al gran porcentaje de población rural y a la escasez de los servicios gratuitos de tratamiento y prevención de enfermedades.

1.2.2.1A Tipos de planes

Los planes, tomando en cuenta que pueden abarcar cualquier curso de acción futura, pueden ser clasificados por algunos autores como propósitos o misiones, objetivos, estrategias, políticas, reglas, procedimientos, programas y presupuestos³⁰.

³⁰ Koontz O'donnell, Curso de administración moderna(6a. edición; México: Editorial McGraw-Hill interamericana, 1979), p. 145.

(i) **Las estrategias**

Las estrategias o mejor conocidas como planes estratégicos, son de mucha importancia en cualquier organización. Casi siempre son formulados por los altos niveles de dirección gerencial, es decir, que los planes estratégicos son realizados por personas como: el gerente general de una empresa, el consejo directivo de una corporación o los mismos dueños de empresas familiares; en el caso del sector estatal, suelen ser formulados por cada uno de los ministerios del Gobierno; en el caso de los hospitales de atención pública, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social(MSPAS) es el encargado de formular las estrategias y dar autorización para que se lleven a cabo.

Para que la planeación estratégica se lleve cabo, es necesario plantear otros tipos de planes, que orientan el plan estratégico; estos planes auxiliares son llamados *planes operacionales*. Los planes operacionales tienen la ventaja de ser más cuantificables en cuanto al alcance de sus logros, además pueden realizarse en forma más descentralizada, son más fáciles de corregir, y pueden ser formulados por personas de mandos medios o niveles de gerencia operativa³¹.

Los planes operativos más conocidos, y con los que estamos acostumbrados a trabajar, son las políticas, los procedimientos, los programas y como un mecanismo de coadyuva a todos, los presupuestos.

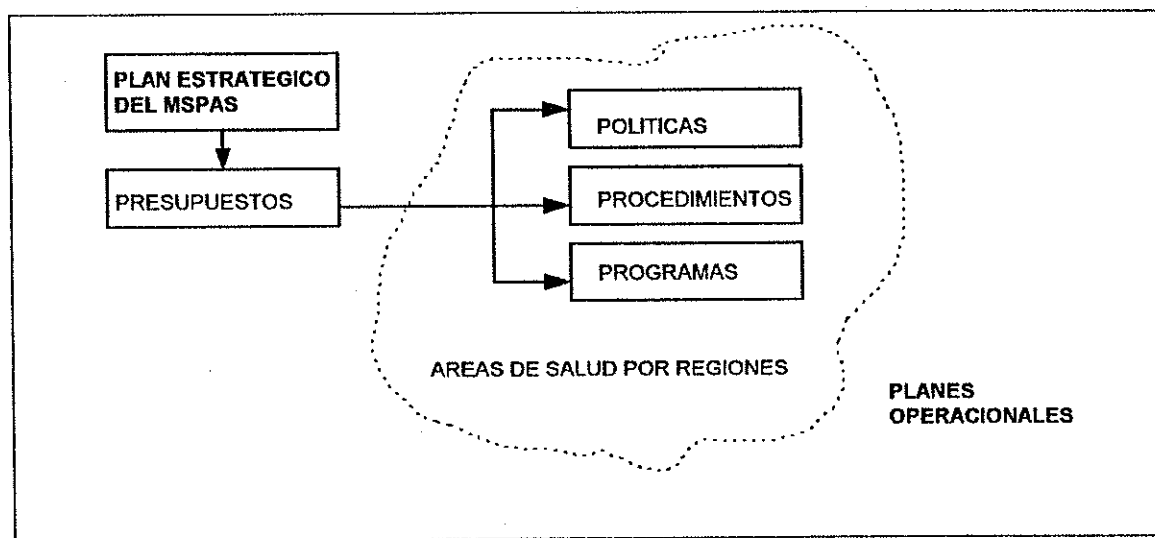


Figura 2-1. Planes estratégicos y operacionales, enfoque del MSPAS

³¹ La gerencia operativa, se refiere a la administración de los niveles de funcionamiento, tal es el caso de un supervisor de tareas o un jefe de almacenes.

(ii) Los presupuestos

Un presupuesto es un plan económico de asignación; es la expresión de los resultados esperados en términos numéricos. Se le denomina a veces programa numérico, puede expresarse en términos financieros o en cualquier otro término numérico mensurable, como horas-hombre³². El presupuesto puede tratar aspectos sobre operaciones, como lo hace el presupuesto de gastos; puede reflejar desembolsos de capital, como el presupuesto de capital o puede mostrar flujos de efectivo como el presupuesto de caja.

Los presupuestos ayudan a prever por anticipado una compilación numérica del flujo de efectivo, de los gastos y de los ingresos, de los desembolsos de capital y de la utilización de los recursos monetarios disponibles.

(iii) Los propósitos o misiones

Cualquier organización, por simple que sea, debe de tener una misión que refleje el propósito de su existencia; este es el objetivo principal, en donde se entornan todas la metas y los objetivos específicos de una organización. El propósito de un hospital público puede diferir del objetivo de un hospital privado; esto se debe a que la tendencia del sector privado es obtener un beneficio más económico que social. En el caso del los hospitales del sector público, la misión podría ser: contribuir al desarrollo y mejoramiento de la salud utilizando para ello de la manera más eficiente , todos los recursos que estén disponibles.

(iv) Las políticas

Las políticas constituyen declaraciones o entendimientos generales que orientan o encauzan el pensamiento, en la toma de decisiones. Las políticas también definen un área dentro de la cual debe tomarse una decisión y está deberá ser congruente con los objetivos. Las políticas tienden a predecir ciertas cuestiones, como por ejemplo, evitar repeticiones analíticas y proporcionar una estructura unificada de otros tipos de planes, para permitir de esta manera que los administradores deleguen su autoridad a la vez que mantienen el control.

Koontz³³ opina que las políticas deben de permitir cierta discreción; de nos ser así, serían reglas. Las políticas se establecen como una especie de diez mandamientos.

Una política permite la elección de entre varias opciones, dentro de un marco de referencia. Por ejemplo, una política de compras de medicamentos requiere la compra dentro de 3 posibles proveedores de calidad y confianza, deja a discreción únicamente al encargado de las compras escoger, según su criterio sustentable, el porqué de elegir al proveedor más adecuado. Un requisito que establezca la compra únicamente a cierto proveedor, incidiría en el funcionamiento de una regla.

³² Harold Koontz & Heinz Wehrlich, *Administración* (9a. edición; México: McGraw-Hill, 1990), p.79.

³³ Koontz / O'donnell *Op. cit.* p. 149.

(v) Los procedimientos

A los procedimientos se les clasifica como planes, en cuanto establecen un método habitual de manejar las actividades futuras. En realidad, son guías de acción, más que de pensamiento, y detallan la forma exacta en la que cierta actividad, debe cumplirse.

Los procedimientos, a menudo, atraviesan líneas departamentales, es decir, que, algunas veces, los procedimientos se hacen generales para varios niveles dentro de la organización. Por ejemplo, El método(procedimiento) de abandono de un edificio en casos de incendio, debe de ser efectuado por todos los departamentos.

Los procedimientos se encuentran en cualquier parte de una organización. El consejo de administración sigue muchos procedimientos. Los procedimientos se vuelven más frecuentes y rigurosos en los niveles bajos de la organización³⁴, debido en parte a la necesidad de un control más estricto. La presión de trabajo, en muchos casos, es utilizada para aumentar la eficiencia de los trabajadores, y el manejo de documentos con gran detalle, son algunos ejemplos de lo rigurosos que se vuelven los procedimientos en los niveles bajos.

Los procedimientos, en general, son una herramienta muy poderosa, para programas de inducción en los procesos de admisión de personal. Pero, su mayor efectividad se logra a través de una formulación que contenga los grados de comprensión y aplicación de acuerdo con los conocimientos de quienes en realidad, los tengan que aplicar en su trabajo.

(vi) Las reglas

Las reglas describen la acción o no acción de una actividad específica o requerida, y no permiten discreción. Las personas a menudo confunden las reglas con las políticas o con los procedimientos. Las reglas difieren de los procedimientos, porque guían la acción sin especificar una secuencia temporal. La esencia de la regla es que refleja una decisión en cuanto a ciertas acciones pueden ser o no ser emprendidas.

A menudo a las reglas se les considera como pequeños planes rígidos; esto se debe a la poca discusión de sus resultados(se hace o no se hace), sin embargo, su aplicación no deja de ser necesaria en ciertas áreas de las organizaciones. Tal vez, con la regla con que más estamos familiarizados es la de la hora de entrada al trabajo, especialmente en empresas donde se tiene planificado el tiempo, y la impuntualidad de alguno de los trabajadores pudiera incidir en la productividad.

³⁴ Entiéndase, los niveles operativos.

(vii) Los programas

Un programa es un plan de un solo uso, que abarca un grupo relativamente amplio de actividades operativas y específicas, que asigna un orden, una cronología y una unidad responsable, para su futura ejecución³⁵. Son un conjunto de metas, políticas, procedimientos, reglas, asignaciones de tareas, pasos que se van a seguir, recursos que se van a emplear y otros elementos necesarios para llevar a cabo un curso de acción; normalmente cuentan con el apoyo de los presupuestos.

Un programa de gran magnitud puede necesitar muchos programas de apoyo y todos estos requieren de coordinación y sincronización, ya que el fracaso de cualquier parte de esta red de planes de apoyo, significa retrasos inevitables para los principales programas, así como costos innecesarios.



Figura 2-2. La jerarquía de los planes

1.2.2.1B Enfoque estratégico de planes

La planeación puede ser clasificada de una manera más técnica, a través del enfoque estratégico de planes, y consiste en subdividir a los planes, en planes de uso único y planes permanentes. Los planes de uso único, por lo general, son los programas y proyectos, y los planes permanentes son las políticas, las reglas y los procedimientos.

³⁵ James A. F. Stoner & R. Edward Freeman, *Administración* (5a. edición, México: Editorial Prentice-Hall, 1994), p. 243.

(i) Planes de uso único

Los planes pertenecientes a esta clasificación son bien detallados y es casi seguro, que no se repetirán exactamente de la misma manera en el futuro.

(ii) Planes permanentes

Siempre que las actividades de una organización se repiten varias veces, una sola decisión o un conjunto de decisiones pueden guiarlas en una forma adecuada. Una vez que son establecidos los planes permanentes, permiten a los administradores ahorrarse tiempo en la planeación y toma de decisiones, porque las situaciones semejantes se manejan de forma previamente establecida y uniforme.

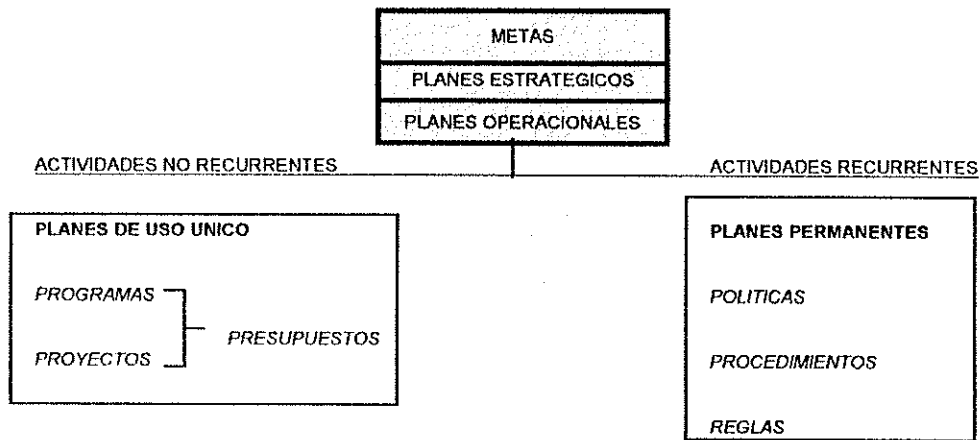


Figura 2-3. Jerarquía de planes, enfoque estratégico.

1.2.2.2 Organización

Muchas veces realizamos actividades en que los resultados no son los esperados, y surge la pregunta, ¿qué sucedió?, si todo estaba bien coordinado!, sin embargo, lo que sucede es que la falta de organización muchas veces, es causa del fracaso de las actividades. La función administrativa organización, nos enseña quiénes deben de realizar las tareas de trabajo, cómo deben ser de realizadas, y cuándo deberán realizarse. A menudo se dice que un buen equipo de personas pueden hacer funcionar cualquier actividad de importancia en la empresa o institución, y en realidad esta afirmación es cierta, pero sin una buena organización , es muy difícil que las tareas sean efectuadas con gran satisfacción.

Una de las funciones más importantes de la función organización es que permite delinear la autoridad y los niveles de responsabilidad de la empresa.

1.2.2.2A Estructura organizativa

Cuando se menciona la estructura organizativa de alguna institución se está hablando de la manera en que se dividen, organizan, y coordinan las actividades. La estructura organizativa proporciona una base estable que ayuda a los integrantes de la organización a trabajar juntos para alcanzar siempre los mismos intereses.³⁶

Para formar una estructura organizativa, Ernest Dale, describe cinco pasos fundamentales.³⁷

1. Realizar una lista de trabajo que necesita efectuarse para alcanzar los objetivos de la organización.
2. Dividir el trabajo, es decir, que se deben de separar todas aquellas actividades que se puedan desempeñar dentro del marco global de la institución, en una forma lógica y cómodamente.
3. Departamentalizar. Al combinar las actividades y unirlos en forma lógica y eficiente, podemos formar los departamentos en grupos de personas, que comúnmente se les llama áreas de trabajo.
4. Coordinación. En este paso, se deben de integrar los esfuerzos individuales, del grupo y del departamento para facilitar el logro de los objetivos de la mejor manera posible.
5. Verificación y control de la efectividad de las estructuras organizativas y ajustarlas a las necesidades en caso de cambios dentro de la organización.

1.2.2.2B La departamentalización y la línea de mando

En un organigrama, los cuadros individuales representan la división del trabajo y la manera en la que están departamentalizadas las actividades. Los cuadros son distribuidos después, de acuerdo con los niveles que representan la jerarquía administrativa. Las líneas que conectan determinados cuadros, representan las cadenas de mando, o como comúnmente se dice "¿quién reporta a quién?".

Si observamos un organigrama, se aprecia rápidamente la línea de mando³⁸, que se define como el número de subordinados que reportan directamente a un administrador determinado. También se le define como el número de personas que tiene un administrador bajo su mando.

³⁶ La mayoría de estructuras organizativas son demasiado complejas para transmitirse verbalmente. Por esta razón, los administradores trazan comúnmente un organigrama.

³⁷ Ernest Dale, organization(Nueva York: Modern Library, 1937), pp.3-4

³⁸ La línea de mando es comúnmente llamada, línea de control o tramo de control.

Se recomienda que el número óptimo de subordinados que debe de manejar un superior es de cuatro a ocho, en los niveles más altos, y de ocho a quince en los niveles más bajos. El británico consultor Lyndall Urwick encontró que el número ideal de subordinados para todas las autoridades superiores debe de ser de cuatro, y en los niveles más bajos donde lo que se delega es responsabilidad, debido a la ejecución de tareas operativas y específicas, el número puede estar entre ocho y doce.

Seleccionar una línea de mando apropiada es importante por dos razones. Primero, afecta a la eficiencia. Una línea muy ancha, es decir, con tendencia horizontal, puede significar que los administradores se extienden demasiado y que los subordinados reciben muy poca dirección y control dentro de sus actividades. Cuando esto sucede, los administradores pueden verse obligados a ignorar o a tolerar ciertos errores. En contraste, una línea de mando muy pequeña o angosta crea estructuras organizacionales verticales, con muchos niveles entre los administradores de niveles más altos y los más bajos. En este tipo de organizaciones, una cadena de mando entorpece la toma de decisiones, que es una gran desventaja dentro del ambiente rápidamente cambiante en que se vive en la actualidad.

Una de las tendencias más notables en años recientes se orienta hacia estructuras horizontales, para reducir los costos asociados con los niveles administrativos de mandos medios y para acelerar el proceso de la toma de decisiones.

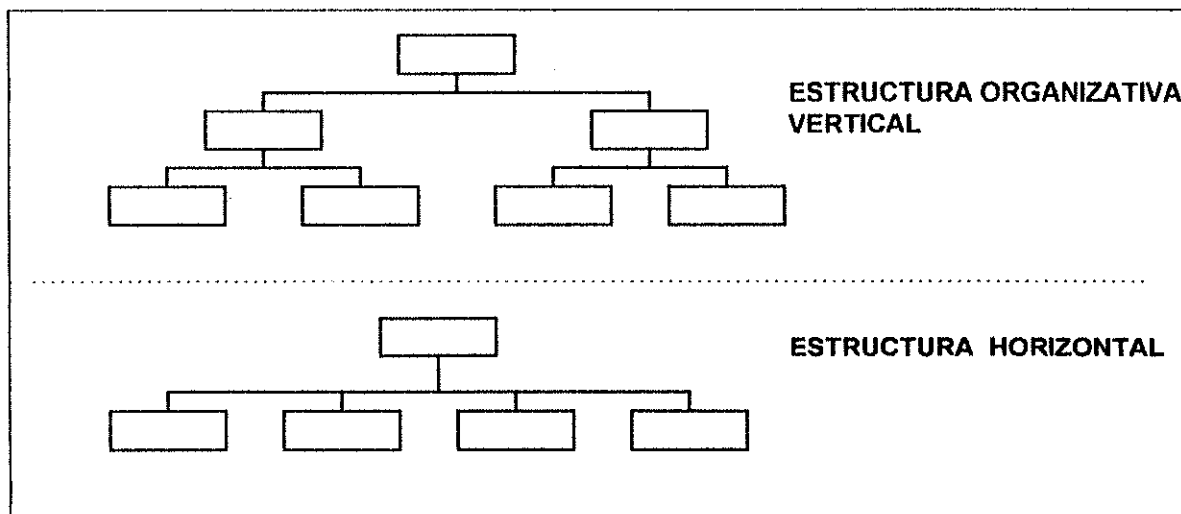


Figura 2-4. Estructuras organizativas de tendencia vertical y horizontal.

Si la línea de mando significara un problema, se puede manejar ya sea ajustándola, o ajustando los factores que la influyen como: responsabilidades asignadas, ambiente de trabajo, capacidades de los subordinados para la realización de las actividades, etc. Supongamos que la línea de mando es demasiado amplia y que los administradores y los subordinados se sienten sobrecargados de trabajo y frustrados por no realizar bien sus actividades. Una solución sería ajustar la línea de mando, y transferir algunos empleados o responsabilidades a otro administrador. Otra posible solución podría ser proporcionar una capacitación adicional a los administradores, o la asignación de supervisores asistentes(al administrador) para ayudar en las actividades que no son supervisadas en su totalidad.

Solamente a través del análisis de la situación y de la gente involucrada, se pueden identificar aquellos factores que se deben y pueden ajustar.

1.2.2.2C La organización formal e informal

Siguiendo la dirección de Barnard y de los descubrimientos de los experimentos de Hawthorne³⁹, muchos administradores distinguen a la organización entre formal e informal.

(i) Organización formal

Este tipo de organización considera que las personas, su conducta y su asociación, pertenecen a un gran sistema de relaciones sociales, del cual una empresa formalmente organizada no es más que un subsistema. Barnard denominaba "formal" a una organización, cuando las actividades de dos o más personas estaban conscientemente coordinadas hacia un objetivo determinado. El encontró que la esencia de una organización formal es un propósito común, consciente y que surge cuando: 1) las personas son capaces de comunicarse entre sí, 2) están dispuestas a actuar, y 3) comparten un objetivo. Esta definición es un poco amplia y es aceptada por pocos administradores.

(ii) Organización informal

A cualquier actividad personal conjunta sin un propósito consciente conjunto, aun cuando contribuya a resultados conjuntos, es considerada como una organización informal. Por ejemplo, las relaciones informales establecidas por un grupo de personas que juegan ajedrez durante la hora de la comida puede ayudar al logro de metas organizacionales. Es mucho fácil pedir ayuda a una persona que usted conoce, y que incluso puede estar en un departamento diferente, que a alguien que sólo conoce de nombre en un organigrama. Keith Davis de Arizona State University define a la organización informal como "Una red de relaciones

³⁹ Estudios que determinaron aspectos sobre la conducta humana, con independencias de las consideraciones estructurales de la organización formal de la empresa, Elton Mayo y F. J. Roethlisberger, en la fábrica Hawthorne de la Western Electric Company, 1927.

personales y sociales no establecidas ni requeridas por la organización formal, sino que surgen espontáneamente a medida que la gente se asocia entre sí⁴⁰

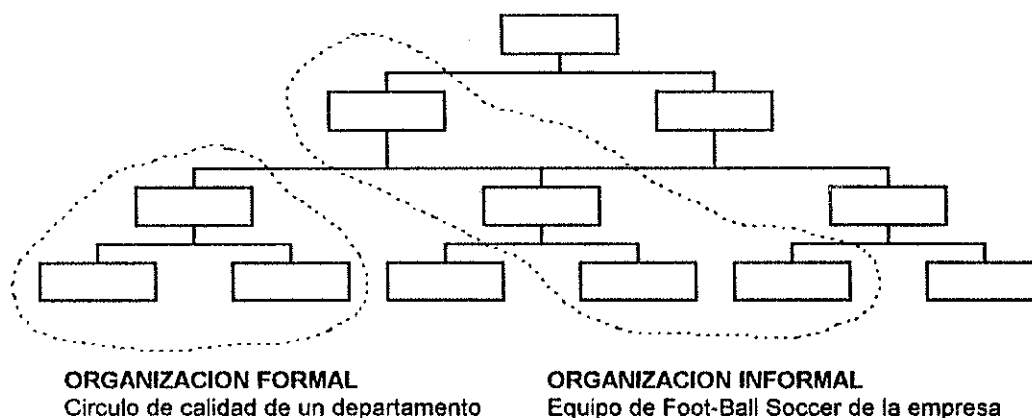


Figura 2-5. La organización formal e informal.

1.2.2.2D Tipos de estructuras organizacionales aplicables a los hospitales

Los departamentos de una organización pueden estructurarse formalmente de varias maneras, y dentro de las principales y más adecuadas a los hospitales están: la estructura funcional, la geográfica o territorial, por producto y/o servicio, y la matricial.

(i) Estructura funcional

Este tipo de estructura engloba a todas las funciones que interactúan en la producción de bienes y/o servicios. Funciones como: finanzas, administración, mercadeo, producción, recursos humanos, investigación y desarrollo, etc.

La estructura funcional es la base más usada para organizar actividades y está presente en casi cualquier empresa en algún nivel de su estructura.⁴¹

La coordinación de actividades puede lograrse mediante reglas y procedimientos, con varios aspectos de la planeación como metas y presupuestos, contactos personales y/o departamentales de enlace y la jerarquía de la organización.

⁴⁰ Keith Davis y John Newstrom, *Human Behavior at Work* (Nueva York: McGraw-Hill, 1985), p.308

⁴¹ Es importante señalar que pueden haber varios tipos de estructuras dentro de una organización, es decir, que cada departamento puede contar con su propia estructura, que se deberá conjuntar a las de los otros para formar una sola.

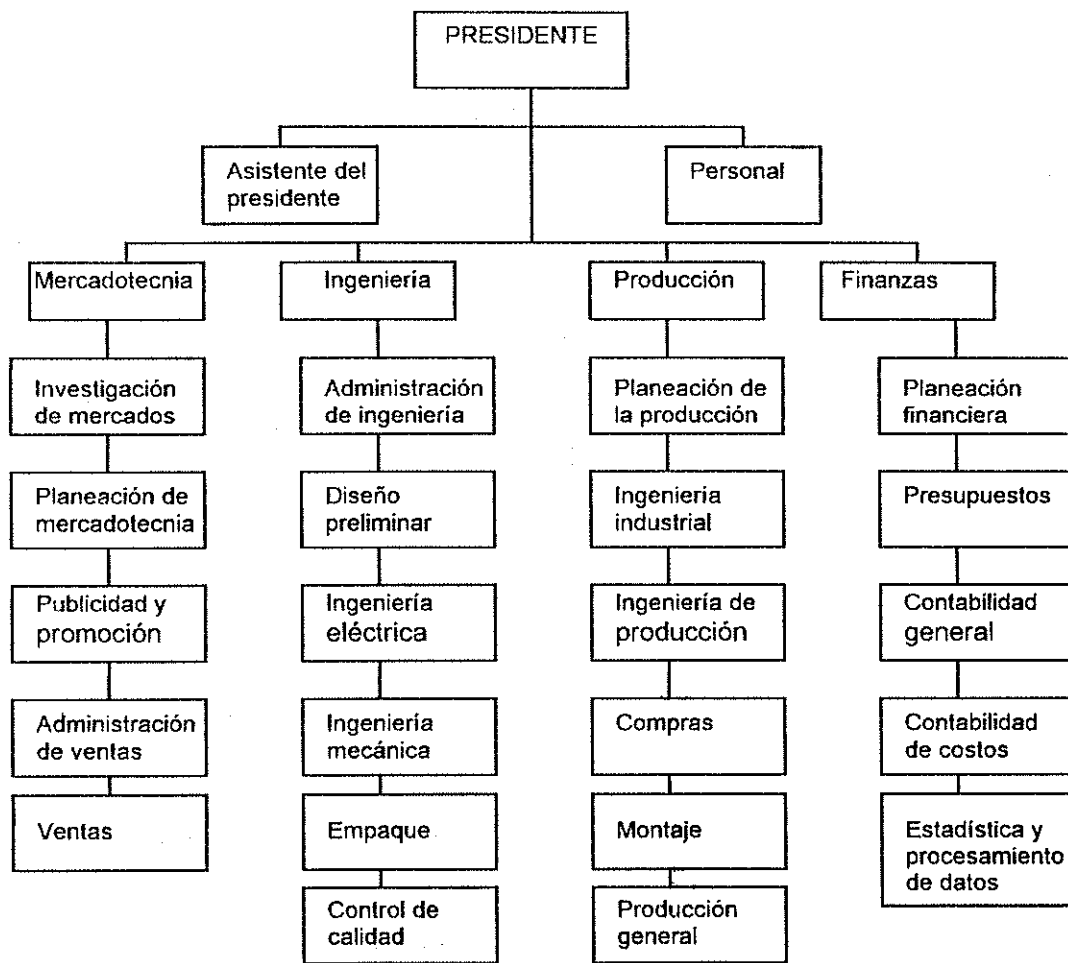


Figura 2-6. Estructura funcional para una fábrica industrial.

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Hay un mayor orden en el control de las actividades. • Se logra la especialización departamental. • Proporciona medios de control mas rígidos en la alta dirección. • Mantiene el poder y el prestigio en la funciones principales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los mejores intereses de la organización son perdidos a menudo en la persecución de metas funcionales. • Hay cierto aislamiento de parte de los miembros individuales de cada departamento. • Provee poca base de entrenamiento para los futuros ejecutivos. • Adaptación lenta ante futuros cambios.

(ii) Estructura geográfica o territorial

Cuando las instituciones son extensas y tienen subdivisiones regionales, departamentales o en varios países, es necesario estructurar geográficamente la organización. La estructura geográfica distribuye en sectores regionales la organización y la integra hacia un nuevo nivel de mando que coordina a todos los sectores.

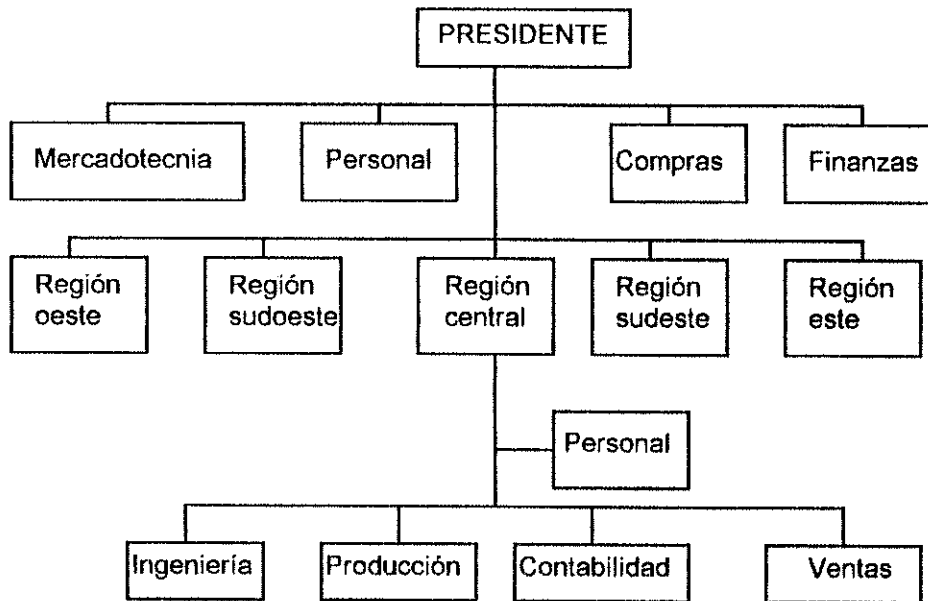


Figura 2-7. Estructura por territorio o geográfica.

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona a los gerentes un mayor tiempo para sus planes a largo plazo y estratégicos. • Proporciona un excelente entrenamiento a los ejecutivos para los puestos altos. • Es un mecanismo eficaz de coordinación. • Hay una mejor comunicación personal con los intereses locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere más personas con habilidades generales de gerente. • El mantenimiento de los servicios centrales económicos es difícil. • Agrava los problemas de control en la alta dirección. • El manejo de la información suele ser un poco lento en áreas como el sector público.

(iii) Estructura por producto y/o servicio

Cuando las instituciones manejan una gran línea de productos, o proveen una gran cantidad de distintos servicios, como los hospitales, es aplicable esta estructura. Especialmente en los hospitales privados y clínicas especializadas puede ser aplicada esta estructura, pero no impide su aplicación dentro de los hospitales estatales.

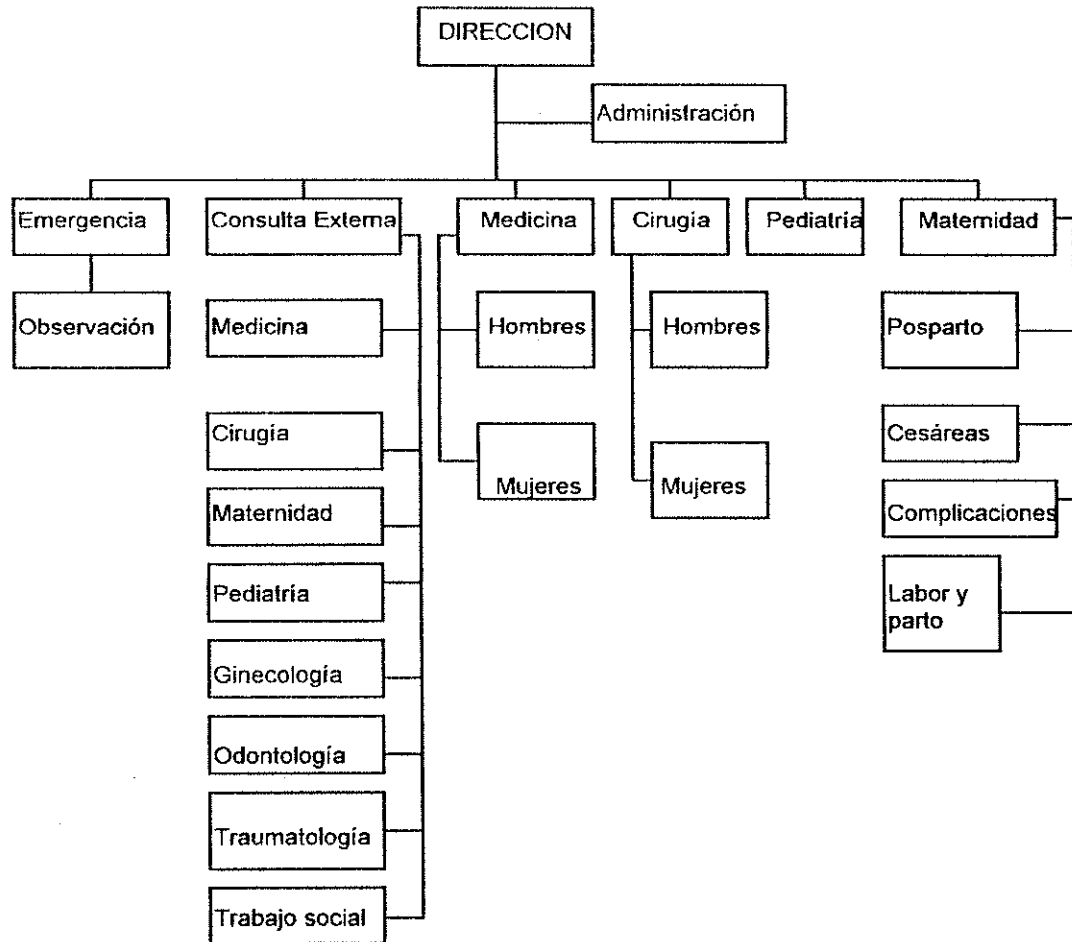


Figura 2-8. Estructura por servicio para un hospital estatal.

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor control en los mandos superiores. • Una mayor especialización en el trabajo. • Mayor coordinación y rapidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • La administración tiende a subdividirse. • Los subordinados no pueden optar a cargos superiores. • A veces surgen conflictos entre los diferentes departamentos.

(iv) Estructura matricial

La aplicación de esta estructura es esencialmente en instituciones que manejan varios proyectos o programas similares⁴², a la vez que son manejados en lapsos casi iguales por los mismos departamentos. Este tipo de estructura combina las ventajas de la especialización funcional con la concentración y confiabilidad que da la departamentalización por producto y/o servicio. La estructura matricial crea una cadena dual de mando y viola el principio clásico de la unidad de mando⁴³.

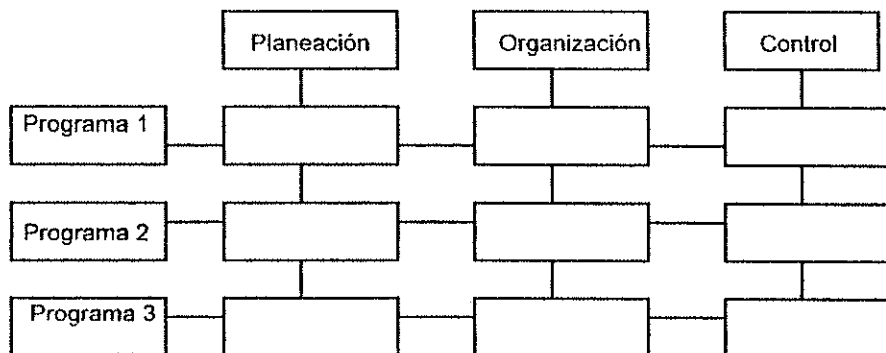


Figura 2-9. Estructura matricial para instituciones que trabajan con programas.

<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Permite la utilización de recursos especializados. • Facilita la coordinación de un conjunto múltiple de proyectos completos interdependientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gran dificultad para coordinar tareas en forma tal que sean terminadas a tiempo y dentro del presupuesto. • Crea confusión en su propensión a propiciar luchas de poder.

⁴² Aquellos que utilizan los mismos departamentos o áreas disponibles.

⁴³ Robbins P. Stephen, *Administración teoría y práctica*(México: Prentice Hall, 1987), p.187

No hay una forma ideal de estructurar una organización o de elaborar el organigrama de la empresa. Los gerentes deben de determinar lo que es mejor al observar la situación a la que se enfrentan, los trabajos que se realizan y la forma en que deben de realizarse. Sin embargo, para una institución hospitalaria estatal, las estructuras que más se apegan a su forma general, podrían ser una mezcla de la estructura geográfica, la funcional y la de servicios. Para una institución hospitalaria privada, la estructura por servicio ofrece las mayores ventajas. Y por último, para las instituciones hospitalarias que se dedican a la investigación y el desarrollo tecnológico en la prevención de enfermedades, la estructura matricial es la adecuada.

1.2.2.3 Dirección

La función de dirección también es importante en el proceso administrativo, y se define como la forma en que tratamos con personas o grupos en la delegación de órdenes que indican el curso ideal, para la realización de las actividades previamente planeadas y organizadas. La dirección indica la forma correcta en que se debe manejar la autoridad, el poder y la influencia, sobre los subordinados.

La comunicación es un aspecto muy importante en la función de dirección; muchas veces se ha detectado que la falta de una buena comunicación, es la causa de que no sean bien ejecutadas las órdenes.

El liderazgo es otro aspecto importante; en general toda institución necesita de líderes para salir adelante y que sean capaces de tomar decisiones en cualquier circunstancia, y que lleven por un buen camino a la organización.

Otro de los aspectos importantes de la función de dirección es el tema de la motivación, ya que es fundamental para mejorar el rendimiento del personal dentro de la empresa.

Por último, la toma de decisiones se liga a todos los aspectos anteriores para integrar a la función de dirección. El objetivo fundamental de la toma de decisiones es definir las mejores soluciones a través del análisis racional o inductivo, de los problemas que se presentan en todas las organizaciones.

1.2.2.3A La autoridad, el poder y la influencia

En la administración moderna, es muy difícil que no se hable de estos tres conceptos, sin embargo, de alguna u otra forma están íntimamente relacionados.

La influencia es definida como las acciones o ejemplos que, en forma directa o indirecta, ocasionan un cambio de comportamiento o actitud en otra persona o grupo. Por ejemplo, una persona que haga bien su trabajo puede influir en otra para que lo realice también con satisfacción como él.

La autoridad se define como el reconocimiento de la legitimidad o legalidad al ejercer influencia a un grupo de individuos.

El poder es la capacidad de ejercer influencia para que se realicen las ideas de una persona o grupo. Tener poder es ser capaz de modificar el comportamiento o las actitudes de otras personas. En general, aquellos que ejercen poder dentro de una organización reciben el nombre de grupos de interés.

1.2.2.3B Delegación

La delegación se define como la asignación de autoridad formal⁴⁴ y responsabilidad hacia otra persona para que lleve a cabo determinadas actividades. La delegación de autoridad de los superiores a los subordinados es evidentemente más que necesaria para el buen funcionamiento de cualquier organización, dado que ningún superior puede realizar personalmente o supervisar completamente todas las actividades de una organización.

La autoridad se delega cuando un superior le da la libertad a su subordinado para tomar decisiones. Obviamente el supervisor no puede delegar la autoridad que no tenga y aquella que no este dentro de su línea de mando.

El proceso de delegación implica:

- 1) La determinación de los resultados esperados en el puesto
- 2) La asignación de tareas a un puesto
- 3) La delegación de autoridad para efectuar esas tareas
- 4) El mantenimiento de personas en puestos responsables de la realización de tareas

(i) Principios para una delegación efectiva

La delegación fue un tema muy importante para los primeros autores de la administración, quienes llegaron a crear la guía básica de principios que se muestra en el siguiente cuadro. Aunque muchos de estos principios son aún válidos, se basan en el enfoque clásico "de arriba a abajo"⁴⁵ de la autoridad dentro de una organización y, por lo tanto, no reconocen que es la aceptación de la autoridad, por parte del subordinado, la que determina en gran medida la efectividad del administrador.

Principios clásicos para una delegación efectiva
1. Establecer una línea de autoridad que corra desde el nivel más alto de autoridad, hasta el más bajo. Esta regla es conocida como el principio escalar, ayuda a los miembros de la organización a entender a quién pueden delegar, quién les puede delegar a ellos y a quién le tienen la obligación de rendir cuentas.
2. Cada persona tiene la obligación de rendir cuentas sólo a un superior. A esto se le conoce como el principio de unidad de mando.
3. Asignar la obligación de rendir cuentas por determinadas actividades al nivel más bajo de la organización en la que existe suficiente habilidad e información para llevarlas a cabo por completo. Anotar, las horas de entrada, por ejemplo, se delegaría a los supervisores de más bajo nivel en lugar de las jefaturas divisionales.
4. Dar a los subordinados, la suficiente autoridad para efectuar las actividades delegadas.
5. Asegurarse de que los subordinados comprendan que son responsables de lograr resultados específicos. Esto significa que los administradores deben de comunicar con claridad las actividades y los objetivos de los subordinados e influir en ellos para que acepten la autoridad y responsabilidad por dichas actividades.

⁴⁴ La autoridad formal se refiere a la autoridad de aquellos administradores directamente responsables de su línea de mando.

⁴⁵ Más comúnmente conocido como Top Down.

1.2.2.3C La comunicación

La comunicación es importante en cualquier delegación de autoridad, y de ella depende el grado de éxito con que se llevan a cabo las actividades en una organización. La comunicación es importante por dos razones. Una, porque una comunicación es el proceso mediante el cual se cumplen las funciones gerenciales administrativas. Y la segunda, porque la comunicación es una actividad a la que los gerentes dedican una abrumadora cantidad de su tiempo.

Es rara la vez en que los administradores se encuentran planeando, pensando o analizando problemas. En efecto, los administradores pasan la mayor parte de su tiempo en la comunicación personal con los subordinados, colegas, supervisores, clientes, proveedores, etc. Y cuando no se comunican personalmente o por el medio telefónico, se encuentran realizando memorándums, informes, cartas, o tal vez leyendo alguna de estas que les son enviadas.

La definición más concisa de la comunicación es el proceso mediante el cual las personas tratan de compartir un significado por medio de la transmisión de mensajes simbólicos. Esta definición se centra en tres puntos esenciales:

- 1) La comunicación incluye personas y, por ello, para entenderla se necesita tratar de comprender cómo se relacionan las personas entre sí.
- 2) La comunicación consiste en compartir un significado, lo cual quiere decir que, a fin de que la gente se comunique, ha de aceptar las definiciones de las palabras que se están usando⁴⁶.
- 3) La comunicación es simbólica: los sonidos, los gestos, letras, números y palabras sólo representan una aproximación de las ideas que se pretenden comunicar.

(i) El proceso de la comunicación

En su forma más sencilla, la comunicación consta de tres elementos esenciales. Un emisor, un mensaje, y un receptor del mensaje. Si falta alguno de los elementos, no hay comunicación. Por ejemplo, Si un mensaje es enviado y nadie lo percibe no hay un proceso de comunicación.

Otro modelo un poco más completo y descriptivo define al proceso de comunicación con los siguientes elementos:

⁴⁶ La comunicación es un intercambio de símbolos verbales, no verbales, y escritos, por lo que el lenguaje debe de ser perceptivo tanto para la persona que transmite el mensaje como para la que lo recibe.

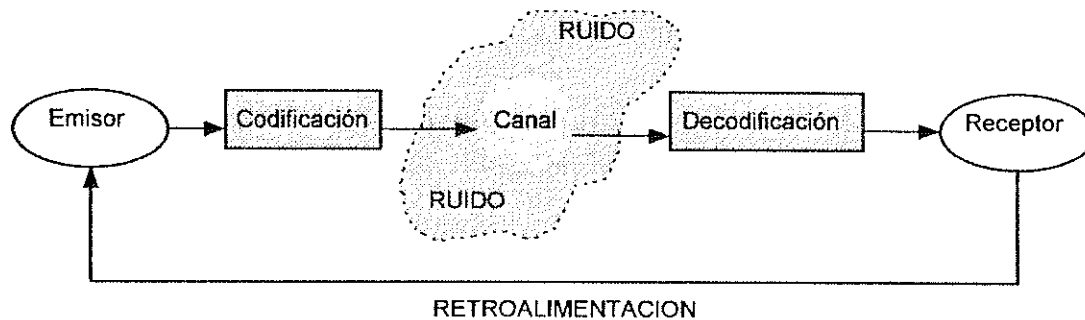


Figura 2-10. Modelo del proceso de comunicación.

a) **EMISOR(FUENTE).** Este es el elemento que inicia la comunicación. En una organización, será una persona que tiene información, necesidades o deseos y la intención de comunicarlos a una o más personas.

b) **CODIFICACION.** La codificación se lleva a cabo cuando el emisor traduce en una serie de símbolos la información que debe transmitirse; la codificación es necesaria porque la información únicamente puede transmitirse de una persona a otra por medio de representaciones o símbolos, generalmente en forma de palabras y gestos, que se piensa que tienen el mismo significado para el receptor.

c) **MENSAJE.** El mensaje representa la forma física en la cual el emisor codifica la información. El mensaje puede darse en cualquier forma susceptible para ser captado y entendido por uno o más de los sentidos del perceptor. El habla puede oírse; las palabras escritas se pueden leer; los gestos pueden verse o sentirse; tocar con la mano a otra persona puede significar la comunicación de mensajes, que varían desde el consuelo hasta la amenaza, según la fuerza con que se dé; un ademán puede comunicar una serie de mensajes de los más diversos, según el número de dedos extendidos. Los mensajes no verbales son formas de comunicación en extremo importantes, dado que a menudo son más honestos o significativos que los mensajes orales o escritos.

d) **CANAL.** El canal es el medio de transmisión del mensaje de una persona a otra; con frecuencia suele ser inseparable del mensaje. Para que la comunicación sea eficaz, el canal deberá ser el adecuado para el tipo de mensaje.

Como se selecciona el canal de comunicación mas adecuado.

La comunicación escrita y gráfica, como los memorándums, informes, cartas, boletines, y bosquejos, suelen ser claros y precisos, que proporcionan además la ventaja de tener un registro permanente. La comunicación telefónica, y la comunicación oral o personal, ofrecen la ventaja de tener una retroalimentación inmediata. Al seleccionar el canal adecuado, los administradores deberán decidir si lo mas importante es la claridad o la retroalimentación. Además, muchos factores

intervienen en el proceso de la comunicación, por lo que no hay una técnica que sea siempre preferible a las otras alternativas de comunicar.

e) **RECEPTOR.** A la persona cuyos sentidos perciben el mensaje del emisor se le llama receptor. Puede haber un gran número de receptores, como también puede haber sólo uno.

f) **RUIDO.** Se le llama ruido a cualquier factor que perturbe o confunda la percepción de un mensaje o el proceso de comunicación.

(ii) Barreras que evitan una buena comunicación

Dentro de las barreras que evitan que la comunicación se lleve con efectividad, sobresalen las siguientes:

a) Percepciones diferentes

Este tipo de barrera identifica a las personas que tienen diferentes conocimientos y experiencias, y con frecuencia perciben el mismo fenómeno pero desde distintas perspectivas.

b) Diferencias de lenguaje

Para que un mensaje sea comunicado como es debido, las palabras utilizadas deben de significar lo mismo tanto para el emisor como para el receptor, quienes deben compartir el mismo significado simbólico.

c) Ruido ambiental

El ruido es una de las barreras que con mas frecuencia interfieren a una buena comunicación, y por lo tanto debe evitarse, ya que muchas veces nos distrae cuando emitimos un mensaje o cuando lo recibimos.

d) Emotividad

Las reacciones emocionales⁴⁷ influyen en la manera de entender el mensaje de otros y también en la manera cómo se influye en los demás con nuestros mensajes.

e) Desconfianza

La credibilidad de un mensaje es, en gran medida, una función de credibilidad del emisor en la mente del receptor. Si en dado caso existiera la desconfianza, aun cuando el mensaje sea transmitido y recibido con gran claridad, la falta de credibilidad lo bloquea.

⁴⁷ Especialmente reacciones como la ira, amor, odio, celos, envidia, miedo y vergüenza.

En resumen, podemos decir que la comunicación llega a influir grandemente en la forma de actuar de los individuos, y su entendimiento debe de ser tarea de cualquier administrador. Los hospitales del país no se excluyen del manejo de una buena política de comunicación, y seguramente los conceptos descritos anteriormente puedan servir como una buena guía hacia una mejor comunicación organizacional. Es necesario evitar las barreras en cualquier proceso de comunicación para obtener buena fluidez en el intercambio comunicativo.

1.2.2.3D Liderazgo

La palabra liderazgo puede tener múltiples significados, pero, para efectos administrativos significa el grado de relación que puede existir entre una o más personas, y el de poder influir y dirigir las actividades en los miembros de un grupo.

(i) Estilos de liderazgo

Existen varios tipos de liderazgo en nuestro medio, sin embargo, se hace énfasis en el liderazgo autocrático, el liderazgo participativo y el independiente.

a) Liderazgo autocrático

El líder autocrático es muy común en Guatemala, especialmente en instituciones privadas. Un líder autocrático es aquel que ordena y espera el cumplimiento, es dogmático y firme, y dirige mediante la habilidad de negar o dar recompensas, y en algunos casos castigos.

b) Liderazgo democrático o participativo

El líder participativo consulta con sus subordinados en la toma de acciones y decisiones, genera una participación activa en la formulación de opiniones y sugerencias, pero en realidad es él , quien siempre toma las decisiones.

c) Liderazgo independiente

Estos líderes, tienden a ser muy dependientes en gran medida de las opiniones de sus subordinados, incluso para fijar sus propias metas, y piensan que su papel es apoyar las operaciones de los seguidores, son proporcionantes de información y actúan como un contacto con el medio externo del grupo.

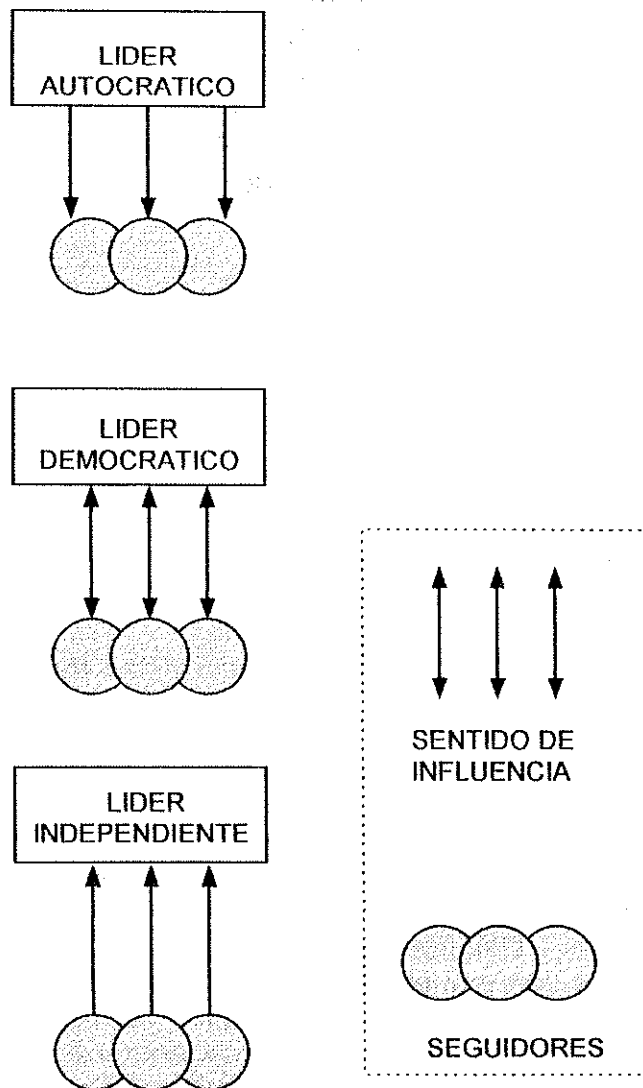


Figura 2-11. Estilos de liderazgo por el flujo de influencia.

Los líderes modernos juegan un papel muy importante en la dirección de las organizaciones. Si hablamos de las instituciones gubernamentales, se podría decir que es aquí donde principalmente se necesitan este tipo de personas. Resumiendo las cualidades de los líderes que pueden transformar y llevar al éxito a cualquier institución, diríamos que deben contener rasgos altos de inteligencia, iniciativa, entusiasmo, honestidad, seguridad en si mismos, habilidades para llevarse bien con los demás, e inspirar confianza en sus subordinados.

1.2.2.3E La motivación

La motivación es un término general que se aplica a todo tipo de impulsos, deseos, necesidades, aspiraciones y fuerzas similares. Decir que los gerentes motivan a sus subordinados, es decir, que hacen lo que ellos esperan que logren satisfacer, y logren inducir a los subordinados a actuar en la forma deseada y más conveniente. La motivación incide grandemente en el rendimiento de los miembros de una organización.

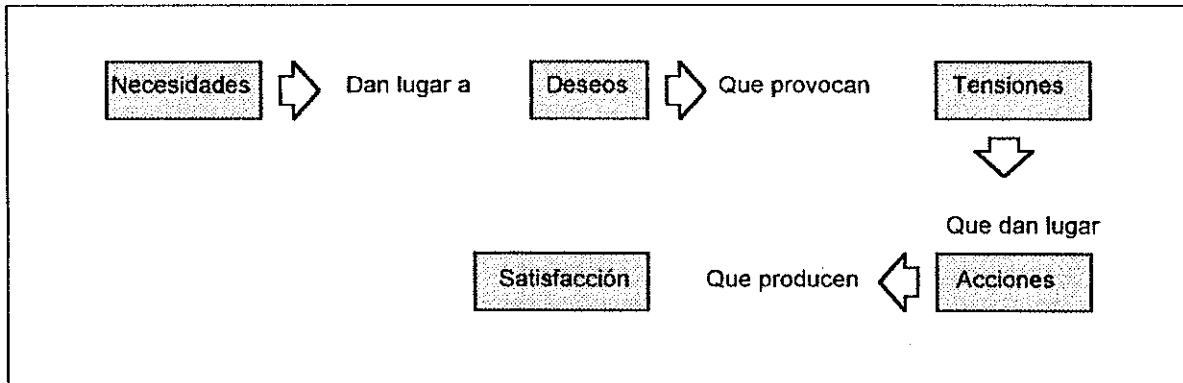


Figura 2-12. Cadena de necesidad-deseo-satisfacción.

Parece fácil entender el comportamiento individual de las personas, sin embargo, este concepto es muy complejo y variable en cada individuo; esto ha llevado a los teóricos en administración a formular algunas teorías sobre el comportamiento humano; algunas de ellas fueron promulgadas en la etapa en que el recurso humano tomó un papel muy significativo dentro de el análisis administrativo. Douglas MacGregor promulgó dos teorías contrariadas a través de supuestos sobre el pensamiento del trabajador. Quizá de la teoría que más se ha hablado sea la teoría de jerarquía de necesidades, formulada por Abraham Maslow, donde subdivide en forma jerárquica aquellas necesidades que toman un papel importante para el individuo. Otras teorías como, los factores motivacionales e higiénicos promulgados por Herzberg, y las teorías de equidad, de las expectativas, y del establecimientos de metas, surgen como enfoques recientes en el aspecto motivacional del recurso humano.

(i) Motivadores

Los motivadores son factores que inducen a un individuo a actuar en forma conveniente tanto para él como para la organización. Un motivador es lo que influye en la conducta del individuo. Un gerente puede contribuir en buena medida a reforzar los motivos mediante el establecimiento de un medio favorable a ciertos impulsos. Por ejemplo, el personal de una empresa que ha adquirido una reputación de excelencia y alta competitividad, tiende a hacer sentir a cada uno de sus miembros orgullosos de pertenecer a la organización y los mantiene motivados. En el mismo sentido, cuando una empresa obtiene un buen desempeño gerencial, tiende a alimentar un deseo hacia una administración de alta calidad y proporciona una seguridad personal a cada uno de sus miembros.

(ii) Teorías sobre la motivación

a) El modelo de los recursos humanos

Douglas McGregor identificó dos grupos de supuestos que los administradores tienen acerca de sus subordinados. La perspectiva tradicionalista, conocida como **la teoría X**, sostiene que la gente tiene una aversión inherente al trabajo; a pesar de que lo ven como una necesidad, lo evitarán siempre que sea posible. La mayoría de la gente haragana no tiene ambición y prefieren ser dirigidos y evitar tomar o asumir responsabilidades. Como resultado, el trabajo es de importancia secundaria, y los administradores deberán presionar a los empleados o motivarlos con salarios o con muestras de consideración.

La teoría Y es más optimista; considera que el trabajo es tan natural como jugar o descansar, que en realidad la gente quiere trabajar y, bajo circunstancias adecuadas, obtienen una gran satisfacción de su trabajo. La gente tiene la capacidad de aceptar, de buscar la responsabilidad y aplicar la imaginación, ingenio y creatividad en la solución de los problemas que se les presentan.

b) La Teoría de la jerarquía de las necesidades

Es una de las teorías a la que más énfasis le han hecho los administradores; fue formulada por Abraham Maslow. Maslow percibió las motivaciones humanas como una jerarquía de cinco necesidades, que van desde las necesidades fisiológicas hasta las necesidades más grandes como la autorrealización. De acuerdo con Maslow, se deberá motivar a los empleados de tal manera, que se puedan satisfacer aquellas necesidades que sean prepotentes o más poderosas para ellos en un momento dado. El predominio de una necesidad, depende del estado actual del sujeto y de sus experiencias recientes. Comenzando con las necesidades fisiológicas, seguidas de la necesidades de seguridad y protección; luego las necesidades sociales de aceptación, y continuar con las necesidades de estima, y por último las necesidades de autorrealización. Cada una debe de ser satisfecha por lo menos parcialmente antes de que el individuo desee satisfacer una necesidad que encuentre en el siguiente nivel.

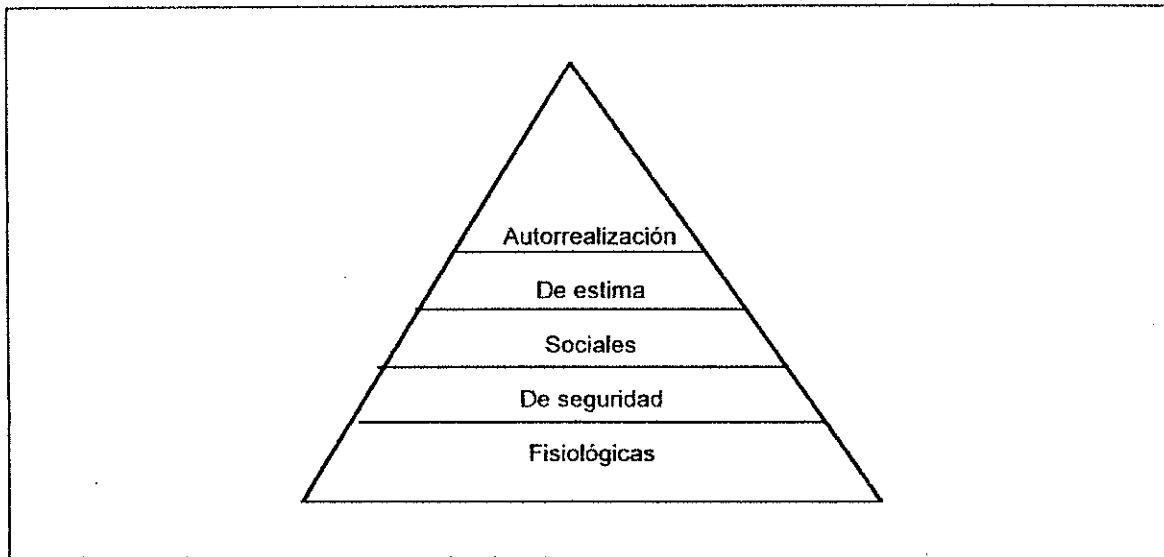


Figura 2-13. La Pirámide de las necesidades según Maslow.

c) La teoría de ERG

El psicólogo Clayton Alderfer coincide con Maslow en el aspecto de que la motivación al trabajador, se puede graduar de acuerdo con una jerarquía de necesidades. Pero, su teoría difiere en dos puntos básicos.

Primero, Alderfer separó las necesidades hacia abajo en sólo tres categorías: necesidades de existencia (Las necesidades fundamentales de Maslow más factores tales como beneficios adicionales en el lugar de trabajo), necesidades de relación (relaciones interpersonales), y necesidades de crecimiento (necesidades para la creatividad personal o influencias productivas).

Segundo, y más importante, Alderfer enfatiza que cuando se frustran las necesidades básicas, regresarán las necesidades menores, incluso si ya fueron satisfechas. Maslow, en contraste, siente que una necesidad, una vez cubierta, pierde su poder para motivar la conducta. Donde Maslow vio que la gente ascendía constantemente en la jerarquía de necesidades, Alderfer vio que la gente ascendía y descendía de tiempo en tiempo y de una situación a otra. La teoría de Alderfer, al igual que la de Maslow, es muy difícil de probar, lo cual dificulta la evaluación de su aplicación práctica. No obstante, ambas teorías ofrecen conocimientos provechosos sobre las necesidades humanas.

d) Herzberg y la teoría motivación-higiene

Herzberg estableció su teoría a partir de investigaciones realizadas por el y sus socios en los años 50's. La investigación abarca a estudiar las actividades en el trabajo de 200 ingenieros y contadores y clasificaron 16 categorías, además los factores en el lado derecho de la figura fueron relacionados de manera consistente con la satisfacción del trabajo, y las del lado izquierdo con la insatisfacción del trabajo. A partir de esta investigación, Herzberg concluyó que el descontento y la satisfacción en el trabajo surgen de 2 grupos independientes de factores.

Entre los factores que hacen el trabajo insatisfecho (factores de higiene), están: el salario, las condiciones de trabajo, y la política de la compañía; todos afectan en el contexto donde se realiza el trabajo. El más importante de estos lo constituye la política de la compañía, que en opinión de muchos, es una de las principales causas de ineficacia e ineficiencia.

Entre los factores que hacen del trabajo un satisfactor (factores motivadores), están: el logro, el reconocimiento, la responsabilidad, y el progreso; todos se relacionan con la satisfacción del trabajo y las recompensas por el desempeño en el trabajo.

e) La teoría de equidad

El principio de la teoría de equidad está basada en la motivación dentro del trabajo. El desempeño y la satisfacción es la evaluación del individuo sobre la equidad de la recompensa recibida. La equidad puede definirse como una razón entre lo que el individuo aporta al trabajo y las recompensas de éste comparadas con las recompensas que otros reciben por aportaciones semejantes.

Los miembros de las empresas comparan las recompensas que reciben con las recompensas de otras personas. Al hacer estas comparaciones, un empleado considera típicamente la relación entre sus logros laborales (recompensas), con sus energías aportadas al trabajo (esfuerzos). Esta relación se compara con las percepciones de una relación similar para otras personas en trabajos similares.

f) Teoría del establecimiento de metas

Esta teoría sostiene que los trabajadores son personas pensantes que se esfuerzan por alcanzar sus metas. La teoría se centra en el proceso de determinar las metas por sí misma. De acuerdo con el psicólogo Edwin Locke, la inclinación humana natural para establecer y esforzarse por metas es provechosa sólo si el individuo comprende y acepta una meta en particular. Además, los trabajadores no estarán motivados si no tienen, y saben que no tienen, las habilidades necesarias para alcanzar la meta.

Cuando las metas son específicas y desafiantes, funcionan más efectivamente como factores motivadores en el desempeño individual y de grupo.

Hasta ahora, se han explicado algunas de las teorías de motivación y de la conducta individual. Debido a la gran variedad de teorías, es difícil aplicar con gran satisfacción una en particular, sin embargo, representan una buena guía para entender el comportamiento humano, especialmente cuando los miembros de la organización no están motivados. También hay que recordar que la mejor manera de motivar a las personas, es implantándoles sueños.

1.2.2.4 El control

La función administrativa de control se utiliza para la medición y corrección de las actividades de la organización previamente planeadas, con el fin de asegurarse de que los hechos se ajustan a los planes. Mide el desempeño en comparación con las metas y los planes, muestra dónde existen desviaciones negativas y, pone en marcha acciones para corregir estas desviaciones, ayuda a asegurar el logro de los planes. Aunque la planeación debe preceder al control, los planes no se alcanzan por sí solos. El plan orienta a los gerentes en el uso de los recursos para lograr metas específicas. Después se verifican las actividades, para determinar si se ajustan a los planes.

El control es una función de todos los gerentes, directores y encargados de puestos de alto nivel administrativo, desde el presidente hasta el supervisor. Algunos gerentes, particularmente en los niveles bajos, olvidan que la responsabilidad primordial para el ejercicio del control compete a todos los gerentes a cargo de la ejecución de planes. Ocasionalmente, debido a la autoridad de los gerentes de nivel superior y su responsabilidad, se hace tanto hincapié en el control a nivel superior y en la alta dirección, que las personas suponen que no se necesita mucho control en los niveles más bajos.⁴⁸

Aunque el alcance del control varía entre los gerentes, todos los niveles tienen responsabilidad por la ejecución de los planes y, por lo tanto, el control es una función administrativa básica para todos los niveles de la organización.

El proceso básico de control, sin importar quién lo aplique o donde se haga, consta de 4 pasos:

- 1) Establecer normas de desempeño(estándares)
- 2) Medir el desempeño actual
- 3) Comparar este desempeño con las normas preestablecidas en el paso 1
- 4) Si se detectan deficiencias emprender acciones correctivas

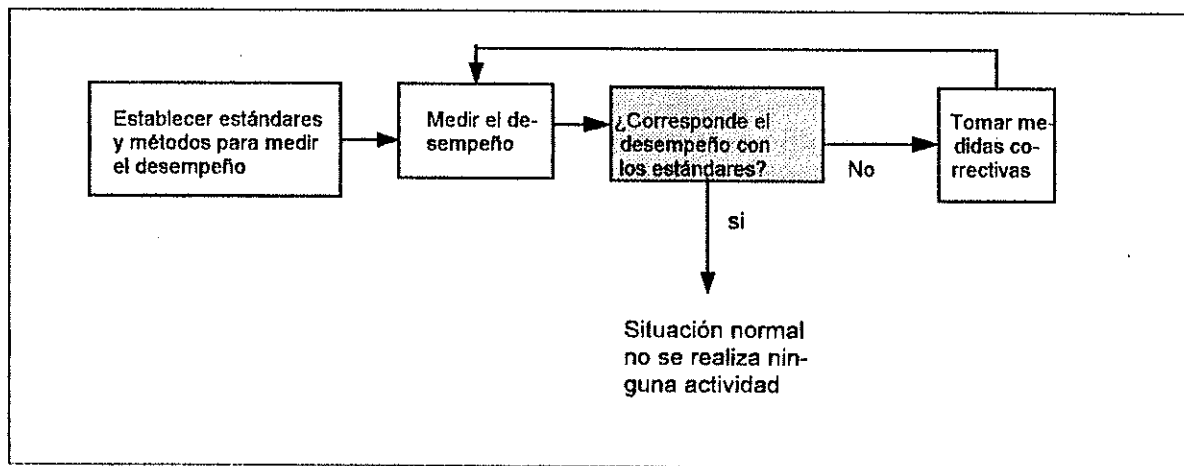


Figura 2-14. El proceso básico del control.

⁴⁸ Este es un típico error en las organizaciones que no se preocupan por delegar responsabilidades a sus líneas Staff operativas, ya que los niveles operativos también necesitan control.

1.2.2.4A Tipos de estándares

Todo objetivo, meta, programa, política, procedimiento o cualquier otra actividad de planeación se convierten en estándares, y pueden medir el desempeño esperado. Sin embargo, en la práctica los estándares tienden a pertenecer a los siguientes tipos:

- i) Estándares físicos
- ii) Estándares de costos
- iii) Estándares de capital
- iv) Estándares de ingresos
- v) Estándares de programas
- vi) Estándares intangibles
- vii) Metas como estándares

(i) Estándares físicos

Son mediciones comunes en el nivel de operación, donde se utilizan insumos, se emplea mano de obra, se ofrecen servicios o producen bienes. Es posible que reflejen cantidades como horas de trabajo por unidad de producto o servicio, galones de combustible por potencia producida, pacientes atendidos por doctor en un día, etc. Los estándares físicos pueden reflejar también calidad, como la durabilidad de una tela, cumplimiento de tolerancias, acierto en el diagnóstico de un enfermo, etc.⁴⁹

(ii) Estándares de costos

Estos estándares son mediciones monetarias y también son comunes en los niveles operativos. Ejemplo de estos son las mediciones de costeo directo e indirecto por unidad producida, el costo de la mano de obra por hora, los costos de atención por paciente en un hospital.

(iii) Estándares de capital

Existen diversos, todos derivados de la aplicación de mediciones monetarias a elementos físicos. Tienen que ver con el capital invertido en la empresa más que en los costos de operación y, por lo tanto, están relacionados primordialmente con el balance general más que con el estado de pérdidas y ganancias. Quizás este sea el tipo de estándar más utilizado por los inversionistas, y en el control general del rendimiento sobre la inversión ROI⁵⁰.

⁴⁹ Los estándares físicos con los que estamos más relacionados son: la eficiencia y la productividad.

⁵⁰ ROI es un índice financiero muy importante para los accionistas de las empresas. Mide la utilidad neta sobre el capital contable.

calendarización es otro tipo importante de control previo a la acción, pues las actividades preliminares también requieren que se invierta tiempo, recurso que a veces vale tanto como el dinero.⁵¹

El concepto que comparten todos los controles de este tipo es evitar que se presenten los problemas, y no solucionarlos una vez producidos.

(ii) Controles de si/no o de selección

Los controles si/no o controles de avanzar/no avanzar representan un proceso de reconocimiento para aprobar aspectos concretos de un procedimiento o para satisfacer condiciones específicas, antes de proseguir con las operaciones.⁵²

(iii) Controles después de la acción

Miden los resultados de una acción que ha concluido en su totalidad. Así, se establecen las causas de cualquier desviación que se realice sobre el plan o el estándar y los resultados se aplican a actividades futuras similares. Los controles posteriores a la acción también se usan como base para recompensar o alentar a los empleados que prestan servicios.

Para concluir, el control se fundamenta en planes existentes, y es una forma de verificación de nuestras acciones como miembros de la organización. Su importancia es imprescindible, ya que corrige las desviaciones que pudieran ocurrir en la ejecución de los planes.

Las cuatro funciones administrativas se complementan una con otra, y siempre van a existir en cualquier tipo de organización, sin importar su tamaño o motivo social.

⁵¹ Técnicas de programación de proyectos como CPM y PERT y la diagramación como GANTT son herramientas para el control proactivo.

⁵² Una simple inspección o el muestreo de aceptación que conforman el control de calidad son ejemplos.

1.3. La evaluación administrativa

La evaluación administrativa, consiste en revisar cómo funcionan las áreas funcionales⁵³ como ente único en el proceso de alcanzar las metas y objetivos desde el más alto nivel hasta los niveles más bajos de la organización. La evaluación administrativa; no sólo evalúa aspectos como la eficacia de los administradores, sino también evalúa el entorno de las áreas bajo su mando y su capacidad de trabajo integral como equipo.

En instituciones hospitalarias para realizar una evaluación administrativa, es necesario verificar todas las áreas relacionadas directa e indirectamente con la dirección administrativa, es decir, la integración de todas las actividades puede aportar información crítica acerca del funcionamiento del hospital.

En una evaluación administrativa pueden utilizarse varios criterios de ponderación, sin embargo, según el método que se aplique dependerá el criterio que se utilice.

1.4. Los objetivos de una evaluación administrativa

La evaluación administrativa, más que un medio, es considerada un instrumento para identificar los puntos fuertes y débiles de una organización, así como evaluar su entorno general; **su principal objetivo es el de mejorar el sistema administrativo a base de un estudio directo de campo y un análisis racional de las evidencias y hallazgos que puedan proporcionar los estudios. Otro de sus objetivos es el de fortalecer aquellas funciones administrativas que tengan problemas y por consecuencia estén generando los problemas en toda la organización. Otro objetivo es el de evaluar la calidad de los administradores o más precisamente, su habilidad para alcanzar metas específicas y cumplir con las tareas asignadas**⁵⁴. Esto es necesario para poseer una visión del futuro, un enfoque que se concentre en evaluar constantemente la efectividad administrativa, en un medio cada vez más dinámico.

⁵³ Entiéndase a las áreas funcionales, la áreas principales que integran una institución o empresa, generalmente mercadotecnia, finanzas, recursos humanos y producción.

⁵⁴ Thierauf, Robert. *Auditoría administrativa*(7a. impresión; México: Limusa Noriega Editores, 1994), p. 7.

1.5. Los beneficios que se pueden obtener

Los beneficios aportados por una evaluación administrativa dependerán, en primer lugar, del estado inicial de la organización, es decir, cómo se encuentra en sus niveles administrativos e interdepartamentales al iniciar la evaluación; en segundo lugar la cooperación de la gerencia para el planteamiento, realización del estudio y aplicación de recomendaciones y, por último, el nivel de cambio que interactúa dentro de la organización. Sin embargo, los beneficios generales pueden ser los siguientes:

Se obtiene:

- a) Una mejor administración desde el más alto nivel, hacia los niveles intermedios y operativos dentro de la organización.
- b) Una mayor confianza en el personal y por ende mayores responsabilidades en el trabajo son asignadas, mejorando también la comunicación y la fluidez de información.
- c) Una reordenación del tramo de control de la organización.
- d) Una mejor coordinación entre los niveles administrativos.
- e) Información sobre aquellos departamentos, áreas, subáreas y funciones que deban de ser modificados parcial o totalmente.

Sin embargo, en algunos casos los beneficios se dan en el transcurso de la aplicación de las recomendaciones; unos llegan a ser inmediatos mientras que otros necesitan de tiempo para madurar y alcanzar los mejores resultados.⁵⁵

1.6. Tipos de evaluaciones

Por lo general, se pueden utilizar dos tipos de evaluaciones: una por funciones o actividades generales, y otra por departamentos o áreas de trabajo.

1.6.1. Evaluación por funciones y/o actividades generales

En este tipo de evaluación, se evalúan las funciones administrativas a nivel general. Aspectos como: políticas, normas, objetivos, planes, programas, procedimientos de compras, proveedores, clientes, estructura organizativa, comunicación, motivación, manejos de conflictos, presupuestos, almacenes e inventarios, relaciones públicas, investigación y desarrollo, estrategias de mercadeo, etc.

El objetivo de este tipo de evaluación es el de crear una visión general sobre el funcionamiento administrativo, especialmente en los niveles directivos.

⁵⁵ Fleitman Jack, Evaluación Integral "manual para el diagnóstico y solución de problemas de productividad, calidad y competitividad" (1a. edición; México: McGraw-Hill, 1994), p. 7

1.6.2. Evaluación por áreas o departamentos

Este tipo de evaluación es más ordenada y evalúa cada uno de los departamentos que existen dentro de la institución, como por ejemplo: los departamentos de contabilidad, recursos humanos, producción, mercadotecnia, finanzas, etc. Evalúa en cada departamento las funciones individuales como: planeación, organización, dirección y control. Y evalúa de cada función individual aspectos más específicos como los descritos en la evaluación por funciones.

En la práctica, se deben de aplicar ambos tipos de evaluaciones. Para evaluar los niveles gerenciales es conveniente utilizar la evaluación por funciones y/o actividades generales, pero cuando se evalúan los niveles intermedios y operativos, es necesario obtener información más detallada, por lo que es conveniente utilizar la evaluación por áreas o departamentos.

1.7. Pasos básicos para la evaluación administrativa

Los pasos básicos que se van a utilizar quedan totalmente a disposición del evaluador, sin embargo, nunca deberán faltar los siguientes:

PARTE I

1. Reconocimiento de la institución en forma general
2. Programa de estudio y alcance
3. Revisión general de la institución
4. Revisión específica(en el caso de la evaluación por áreas o departamentos)

PARTE II

5. Análisis e interpretación de la información
6. Conclusiones generales y específicas
7. Recomendaciones específicas
8. Recomendaciones del entorno general
9. Programa de cambio

La primera parte, que está comprendida por 4 pasos, está directamente relacionada con la institución; la segunda que consta de 5 pasos es de análisis y puede realizarse en cualquier lugar.

1.7.1.1 Reconocimiento de la institución

El primer paso, en una evaluación administrativa, es visitar la institución con el fin de relacionarse y ambientarse donde se llevarán a cabo los siguientes meses el trabajo evaluativo. Por el orden que se debe llevar, se debe de empezar conociendo al gerente general o director general y compartir las ideas y descripciones del sistema de evaluación, de la misma manera se debe seguir hacia los otros niveles de la institución para dar a conocer en forma general a todos los miembros de la institución las intenciones de la evaluación.

1.7.1.2 Programa y alcance del estudio

Una vez efectuada la visita de reconocimiento, el paso que se debe seguir es formular el programa y alcance del estudio. El alcance indica qué áreas o departamentos se van a evaluar o qué sector de la organización en especial se va a examinar. El programa deberá contener la planificación de todas las actividades que se piensan realizar con su respectivo cronograma; además se deberá especificar la duración estimada del estudio, los objetivos y el contenido del mismo.

Por lo regular, el alcance es definido por el evaluador o por el grupo evaluador tomando como base aspectos como el tiempo disponible, los costos y la necesidad de que se lleve a cabo. Por ejemplo, puede ser que sólo sea necesario evaluar ciertas áreas de la organización en vez de hacer una evaluación exhaustiva en áreas donde no sea necesario.

1.7.1.3 Revisión general

La etapa de revisión general es donde inicia el trabajo investigativo, siguiendo el plan de trabajo se evalúa en forma global toda la organización utilizando para ello la evaluación por funciones; esto se puede hacer a través de cualquier técnica directa como los cuestionarios, las entrevistas y análisis de estadísticas.

La característica principal de esta etapa es que no analiza muy a fondo a la institución y se pretende crear una visión general del funcionamiento integrado. Aunque su objetivo principal es determinar qué aspectos se deben de estudiar de los departamentos que la integran, puede obtenerse información valiosa acerca de la dirección general.

1.7.1.4 Revisión específica

Con los estudios preliminares, se deducen las áreas o departamentos con mayor problema y cuáles se deben de priorizar. Para determinar las áreas críticas, el evaluador se deberá reunir con los directivos de la institución y discutir en conjunto las áreas que a su conveniencia necesitan una mayor atención.

Al igual que la evaluación general, se evalúan aspectos particulares para cada departamento elegido, siguiendo además la secuencia del programa de trabajo preestablecido.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

1.7.1.5 Análisis e interpretación de la información

Efectuadas las revisiones, el paso que se debe seguir es analizar la información. La información obtenida, será analizada con cuidado para no emitir juicios que no son ciertos y además se debe hacer con paciencia y profesionalismo para lograr los mejores resultados. El análisis de información puede realizarse a través de resúmenes de información⁵⁶ que facilitan el análisis de la información, y que permiten un mejor control de los resultados obtenidos.

Puede utilizarse cualquier tipo de método para analizar la información, ponderaciones de factores, índices comparativos etc. Sin embargo, si la información no permite ser evaluada a través de cualquier método cuantitativo conocido, puede utilizarse el criterio del grupo de análisis o asesoría externa de expertos en evaluaciones administrativas.

1.7.1.6 Conclusiones generales y específicas

Las conclusiones del análisis de la información son bien importantes, ya que de éstas dependerán las recomendaciones o procedimientos de mejora en las áreas o departamentos donde se hayan detectado anomalías o desviaciones.

Las conclusiones generales deberán abarcar a la organización en general, por otro lado, las conclusiones específicas deberán ser claras e identificar cómo se deducen y por qué se determinan. Además, las conclusiones deberán de estar fundamentadas por hechos, hallazgos y evidencias que conduzcan a su formulación. *Una conclusión no podrá ser determinada por medios subjetivos, intuitivos o predictivos.*

1.7.1.7 Recomendaciones generales

Terminadas todas la conclusiones, se deben de plantear las recomendaciones; para ello, es necesario que todas las personas que han participado en la evaluación directamente, es decir, que hallan contribuido en su realización, estén presentes en la formulación de las recomendaciones.

Las recomendaciones deberán realizarse en forma grupal y procurando llegar a plantear soluciones bajo el consenso del grupo. Deberán de tener objetividad, imparcialidad y la mejor alternativa de solución a los problemas que se hubieran detectado.

1.7.1.8 Recomendaciones y opiniones específicas

Las recomendaciones específicas deberán ser más concisas y con fines de mejorar los departamentos, áreas o funciones en particular de la institución. El fin principal de las recomendaciones específicas es dar el camino para lograr poner en practica las recomendaciones generales.

Estás recomendaciones, de preferencia, también deberán de ser planteadas en grupo.

⁵⁶ Ver el anexo I.

1.7.1.9 Programa de cambio

El último paso, y el más importante y más difícil, es el programa de cambio que deberá de llevar las recomendaciones y soluciones planteadas a la aplicación.

Se deberán de calendarizar las actividades necesarias para la aplicación del grupo de recomendaciones y soluciones y crear un mecanismo de control directo, para verificar que se apliquen en la forma correcta.

Una de las opciones sugeridas por algunos auditores, es implantar las recomendaciones directamente cuando se está evaluando.

El procedimiento de evaluación administrativa no es un procedimiento mecánico, sin embargo, hay 3 pasos que nunca deben de faltar:

- 1. La revisión general y específica*
- 2. El análisis e interpretación de la información*
- 3. Las conclusiones y recomendaciones*

Si faltase alguno de ellos, no sería posible efectuar una evaluación de calidad y veracidad.

CAPÍTULO III

1. LA PLANEACIÓN DE LA EVALUACIÓN ADMINISTRATIVA HOSPITALARIA

1.1. El concepto de planeación en una evaluación administrativa

Antes de iniciar la tarea de evaluar administrativamente una organización es necesario plantear todas las actividades a realizar, también es necesario planificar y programar la evaluación y utilización de los recursos humanos, fuentes de información, tiempo necesario. Para ello, se puede recurrir a la ayuda de herramientas administrativas de planificación como los diagramas Gantt y Pert, ya que garantizan un apoyo visual del seguimiento de la evaluación y las actividades programadas.

La planeación de la evaluación define la manera en que se va a realizar la evaluación y para ello deberán de planificarse todas las actividades que se van a realizar, indicando además las funciones administrativas que se van a estudiar, los departamentos, divisiones, comisiones y otras formas de organización formal dentro de la institución hospitalaria, los criterios de medición o comparación que se utilizarán, y los objetivos y fines de la evaluación.

Ejemplo:

Se va a realizar una evaluación administrativa dentro del hospital HLLCAV⁵⁷; se desea estudiar el área de contabilidad y la evaluación dará inicio el 15 de abril de 1996. Se ha estimado una duración de 4 horas para la evaluación.

Se le pide a usted como coordinador de la evaluación que planifique la manera más eficiente para realizar la evaluación.

El siguiente cuadro muestra la planeación de la evaluación para el departamento de contabilidad.

Area: Contabilidad Inicio: 15 de abril de 1996
Evaluador: XY Duración limite: 4 horas

Aspectos	Técnica de evaluación	T(hrs)	Persona participante
• Estados financieros	Análisis de razones financieras	1.63	
• Orden contable	Cuestionario	0.17	Jefe del dpto.
• Capacidad del encargado	Entrevista de fondo y evaluación del desempeño	1.00	Jefe del dpto.
• Manejo de presupuestos, flujos de efectivo y planificación de gastos	Cuestionario, análisis de datos.	1.20	Personal laboral y Jefe del dpto.
Resumen		4.00 hrs.	

Tabla 3-1. Planeación de evaluación en el dpto. de contabilidad.

⁵⁷ Hospital Helen Lossi de Laugerud de Cobán Alta Verapaz

1.2. Los objetivos de la planeación de la evaluación

Estos deberán de ser definidos con claridad y sencillez, además de dar el sentido y la orientación al proceso de evaluación, indican los fines de cada actividad de cada función, departamento o área que se va a evaluar.

Ejemplo:

Se ha planeado realizar una evaluación administrativa en el departamento de farmacia del hospital HLLCAV; la evaluación dará inicio el 18 de marzo de 1996, y se estima una duración máxima de 2 horas. Se le pide que realice la planeación de la evaluación y además que plantee los objetivos de la misma.

Area: Farmacia
Evaluador: XY

Inicio de la evaluación: 18 de marzo de 1996
Duración máxima: 2 horas

Objetivos	Aspectos	Técnica de evaluación	T(hrs)	Persona participante
• Verificar si el área se encuentra funcionando bien.	• Generales administ.	• Entrevista	0.25	El supervisor y/o administrador Bodeguero, guardián y encargado.
	• Capacidad de los encargados.	• Entrevista	0.50	
	• Manejo efectivo de las políticas de inventarios	• Cuestionario	0.25	Personal operativo
	• Calidad administrativa	• Cuestionario	0.25	Administrador
• Verificar si la política de los proveedores es beneficiosa para la institución.	• Generales	• Cuestionario	0.25	Administrador
Resumen			2.00	

Tabla 3-2. Planeación de la evaluación con objetivos definidos.

Como se ha visto en el cuadro anterior, los objetivos permiten dar una mejor dirección hacia los fines investigativos. Sin embargo, cuando los objetivos son generales y se conocen perfectamente no hay necesidad de especificarlos.

1.3. Qué funciones administrativas se deben estudiar y cuales aspectos

Una evaluación administrativa comprende una exhaustiva investigación de campo con el fin de recabar la información necesaria para descubrir las desviaciones administrativas, sin embargo, estudiar toda la administración se vuelve complejo, cuando está es demasiado extensa, a continuación se describen los aspectos administrativos de mayor interés y que pueden aportar la información que buscamos.

Respecto a:

1.3.1. La planeación

De la función planeación, es necesario estudiar todos los tipos de planes con que cuenta la institución, su grado de logro, su duración, su aceptación por todos los miembros de la organización; si estos han sido modificados, quiénes son los encargados de formular los planes; si existe algún tipo de planeación estratégica y que resultados se han obtenido en su implementación.

1.3.1.1 Objetivos

Se deben de revisar los objetivos generales, sociales, específicos etc., el grado de logro en cada uno de ellos, su difusión en todos los niveles, la forma en que se evalúan, objetivos que hayan tenido vigencia con anterioridad, su compatibilidad con la forma de la estructura etc.

1.3.1.2 Políticas

Se deben de verificar si las políticas son aceptadas por el personal, el porcentaje de violaciones que se reportan, si son efectivas, si son congruentes con los objetivos, el tiempo de su vigencia, quiénes son los encargados de formularlas, cómo son comunicadas, etc.

1.3.1.3 Programas

Respecto a los programas de la institución, se deben de estudiar: quiénes son los encargados de formularlos, si son adecuados a la región, su alcance, si existe la infraestructura adecuada para su aplicación, si existe alguna correlación con el programa general de salud a nivel nacional, si existen programas de mejora de la calidad, y si hay instituciones internacionales o ajenas a la salud que colaboran con el desarrollo de los programas.

1.3.1.4 Planes

De los planes en general, se debe de estudiar si la dirección efectúa los planes de la institución, a qué plazos existen o se realizan los planes, con qué grado de cumplimiento están los planes actuales, si existe el conocimiento por parte de todos los miembros de la institución de los planes en seguimiento, si son divulgados antes de su inicio, si el personal que formula los planes está capacitado para ello, y cómo evalúan el logro de sus planes, etc.

1.3.1.5 Presupuestos

Respecto a los presupuestos: la forma en que son asignados, el período de asignación, quiénes participan en su formulación y su asignación, si es suficiente éste para el logro de todos los objetivos, si se ha incrementado en comparación con el período anterior y que parámetro se utilizó para ese incremento, si conocen todos los departamentos su presupuesto específico asignado, y si se posee algún presupuesto o financiamiento externo.

1.3.1.6 Reglas

Si hay reglas a nivel general dentro del hospital, el grado de cumplimiento y violaciones, las medidas adoptadas cuando son violadas, quiénes las formulan, si existen reglas a nivel departamental, con qué frecuencia son modificadas, por qué son modificadas, y cómo se comunican.

1.3.1.7 Procedimientos

Para evaluar los procedimientos, es necesario saber: si estos son eficientes, si es posible mejorarlos, si existe algún manual o folleto donde están escritos, como son divulgados al personal que los debe de aplicar, si se utilizan formas para su control, etc.

1.3.2. Organización

Para la función organización, es necesario estudiar: su estructura, la cultura organizativa, las líneas de autoridad y responsabilidad, la asignación de tareas, el tramo de control y el organigrama de la institución.

1.3.2.1 Estructura organizativa

Se debe de averiguar: si existe un organigrama dentro de la institución, con qué grado de detalle se encuentra, si es funcional; si son respetadas las líneas de autoridad, si ha sido modificada la estructura con anterioridad, si existen duplicidad de funciones, quiénes son los encargados de diseñar cada una de las estructuras y asignaciones de tareas, quiénes toman las decisiones y si están satisfechos todos los miembros con la estructura actual.

1.3.2.2 Líneas de autoridad y responsabilidad

Aspectos como: conocimiento por parte de todos los empleados de las líneas de mando, si están de acuerdo con ellas y si son respetadas, con qué frecuencia se presentan conflictos y problemas de responsabilidad, con qué frecuencia se desacatan las ordenes, si hay duplicidad de mando, si existe algún comité encargado de problemas, cuál es la manera de resolver los problemas, y qué grado de responsabilidad tienen todos los niveles de la institución.

1.3.2.3 Cultura organizacional

Se debe de investigar: si están de acuerdo los miembros con el ambiente de la cultura de su trabajo, si las políticas son congruentes la cultura preestablecida, y si se ha pensado modificar la cultura de la institución últimamente.

1.3.3. La dirección

En la función de dirección se deben de estudiar, aspectos como: la toma de decisiones, la comunicación, el comportamiento individual y grupal, la motivación, el liderazgo y el manejo de conflictos.

1.3.3.1 Toma de decisiones

De la toma de decisiones, se buscan aspectos como: los niveles que tienen a su cargo la responsabilidad de tomar decisiones, qué métodos son utilizados, qué criterios de medición se utilizan, si existe la toma de decisiones en forma grupal, si existe la coordinación adecuada entre las decisiones tomadas por los niveles operativas en contraste con las decisiones de los niveles superiores.

1.3.3.2 Comportamiento organizacional

Se debe de indagar en aspectos como: si es que existe la participación o formación de grupos formales e informales, la libertad que tiene cada miembro de la organización para participar en cualquier tipo de eventos dentro de la organización, y si el ambiente es apropiado para genera la creatividad del empleado, etc.

1.3.3.3 Comunicación

Aspectos de la comunicación como: el tipo más usado, qué tipos se utilizan, si es que existen barreras en la comunicación con los empleados, si han surgido problemas por falta de una buena comunicación, y cuál es el medio para informar los cambios dentro de la institución.

1.3.3.4 Motivación

Referente a la motivación: la técnicas utilizadas, el funcionamiento de las mismas, si hay personal capacitado para motivar a los empleados, cómo se manejan los cambios de actitud en las personas, qué soluciones se han planteado para aumentar y fomentar la motivación en las institución.

1.3.4. El control

En la función de control, es necesario evaluar los mecanismos que permiten su funcionamiento, qué sistemas son utilizados, qué estándares se han empleado, tipos de control utilizados y la efectividad que se ha logrado con los mismos.

1.3.4.1 Sistemas

Si es que existen sistemas de control, de qué tipo son, quién es el responsable de implementarlos, con qué periodicidad se realizan, cuál es el más utilizado y por qué, con que frecuencia son revisados, a qué niveles se han dado a conocer.

1.3.4.2 Programas

Si existen, con qué frecuencia son modificados, cuántos existen, cuáles son los principales; si se utiliza el control antes de la acción, en dónde; cómo se manejan las desviaciones que pudieran ocurrir, y si son divulgadas estas

desviaciones, y si satisfacen los programas las necesidades de los departamentos donde son aplicados.

Aunque, no hay un formato de evaluación especial, las funciones anteriormente descritas deben de ser evaluadas en cada una de las áreas o departamentos donde se desee obtener información, tomando como consideración que cada departamento puede variar en algunos aspectos de otro, por lo que será necesario adaptar a cada uno de ellos el formato más conveniente.

1.4. Técnicas para realizar una evaluación

1.4.1. Las entrevistas

La entrevista es un medio directo de obtención de información, donde la información es compartida directamente con la fuente de una o más personas. En algunos casos la entrevista no se realiza en presencia física, por ejemplo: una entrevista por radio o televisiva e incluso en otro país a través de una computadora por medio del módem. Sin embargo, la entrevista con la que todos estamos familiarizados es la entrevista física, donde dos personas comparten sus impresiones para entender un problema o una interrogante.

La entrevista es un medio de obtención de información muy eficaz y confiable, por lo que se le da mucha importancia en cualquier evaluación administrativa.

Existen varios tipos de entrevistas, la entrevista preliminar, la entrevista de fondo, la entrevista de sondeo rápido y la entrevista de comprobación de hipótesis⁵⁸.

1.4.1.1 Entrevista preliminar

En este tipo de entrevista las preguntas suelen ser capciosas y de carácter general, además el entrevistado puede dar la más amplia y variada información que considere necesaria.

1.4.1.2 Entrevista de fondo

En la entrevista de fondo, las preguntas deben ser lo más específicas que sea posible, y que induzcan respuestas también específicas. El evaluador o el entrevistador debe esforzarse para aclarar cada una de las preguntas para asegurarse de que tiene la respuesta correcta.

1.4.1.3 Entrevista de sondeo rápido

En este tipo de entrevista, se busca comprobar situaciones detectadas con anterioridad y que se desean abordar con diferente punto de vista o ampliar su información. Suelen ser de mayor amplitud que la entrevista de fondo pero más cortas.

1.4.1.4 Entrevista para comprobación de hipótesis

La entrevista para comprobación de hipótesis suele ser muy importante cuando se desea corroborar el planteamiento de una hipótesis, por lo regular cuando se utiliza el método racional científico. Su aplicación es para asegurarse de los supuestos que se han formado en base a las evidencias.

1.4.2. Los cuestionarios

Los cuestionarios suelen ser el medio más usado para obtener información, y esto se debe a la facilidad de análisis que se les da a las preguntas. Una

⁵⁸ Jack Fleitman. Op. cit. p. 34.

entrevista proporciona información inmediata, pero por medio del cuestionario se obtiene información analizada con más cautela y no con respuestas inmediatas que es lo que ocurre con la entrevista. Una de las ventajas del cuestionario es que es más fácil analizar los resultados que se obtienen a través de él, debido a que la información se encuentra dentro del mismo cuestionario; esto facilita el análisis y da una mayor rapidez en la formulación de conclusiones.⁵⁹

1.4.3. Observación directa en las áreas de trabajo

La técnica está basada en la observación de trabajo en el desempeño del personal en sus actividades, sin embargo, el inconveniente que se tiene es que las personas fingen un desempeño totalmente distinto al que utilizan regularmente cuando no son observadas.

Ejemplo:

Se analizan los patrones de conducta del personal de cierto departamento, para luego compararlo con un patrón de conductas que es definido según la cultura de la institución y el régimen de trabajo dentro de la misma; esto conlleva la realización de listas de verificación como la que se presenta a continuación.

Nombre del empleado: _____	Puesto que desempeña: _____																																								
Puntuación: _____																																									
1. Orden en el trabajo	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																								
2. Puntualidad																																									
3. Calidad de trabajo																																									
4. Grado de responsabilidad																																									
Escala	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																								

Cuadro 3-1. Lista ponderada utilizada en la observación directa.

Dentro de la lista existe un cuadro con una escala de 1 a10 donde el 1 representa un desempeño de los más bajo y el 10 representa el máximo desempeño. Se debe de marcar con una X en cada una de las aptitudes que se desean evaluar y ponderar un promedio al final.

La ventaja que tienen estas listas de verificación es que automáticamente hacen ver al empleado los puntos que deben de reforzar para mejorar su desempeño.

⁵⁹ El anexo 2 muestra algunos formatos de cuestionarios utilizados en la evaluación administrativa hospitalaria.

Esta lista puede de tener infinidad de factores, pero deberán de ser consistentes para llenar las expectativas de trabajo en cada departamento.

1.4.4. Análisis estadísticos de datos

Las estadísticas proporcionan valiosa información, especialmente del comportamiento actual e histórico de datos numéricos, permitiendo además llegar a conclusiones contundentes del comportamiento de la institución en términos numéricos.

1.4.5. El análisis de pronósticos

Aunque los pronósticos sirven muchas veces para planificar, pueden proporcionar información importante que permita modificar los recursos de la organización.

Los pronósticos son métodos numéricos de análisis de tendencias, con base en datos históricos y permiten planificar las cantidades de recursos que se necesitarán en el futuro para el logro de los objetivos.

El manejo de los pronósticos dentro de un hospital se dificulta por la variación por lo regular casi impredecible como accidentes, catástrofes naturales, etc. Los pronósticos pueden utilizarse para determinar la demanda de camas en un hospital para el próximo año, los suministros o medicamentos necesarios en el departamento de emergencia, el equipo y el mantenimiento para un número determinado de operaciones, el gasto de combustible, etc.

Ejemplo:

En el año de 1994 y 1995, ingresaron a la sala de emergencia un número de consultas(ver la tabla); se sabe además que la capacidad de servicio de la emergencia en el hospital HLLCAV oscila entre 2,3 y 4 personas por lo regular 1 o 2 médicos y el resto de personal de enfermería y que comparten por lo regular turnos rotativos, también es de hacer notar que el servicio de la emergencia del hospital se encuentra a disposición las 24 horas al día. Se desea pronosticar la demanda del servicio por mes para el año 1996, para estimar la cantidad de medicamentos e insumos médicos necesarios para lograr un mejor servicio.

Mes	Año 1994	Año 1995
Enero	700	825
Febrero	550	600
Marzo	300	350
Abril	900	1010
Mayo	300	400
Junio	250	290
Julio	300	235
Agosto	800	876
Septiembre	300	350
Octubre	340	244
Noviembre	300	200
Diciembre	800	970

Tabla 3-3. Datos de la demanda del servicio de la emergencia del hospital HLLCAV.

Solución:

La demanda como se puede observar, pertenece a una familia cíclica, sin embargo, el procedimiento de determinación del tipo de demanda es mucho más complejo.⁶⁰

Para la solución se utiliza un método de pronóstico de *análisis ponderado de incrementos promedio*.

Incrementos:

Mes	Año 1994	Año 1995	Incremento	%variación
Enero	700	825	125	17.86
Febrero	550	600	50	9.1
Marzo	300	350	50	16.67
Abril	900	1010	110	11.11
Mayo	300	400	100	33.33
Junio	250	290	40	16
Julio	300	235	-65	-21.67
Agosto	800	876	76	9.5
Septiembre	300	350	50	16.67
Octubre	340	244	-96	-28.24
Noviembre	300	200	-100	-33.33
Diciembre	800	970	170	21.25

Tabla 3-4. Incrementos mensuales en la demanda del servicio de la emergencia.

$$\%IncPromedio = 5.69$$

Pronóstico:

$$\text{Fórmula: Mes } i \text{ (Año } i+2) = D_i(\text{Año } i) \cdot 0.2 + D_i(\text{Año } i+1) \cdot 0.8 + D_i(\text{Año } i+1) \cdot \%IncProm$$

Donde :

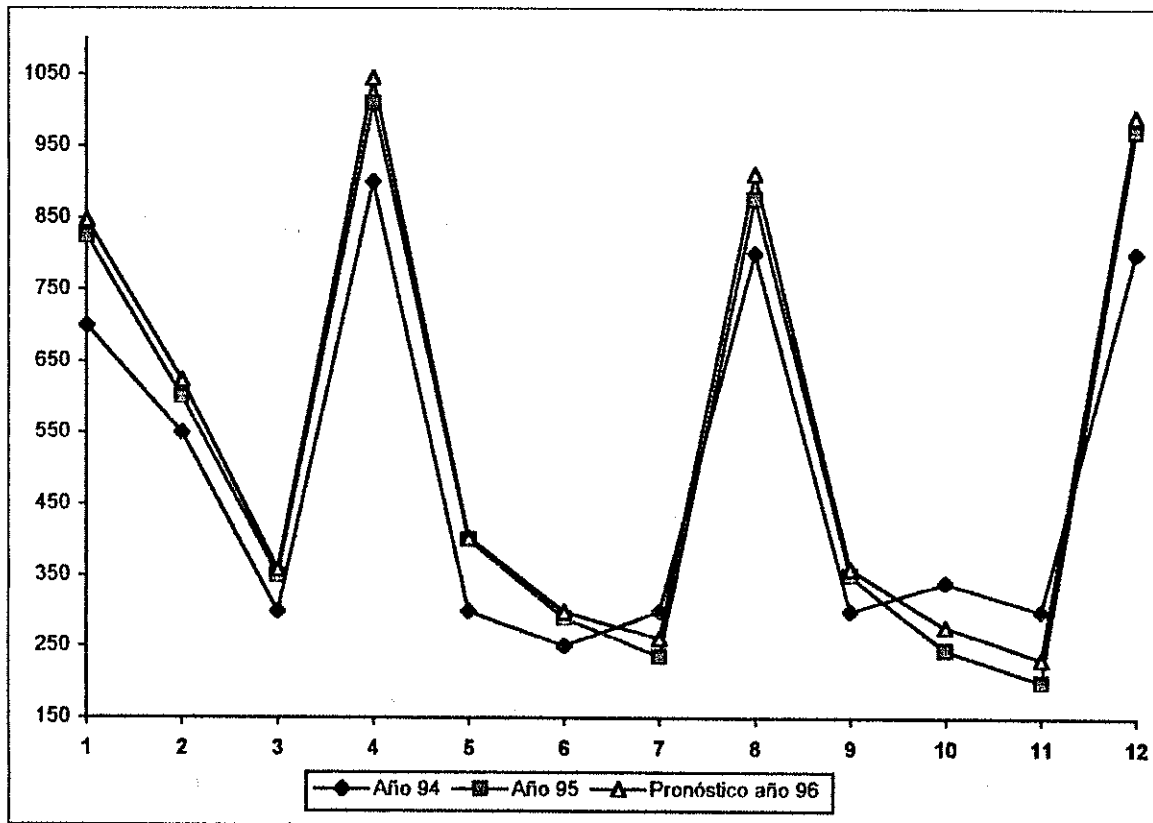
- Mes i = al mes que se desea pronosticar
- $D_i(\text{Año } i), (\text{Año } i+1)$ = demandas conocidas de los mismos meses anteriores
- $\%IncProm$ = incremento promedio, o el porcentaje promedio de variación

⁶⁰ En el apéndice I, se muestra el procedimiento de estimación de pronósticos para demandas cíclicas.

$$\begin{aligned} \text{Enero 1996:} &= 700(0.2) + 825(0.8) + 825(0.0569) \\ &= 847 \end{aligned}$$

Mes	Pronóstico para 1996
Enero	847
Febrero	624
Marzo	359
Abril	1045
Mayo	403
Junio	299
Julio	261
Agosto	911
Septiembre	360
Octubre	277
Noviembre	231
Diciembre	991

Pacientes X mes



Gráfica 3-1. Pronóstico de la demanda del servicio de emergencia para el año 1996.

Como se puede observar en la gráfica, el método de demanda cíclica ponderada promedio se ajusta en buena medida al comportamiento de la demanda del servicio de la emergencia. La gráfica muestra tres puntos de incremento en la demanda; éstos se deben a que reflejan las tres épocas con mayor afluencia de pacientes y , éstas son: 1. épocas de semana santa, 2. FERIA del municipio, y 3. épocas navideñas.

Con base en el pronóstico mostrado en el último cuadro, se puede planificar el consumo de medicamentos para el año de 1996.

1.4.6. El muestreo de trabajo

El muestreo de trabajo se utiliza para investigar las proporciones de tiempo dedicadas a las diversas actividades que componen una tarea o proceso de trabajo.⁶¹ El muestreo de trabajo es una técnica muy parecida a la observación directa, pero la diferencia se debe a que el muestreo de trabajo sólo tiene dos posibles resultados: se está ejecutando una acción o no se está ejecutando. Por ejemplo, si se evalúa la productividad de una máquina a través del muestreo de trabajo, los únicos posibles resultados son o está o no está trabajando.

Para llevar a cabo un estudio de muestreo de trabajo, el observador deberá llevar a cabo un número de observaciones según el grado de confiabilidad que le quiera dar a su investigación, además, deberá escoger si utiliza un muestreo al azar o un programado.

1.4.6.1 Muestreo de trabajo al azar

En este tipo de muestreo, las observaciones se realizan aleatoriamente sin que sean previamente programadas, proporcionando resultados mejores que el muestreo programado, y su mayor aplicación es en la auto-observación⁶².

1.4.6.2 Muestreo de trabajo programado

El muestreo de trabajo programado es utilizado en la evaluación de empleados, máquinas y sistemas productivos de bienes y/o servicios en general, consiste en planificar cierto número de observaciones con su respectivo horario y se realiza con base en esta programación. Aunque la aplicación principal del muestreo de trabajo es la fijación de estándares por medio de métodos de estadística descriptiva, se puede adaptar en una forma mucho más sencilla para evaluar la proporción de tiempo que una persona le dedica a su trabajo.

Ejemplo:

Con base en un rumor que le ha llegado al director del hospital HLLCAV, en donde se dice que el encargado de los almacenes permanece gran parte de su tiempo de trabajo en actividades ajenas de sus atribuciones. Esto posiblemente sea la causa de que en ese departamento no haya un orden en la papelería y se han tenido últimamente pedidos faltantes en el inventario de las medicinas. La jornada

⁶¹ Benjamin. Niebel, Ingeniería industrial, métodos, tiempos y movimientos(México: Alfa omega, 1993) p.577

⁶² Auto-evaluación que realiza un individuo a través del muestreo.

de trabajo es de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., además, se les concede una hora para el almuerzo de 12:00 a.m. a 1:00 p.m. y 30 minutos de imprevistos exactamente a las 10:30 a.m. Se le pide que compruebe esta afirmación a través de un estudio de muestreo de trabajo.

Desarrollo:

La programación de las observaciones, para el encargado de los almacenes es la siguiente:

Minutos efectivos disponibles = 4 días * (7.5horas * 60 minutos)

= 1800 minutos

No. de observaciones máximas en lapsos de 15 minutos = 1800 minutos / 15 minutos

= **120 observaciones cada 15 minutos durante 4 días**

Hora	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4
8:15	T	NT	T	T
8:30	T	NT	NT	T
8:45	NT	T	NT	NT
9:00	NT	NT	T	T
9:15	NT	NT	T	NT
9:30	T	T	T	T
9:45	T	NT	NT	NT
10:00	T	T	T	T
10:45	NT	NT	NT	NT
11:00	NT	T	NT	NT
11:15	T	NT	T	T
11:30	T	T	T	NT
11:45	AJ	NT	NT	T
12:00	NT	AJ	NT	NT
1:15	NT	NT	NT	NT
1:30	NT	NT	NT	NT
1:45	NT	NT	AJ	T
2:00	NT	NT	NT	NT
2:15	T	T	AJ	NT
2:30	T	T	T	T
3:00	T	T	T	T
3:15	AJ	NT	T	T
3:30	T	T	T	T
3:45	NT	T	NT	T
4:00	NT	NT	T	AJ
4:15	T	NT	T	NT
4:30	NT	NT	AJ	T
4:45	T	NT	NT	NT
5:00	NT	NT	NT	T
5:15	T	NT	NT	T

Tabla 3-5. Resultados de las observaciones

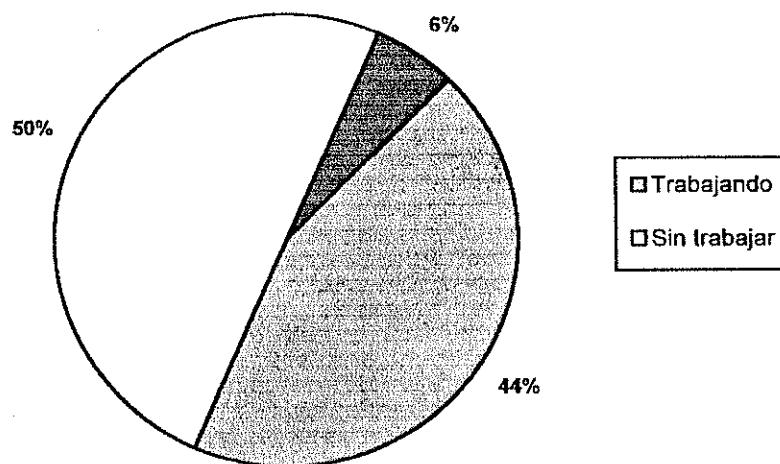
T = Actividad de trabajo, si el empleado, se encuentra realizando cualquier actividad de su trabajo, sin importar que esté en otro departamento.

NT = Actividad de no trabajo, cuando el empleado está ausente, injustificadamente o esté realizando actividades que no le correspondan a su departamento.

AJ = Ausencia justificada, cuando el empleado haya pedido permiso y se le haya autorizado.

Resultados:

De el total de observaciones 53 veces se encontró que el encargado de la bodega estaba en actividades de su trabajo, quedando 60 de las veces en actividades que no son del puesto y las 7 restantes en ausencias justificadas.



Gráfica 3-2. Resultados del muestreo de trabajo programado realizado al jefe del departamento de almacenes en el hospital HLLCAV.

La gráfica muestra el porcentaje total del muestreo de trabajo, el 50% representa donde no estaba trabajando la persona analizada y el 7% ocupado por las ausencias justificadas. A partir de esta información, se puede concluir que es necesario que la persona de este puesto asuma las responsabilidades que tiene y así se logrará que el 44% de ausencia en las actividades de trabajo se reduzca considerablemente.

Se han descrito hasta ahora las principales técnicas para la realización de los estudios. En una institución hospitalaria puede aplicarse muchas otras técnicas. Queda a criterio del evaluador el uso de aquellas técnicas que considere necesarias para obtener los resultados mas confiables y poder llegar a deducir la problemática de cada departamento.

1.5. Los criterios de medición a utilizar

Los criterios de medición determinan las bases objetivas de la evaluación, y eliminar cualquier criterio subjetivo.

Los criterios de medición permiten establecer comparaciones que con base en estándares, permiten elaborar conclusiones acerca de la evaluación que se efectúa. Dentro de los criterios de evaluación existen:

- Los indicadores de eficiencia, efectividad, productividad, y de personal.
- Las comparaciones con otras instituciones
- Técnicas de evaluación del desempeño
- La calificación conductual ponderada
- Y la bitácora de expediente

1.5.1. Indicadores

1.5.1.1 De personal

El personal de una institución puede ser evaluado a través de índices de personal. Estos nos indican la razón general del personal de la organización en actividades como: la rotación de personal, el grado de capacitación, la inasistencia, y la relación entre los tipos de empleados.⁶³

1.5.1.2 De eficiencia

La eficiencia es un índice muy útil, para determinar con qué grado se logran algunos objetivos cuantificables en comparación con los periodos anteriores o estándares fijados.⁶⁴

Ejemplo:

El MSPAS tiene establecido que cada hospital debe plantear 5 programas de asistencia medica rural en medicina preventiva cada año. El hospital HLLCAV planteó dos programas en 1993, cuatro programas en 1994 y 5 programas en 1995. Averigüe la eficiencia en cuanto al planteamiento de programas en cada año y calcule la eficiencia promedio.

Desarrollo:

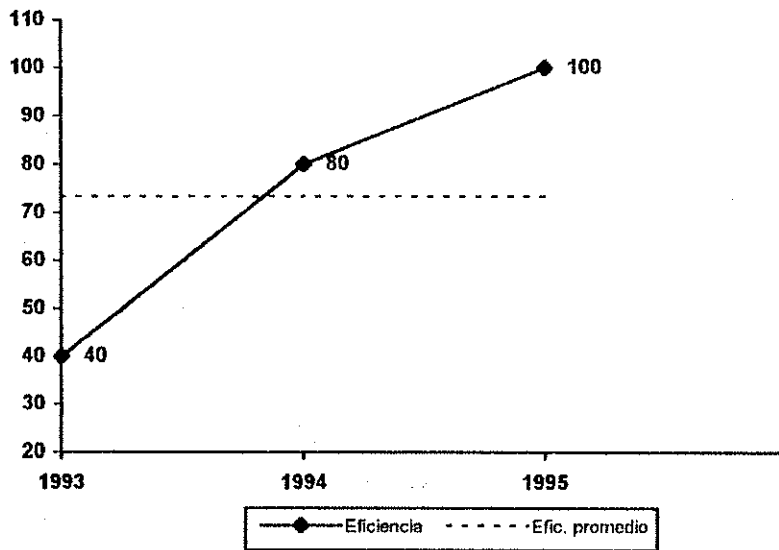
a) La eficiencia en

$$1993 = [2 \text{ programas} / 5 \text{ programas(estándar)}] * 100$$

⁶³ Jack Fleitman, op. cit, p.59

⁶⁴ La eficiencia es un criterio medible por medios cuantitativos que pueden presentarse en cualquier planificación, y de mucha utilidad en instituciones de cualquier indole.

$$\begin{aligned}
 &= 40 \% \\
 1994 &= (4 / 5) * 100 \\
 &= 80 \% \\
 1995 &= (5 / 5) * 100 \\
 &= 100 \%
 \end{aligned}$$



Gráfica 3-3. Comparación de eficiencias en los años 1993, 1994 1995 con la eficiencia promedio.

b) Eficiencia promedio

$$\begin{aligned}
 &= (40 + 80 + 100) / 100 \\
 &= 73.33 \%
 \end{aligned}$$

1.5.1.3 Eficacia

Mientras que la eficiencia mide el grado de logro de ciertos planes, objetivos, programas, etc. en comparación con estándares definidos. La eficacia mide los resultados, por medio de comparaciones de lo realizado (previamente planeado) con los objetivos preestablecidos.

Ejemplo:

El hospital HLLCAV planteo como objetivo principal en 1995 reducir las muertes en el departamento de pediatría en un 25%, si se sabe que se atendieron en el año 1995 en total a 2,500 niños con una tasa de mortalidad de 9.3 %, y los datos del registro de 1994 indican que en ese año se atendieron 2,430 niños con una tasa de mortalidad de 13%. Averigüe si se logró la eficacia en la reducción de la mortalidad en este departamento de servicio.

Solución:

Objetivo: Reducción en un 25 % de las muertes en el departamento de pediatría para 1995.

1994:			
Total de pacientes atendidos:	2,430		
Tasa de mortalidad:	13 %		
1995:			
Total de pacientes atendidos:	2,500		
Tasa de mortalidad	9.3%		

Diferencia entre los 2 años
13% - 9.3% = 3.7%

Porcentaje de muertes reducido
3.7 / 13 = 28.46%

Se logró cumplir el objetivo por lo que el departamento fue eficaz durante 1995.⁶⁵

1.5.1.4 De productividad

La productividad determina la razón del volumen de productos y/o servicios obtenidos por la conversión de insumos que son invertidos en la producción.

$$\text{Productividad} = \frac{\text{Volumen obtenido de productos y/o servicios}}{\text{Recursos e insumos totales invertidos}}$$

La productividad puede ser medida total o parcialmente y está condicionada a varios factores como los tecnológicos, calidad de los procesos y del recurso humano, políticas macroeconómicas del país, y el origen de las materias primas.

Producir calidad y productos y/o servicios en gran cantidad son los resultados de un índice de productividad alto, la producción de grandes volúmenes con la optimización de los insumos es el objetivo principal de los índices de productividad.

⁶⁵ Si el resultado no hubiera sido mayor que el objetivo propuesto no se hubiera sido eficaz en el logro del mismo.

Ejemplo:

En el hospital HLLCAV en el año 1995, se egresaron en total 7280 pacientes(el cuadro siguiente muestra la distribución de estos egresos), si se sabe que en total en el hospital existen 18 médicos laborando diariamente, además se le informa que cada médico recibe un mes de vacaciones anualmente. Encuentre la productividad de la mano de obra médica en el año de 1995.

Dpto. de servicio	Número de médicos	Egresos vivos	Egresos muertos	Total
Medicina de hombres	2	529	54	583
Medicina de mujeres	3	467	30	497
Cirugía de hombres	1	597	8	605
Cirugía de mujeres	1	284	3	287
Trauma de hombres	1	362	-	362
Trauma de mujeres	-	123	-	123
Ginecología	1	111	1	112
Maternidad	4	3652	4	3656
Med. pediátrica	4	622	58	680
Trauma y cirugía pediat.	1	372	3	375
Totales	18	7119	161	7280

Tabla 3-6. Egresos totales y por dpto. de servicio en el año de 1995, hospital HLLCAV.⁶⁶

Solución:

a) La productividad parcial por departamento es la siguiente:

$$\begin{aligned}
 \text{Medicina de hombres} &= \frac{\# \text{ de pacientes egresados vivos}}{\# \text{ de médicos en promedio activos}} \\
 &= 529 / 2 \\
 &= \mathbf{264.5 \text{ pacientes atendidos por médico en el año 1995.}}
 \end{aligned}$$

Dpto. de servicio	No. de médicos	Egresos vivos	Productividad parcial Anual	Prod. parcial Mensual
Medicina de hombres	2	529	264.5	22.04
Medicina de mujeres	3	467	155.67	12.97
Cirugía de hombres	1	597	597	49.75
Cirugía de mujeres	1	284	284	23.67
Trauma de hombres	1	362	362 + 123 = 485	40.42
Trauma de mujeres	-	123	-	-

⁶⁶ Datos proporcionados por la unidad de estadística del Hospital Regional de Cobán.

Ginecología	1	111	111	9.25
Maternidad	4	3652	913	76.08
Med. pediátrica	4	622	155.5	12.96
Trauma y cirugía pediat.	1	372	372	31

Tabla 3-7. Productividad anual y mensual por departamento de servicio(hospital HLLCAV).

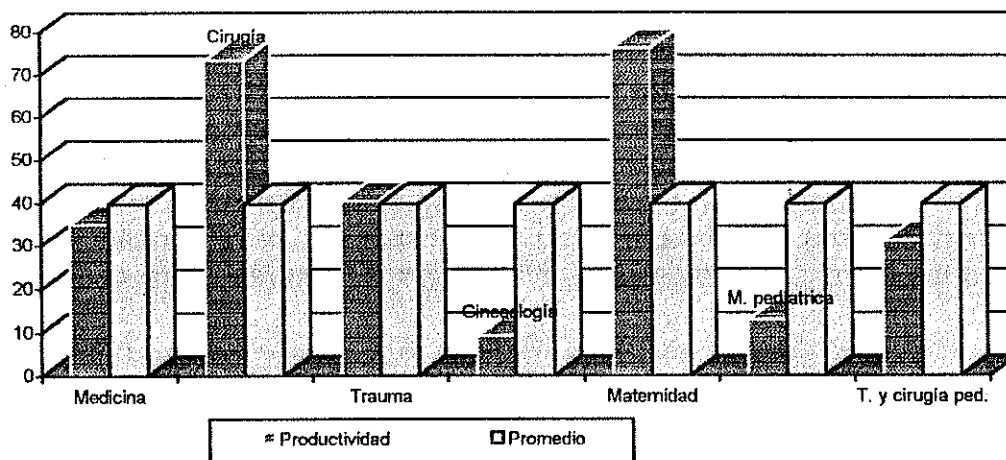
b) Productividad total

$$\text{Productividad total del personal médico} = \frac{\text{Egresos vivos totales}}{\text{No. total de médicos disponibles anualmente}}$$

$$\begin{aligned} \text{Médicos disponibles anualmente} &= 18 \text{ médicos} - 1(\text{de vacaciones}) \\ &= 17 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Productividad total} &= 7119 / 17 \\ &= 418.76 \text{ pacientes atendidos a nivel general por cada médico} \end{aligned}$$

$$= 34.90 \text{ pacientes al mes} = 1.34 \text{ pacientes por día}$$



Gráfica 3-4. Productividad por cada dpto. de servicio integrado (hombres y mujeres) y la productividad promedio del hospital.⁶⁷

⁶⁷ Es muy importante señalar que el análisis de la productividad dentro de los hospitales estatales se debe de hacer por medio de un estudio más a fondo, tomando en consideración: la gravedad del paciente que es atendido, así como el tiempo que se lleva en atender a cada paciente. Esta cláusula se debe a que existen departamentos donde la atención a los pacientes es muy breve y en contraste existen departamentos que se toman mayor tiempo en la atención de sus pacientes por la gravedad de sus heridas o enfermedades.

En resumen, los aumentos de la productividad implican una inversión a veces muy elevada, además una incorporación de tecnología a los procesos médicos y administrativos de valor agregado⁶⁸ y tecnología pasiva⁶⁹.

1.5.1.5 Competitividad

La función principal de una entidad estatal hospitalaria es proporcionar el servicio de atención médica a la comunidad en general por medio de un presupuesto que se les asigna anualmente, pero que se maneja cada 4 meses; esto definitivamente no permite el desarrollo de la competitividad hospitalaria, mientras que las entidades de salud privadas si tienen el ambiente y los recursos necesarios para desarrollarla.

La competitividad es un índice, manejado principalmente a nivel mundial, es decir, niveles comparativos entre países, así el índice de competitividad de la salud en Alemania supera grandemente al índice de los países centroamericanos.

La competitividad refleja la capacidad de una empresa, institución u organización de cualquier tipo a poder competir en niveles de calidad, productividad y tecnología vanguardista y ofrece los mejores productos y o servicios a costos relativamente accesibles.

Se dice que para que una organización sea competitiva debe de desarrollar ventajas de cualquier tipo: comparativas o competitivas⁷⁰.

1.5.2. Comparaciones

1.5.2.1 Con instituciones similares

Quizá pueda ser uno de los criterios de medición más generales y comparativos para las instituciones hospitalarias. La razón es muy sencilla, todos los hospitales estatales están bajo la dirección del MSPAS y ésta es una ventaja que debe ser aprovechada en el sentido informativo. El MSPAS coordina y tabula la información acerca de cada uno de los hospitales; esto permite hacer las comparaciones correspondientes para evaluar las diferencias entre cada uno de ellos.

La manera en que se puede realizar esta comparación es relativamente sencilla; es con base en resultados generales y específicos por cada departamento incluyendo los de servicios. Se pueden tabular los datos y hacer comparaciones entre hospitales que tengan en promedio la misma capacidad; debe de considerarse que una comparación entre un hospital que maneja alrededor de 700 personas no puede ser comparado con un hospital que maneje 25 personas, sin embargo, podrá ser comparado con un hospital con un manejo de 500 personas.

⁶⁸ Procesos que tienen un valor crítico para el consumidor final y que son catalogados por ellos como los más importantes.

⁶⁹ Tecnología del recurso humano: capacitación, entrenamiento constante y conocimiento total de las funciones de trabajo.

⁷⁰ Ventajas comparativas son recursos que se tienen como por ejemplo: el clima del país, recursos geográficos, etc. Las ventajas competitivas se obtienen como la tecnología y la calidad.

El MSPAS deberá tomar como iniciativa, darle mayor importancia a estos análisis y efectuarlos anualmente para darle seguimiento a un proceso de mejora continua anual.

1.5.2.2 Con un régimen estándar preestablecido

El otro tipo de comparación un poco más confiable y que se puede tomar como objetivo dentro de cada hospital, consiste en generar parámetros de actuación o metas alcanzables como mejoras de los procedimientos y procesos actuales en cada uno de los hospitales; esto facilitaría el proceso para las auditorías administrativas que podrían realizarse en períodos más cortos y con mucha mayor rapidez.

Las comparaciones entre instituciones se pueden pasar en un proceso de Benchmarking interno o funcional, para obtener resultados más satisfactorios, y ampliar los conceptos sobre el proceso comparativo entre instituciones.⁷¹

1.5.3. La evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño es un técnica administrativa, cuya función es medir el grado del desempeño de los empleados en su trabajo.

En este tipo de evaluación, también se requieren estándares de desempeño que constituyen los parámetros comparativos en el trabajo. Estos parámetros para que sean efectivos deben de ser objetivos y susceptibles de medir y nunca subjetivos.

1.5.3.1 Técnicas de evaluación

Existen muchas formas de evaluar el desempeño del empleado en el trabajo, dentro de las más importantes están:

1.5.3.1A La escala de puntuación

Esta técnica es de carácter subjetivo en la forma de evaluar, pero los parámetros de comparación, sí suelen ser objetivos; parámetros de comparación como: excelente, bueno, regular, aceptable y malo son algunos de los que se pueden utilizar.

La ventaja de esta técnica es que se puede aplicar a grupos numerosos de personas y se pueden evaluar desde los niveles gerenciales, administrativos hasta los niveles de supervisión operativa. Su desventaja es la subjetividad de las preguntas y la eliminación de aspectos específicos de desempeño.

1.5.3.1B El registro de acontecimientos importantes(bitácora de archivo)

Por medio de una bitácora, que consiste en el registro diario de acontecimientos que son considerados como importantes en las actividades de trabajo, a su vez , estas actividades son divididas en positivas y negativas, Esta técnica es muy útil en los casos del manejo de información referencial e historial de comportamiento de los empleados. Al final de períodos que pueden ser desde 15

⁷¹ Ver Michael Spendolini. *Benchmarking*(Colombia: Editorial Norma, 1994), p.20.

días hasta incluso un mes o un año se puede evaluar en forma general cual ha sido el desempeño en este período del empleado.

1.5.3.1C Lista de verificación ponderada

Esta técnica esta formada por el uso de cuestionarios descriptivos estandarizados, para evaluar al empleado directamente en su área de trabajo.

Existen, sin embargo, diferentes tipos de listas; algunas de ellas requieren respuestas sencillas de analizar como *si o no* , mientras que otras generan un mayor margen de elección.⁷²

⁷² En el anexo 3 , se muestran formas para el procedimiento de evaluación del desempeño de los métodos descritos, orientados a los empleados de los hospitales.

CAPITULO IV

1. EVALUACION ADMINISTRATIVA EFECTUADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN "HELEN LOSI DE LAUGERUD" , ALTA VERAPAZ.

Fase A:

I) Descripción general del hospital

El hospital regional de Cobán esta situado en la 8a. Calle 1-24 de la Zona 4. Las instalaciones del hospital se encuentran un tanto deterioradas, especialmente en los sistemas de tuberías como: la red de tubería de agua, la tubería del sistema de vapor de la caldera ,y la tubería del sistema eléctrico. El hospital cuenta con una iluminación artificial regular, un sistema de ventilación natural, los niveles de ruido son aceptables(los ambientes están bien separados).

El hospital, al igual que todos los hospitales estatales, maneja un presupuesto anual seccionado trimestralmente. Este presupuesto tiene algunos renglones que pueden ser modificados para satisfacer la escasez en otros que son prioritarios y críticos.

El hospital cuenta con 17 médicos graduados y un gran número de personal de enfermería profesional y auxiliar que es rotativo, personal de conserjería y otro personal operativos.

La administración del hospital esta constituida principalmente por un médico director, un administrador encargado de coordinar los departamentos de contabilidad, compras y patrimonio, y una persona encargada del personal.

Los departamentos con los que cuenta el hospital son los siguientes:

Administrativos:

1. Departamento de la dirección general
2. Departamento Administrativo
3. Departamento de personal

Funcionales:

1. Departamento de contabilidad
2. Departamento de compras
3. Departamento de patrimonio

De servicios médicos:

1. Departamento de Emergencia
2. Departamento de Medicina
3. Departamento de maternidad
4. Departamento de cirugía
5. Departamento de pediatría
6. Departamento de laboratorio
7. Departamento de rayos X
8. Departamento de farmacia
9. Departamento de consulta externa

Operativos:

1. Departamento de mantenimiento
2. Departamento de lavandería
3. Departamento de alimentos
4. Departamento de almacenes

En lo que respecta a la capacidad del hospital para albergar enfermos, la siguiente tabla lo muestra en forma específica para cada departamento de hospitalización:

Departamento	Número de camas	Días-cama disponibles al año en total(No.camax 365)
Medicina de hombres	30	10950
Medicina de mujeres	30	10950
Cirugía de hombres	19	6935
Cirugía de mujeres	17	6205
Trauma de hombres	10	3650
Trauma de mujeres	6	2190
Ginecología	8	2920
Maternidad	37	13505
Medicina pediátrica	46	16790
Traumatología y cirugía pediátrica	12	4380

Tabla 4-1. Capacidad de servicio del Hospital HLLCAV.

Fuente: Datos estadísticos del hospital

En equipo y maquinaria instalada: el hospital cuenta con 1 caldera, 3 lavadoras, 3 cuartos fríos, 2 hornos, 1 secadora, equipo médico en general y 3 equipos de rayos X.

El hospital cuenta con gran cantidad de áreas verdes, y una garita de control para la entrada y salida de los vehículos, una cabina encargada de proporcionar información y un sistema de búsqueda para los médicos dentro de las instalaciones.

II) Delimitación del alcance del estudio

Los departamentos que en forma directa o indirecta tienen relación con el sistema administrativo del hospital incluyendo los operativos y de servicios serán evaluados, estos incluyen:

La dirección, administración, personal, contabilidad, compras, almacenes, patrimonio, alimentos, farmacia, laboratorio, mantenimiento, medicina, maternidad, pediatría, rayos X, emergencia y consulta externa.

III) Programa de trabajo

- Plan de trabajo general:

DEPARTAMENTO	FUNCION A EVALUAR	ASPECTOS ESPECIFICOS
Dirección general	Planeación	Objetivos, planes, programas, políticas, presupuestos, reglas, procedimientos.
	Organización Dirección	Estructura, línea de mando, cultura organizativa. Comunicación, motivación, liderazgo, toma de decisiones, manejo de conflictos.
	Control	En general, planes, programas.
Administración	Planeación	Objetivos, planes, programas, políticas, presupuestos, reglas, procedimientos.
	Organización Dirección	Estructura individual, línea de mando, cultura organizativa. Comunicación, motivación, liderazgo, toma de decisiones, manejo de conflictos.
	Control	En general, planes, programas.
Personal	Planeación	En el tiempo, políticas, procedimientos, reglas.
	Organización	Estructura individual, líneas de mando y responsabilidad.
	Dirección	Comunicación, manejo de conflictos, toma de decisiones.
	Control	Del personal, entradas, salidas.
Contabilidad	Planeación	Procedimientos, objetivos, políticas.
	Organización	Estructura individual, línea de mando.
	Dirección	Comunicación, motivación, manejo de conflictos
	Control	Procedimientos contables.
Patrimonio	Planeación	Objetivos, procedimientos y políticas.
	Organización	Estructura individual, línea de mando.
	Dirección	Comunicación.
	Control	Procedimientos de inventarios.

Mantenimiento	Planeación Organización Dirección Control	Objetivos, planes, políticas y programas de trabajo. Estructura individual, línea de mando. Comunicación, motivación, manejo de conflictos Preventivo, correctivo y progresivo.
Almacenes	Planeación Organización Dirección Control	Objetivos, programas, procedimientos, reglas y políticas. Estructura individual, línea de mando y responsabilidad Comunicación. Procedimientos de inventarios.
Alimentos	Planeación Organización Dirección Control	Objetivos, políticas, reglas y procedimientos. Estructura individual, línea de mando. Comunicación, manejo de conflictos. De calidad de alimentos, nutrientes, etc.
Farmacia	Planeación Organización Dirección Control	Objetivos, procedimientos, políticas y reglas. Estructura individual, línea de mando. Comunicación, manejo de conflictos, ambiente de trabajo. De inventarios y procedimientos
Servicios: medicina, maternidad, pediatría, laboratorio, emergencia, rayos X y consulta externa.	Planeación Organización Dirección Control	Objetivos, planes, políticas, procedimientos, reglas. Estructura individual, línea de mando y responsabilidad. Comunicación, motivación, manejo de conflictos. Aspectos generales.

Cuadro 4-1. Programa de evaluación de actividades generales por departamento(HLLCAV).

- Cronograma general de actividades por departamento

ABRIL 1996

Departamento.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	16
Dirección.		X												
Administración													X	
Personal												X		
Contabilidad			X					X						
Patrimonio														
Lavandería		X												
Almacén			X											
Mantenimiento												X		
Alimentos													X	
Compras													X	
Rayos X											X			
Pediatría								X						
Medicina									X					
Maternidad									X					
Emergencia														X
Consulta externa														X

Cuadro 4-2. Cronograma general de actividades de evaluación por departamentos(HLLCAV).

- Tipo de evaluación que se va a emplear: Evaluación por departamentos.

- Técnicas de recolección de información: cuestionarios, entrevistas preliminares y de fondo, escala ponderada de desempeño.

Fase B:

I) Hechos sobresalientes

De la información obtenida a través de las entrevistas y cuestionarios en los diferentes departamentos resalta la siguiente información:

A nivel general: la organización muestra ciertas deficiencias especialmente en su estructura. No se tienen definidas las funciones de cada puesto por escrito. La cultura organizativa del hospital no es fomentada dentro su relación con los empleados.

Los objetivos generales y sociales no están definidos por escrito y no se difunden a todos los niveles; esto da a lugar a que todos los empleados tengan su propios objetivos y no uno en común que coordine al hospital en todos sus niveles. Los objetivos actuales no están adaptados a la cultura de la organización ni a los intereses sociales; esto se debe principalmente a que en la etapa de formulación de objetivos no se realiza dentro de una actividad grupal para discutir los objetivos más adaptables al hospital. Otro punto quizá muy importante es que las personas no aceptan muchas veces los objetivos por la falta de participación en su formulación. Y por último en lo referente a los objetivos, un punto importante de señalar es que quienes pueden y tienen la obligación de definir los objetivos del hospital, en orden jerargíco son: el MSPAS , la Dirección del Hospital, y cada uno de los departamentos.

Los planes son ejecutados por los niveles directivos y se trabajan a corto, mediano y largo plazo, no se aplica la planeación estratégica y no existe mayor divulgación en la formulación e los nuevos planes.

Los programas son definidos principalmente por el MSPAS, organizaciones no gubernamentales cuyo fin principal es la salud, y por último en caso de extrema necesidad por el hospital.

Las políticas se encuentran bien definidas y están por escrito, son modificadas cuando es necesario, se toman en cuenta las opiniones de los empleados en la formulación de las mismas y existe un gran porcentaje de violaciones en ellas.

En lo que respecta al presupuesto que es manejado en el hospital, éste no cubre todas las expectativas en algunos rublos o renglones. La dirección participa en la elaboración del mismo, pero el gobierno determina la cantidad que deberá ser asignada, que es en la mayoría de las veces menor al programado. Otro punto importante es que el incremento del presupuesto para los años subsecuentes no se toma en cuenta.

La mayoría de las régulas del hospital son cumplidas, pero algunas violaciones persisten en ciertos departamentos operativos. Cuando se formulan nuevas reglas éstas se comunican en forma oral a todos los empleados.

Los procedimientos actuales dentro del hospital no son muy eficientes. Tampoco se cuenta con un manual que describa los principales procedimientos aplicados en la institución.

El proceso de comunicación está bien definido y es utilizada principalmente la comunicación oral, existe una comunicación en dos sentidos verticalmente.

La dirección del hospital desconoce alguna teoría sobre el comportamiento humano en el trabajo.

El liderazgo administrativo que se practica dentro del hospital es participativo con algunas tendencias de autocraticidad. No se conoce ninguna teoría administrativa sobre el liderazgo en la práctica.

El hospital carece de un programa de capacitación tanto interno como externo para sus supervisores en los aspectos de toma de decisiones. Más sin embargo se utilizan criterios para la solución de problemas como al análisis racional de los problemas, el análisis científico y el juicio personal. En algunas ocasiones, es utilizado el consenso para la solución de problemas interdepartamentales y de interés general.

La dirección participa en la solución de conflictos graves que puedan afectar las relaciones de trabajo en los departamentos que los originan. Los resultados obtenidos en la solución de los conflictos ha dado buenos resultados con anterioridad. Dentro de las medidas tomadas en la solución de problemas son utilizadas los reportes de llamadas de atención, las actas y la reasignación de nuevos puestos.

Los mecanismos de control de proyectos, programas y planes no están definidos y se desconocen. No se tiene un buen control en las actividades de trabajo. Pero a nivel salud, sí se implementan programas de educación y prevención de enfermedades endémicas.

En lo que respecta al personal médico en general, se realizan reuniones científicas para la discusión de casos a nivel hospital.

Departamento de mantenimiento

El hospital cuenta con un gran número de equipo descompuesto en espera de ser reparado pero por personal especializado. El departamento carece de instalaciones adecuadas para la reparación y diagnóstico de los equipos que van a ser reparados. La falta de equipo adecuado para la reparación y mantenimiento del equipo es un punto muy importante; las instalaciones actuales no se encuentran bien organizadas y la falta de espacio no ayuda a efectuar los trabajos de reparación con calidad y eficiencia. También se encontró que no se realizan las actividades de mantenimiento preventivo, pero si se planifican; esto se debe principalmente al déficit de personal técnico especializado que debería de ayudar en el departamento en las actividades preventivas. El mantenimiento correctivo se realiza hasta que el equipo se encuentra muy dañado; esto se debe a la falta de realización del mantenimiento preventivo. Quizá otro de los puntos importantes es la relación del departamento con la adquisición de refacciones y repuestos, ya que el procedimiento de compra es un poco tardado y muchas veces ni se realiza. Por último se detectó, que el departamento no tiene una buena comunicación con la administración y dirección del hospital, y esto puede provocar ciertas diferencias especialmente en el logro de los objetivos y planes del departamento. No existen contratos de mantenimiento con organizaciones ajenas al hospital, pero para el mantenimiento de las instalaciones la Dirección General de Obras Públicas ha colaborado con el hospital. Se tiene un control de reparaciones a través de tarjetas de registro. No se manejan estadísticas en las frecuencias de las principales fallas de equipo, y se estima que un 30% del equipo médico se encuentra en condiciones no adecuadas para su uso.

En lo que respecta a capacitación externa, constantemente se les da participación en los programas de capacitación en temas relacionados con el mantenimiento impartidos por entidades como la división técnica de ingeniería y mantenimiento del MSPAS y el Instituto Nacional Técnico de Capacitación y mejoramiento de la Productividad INTECAP.

Departamento de patrimonio

El hospital actualmente no tiene un inventario actualizado, y éste se está realizando en estos momentos. Se detectó que el personal de otros departamentos no colabora con este departamento en la elaboración del inventario. Otro de los problemas que afronta el departamento en la creación del inventario es que hay equipo que es movido constantemente de un departamento a otro; esto dificulta la elaboración del inventario.

Departamento de compras

El departamento no tiene participación en la elaboración del anteproyecto del presupuesto anual. Las compras se hacen con base en la solicitud del departamento que lo necesite pero únicamente participan en este proceso los departamentos de alimentos, almacén, mantenimiento y la dirección. El procedimiento de registro de las ordenes de compra se hace en forma escrita en libros de saldos. No se tiene ningún programa de capacitación en el departamento. Las cotizaciones y listas de precios de insumos no se realizan. Respecto a los proveedores no se tiene una cartera de ellos y no se hacen licitaciones para el establecimiento de los contratos con ellos. También se detectó que no existe una buena comunicación entre el departamento y la administración.

Departamento de rayos X

El departamento de rayos X cuenta con tres equipos para procesar las imágenes, pero únicamente uno está en funcionamiento; los otros dos se encuentran descompuestos. El personal que labora en este departamento tiene turnos de 24 horas cada 2 días; esto permite una exposición de muchas horas a la radiación del emisor del equipo de rayos X. Las normas de seguridad no están definidas en este departamento, aunque se conocen algunas por precaución propia del personal de trabajo, no se cuenta con un manual de seguridad en el área. Hay una falta de recursos como el humano que es indispensablemente crítico en este departamento y también hace falta material para los archivos de las radiografías.

Departamento de lavandería

Este departamento tiene un problema en el control de entregas de la ropa; el proceso actual ha dado lugar a algunas pérdidas. El sistema de procedimiento de entrega requiere una persona fija en el área, lo contrario ocurre con el actual encargado de este sistema que tiene asignadas tareas de mensajería y descuida esta área por lapsos periódicos. Laboran dentro de este departamento 11 personas en 2 turnos diarios. Se tienen algunos problemas con el personal operativo como las entradas tarde. La falta de atención en sus propuestas y problemas por parte de la dirección puede ser un problema muy importante dentro de este departamento. Hay falta de recursos como equipo de lavado y personal encargado del despacho de la ropa.

Departamento de almacenes

En este departamento, se ejecutan tareas de ingresos y egresos de los insumos y suministros para la operación y mantenimiento del funcionamiento de otros departamentos, como medicamentos y material médico quirúrgico. Los espacios para almacenar son adecuados. El control de los inventarios se realiza a través de un sistema de tarjetas kardéx. El MSPAS elabora una auditoría semestralmente en los inventarios. Los suministros son recibidos trimestralmente según la política de manejo del presupuesto anual.

No se realiza ninguna política de manejos de inventarios ni se tiene planeación de requerimiento de insumos y suministros. El departamento cuenta con una sola persona que está a cargo de la administración y de las funciones operativas. No se han implementado programas de capacitación externa, ni de actualización de técnicas de manejo de inventarios dentro del departamento.

Departamento de alimentos

El departamento de alimentos realiza las actividades de cocina y prepara los desayunos, refacciones, almuerzos, cenas y preparación de las dietas y leches. El servicio de alimentos sólo se le da a los enfermos internos del hospital; es importante señalar que desde hace 7 años ya no se le proporciona el servicio de alimentos al personal laboral del hospital. En el departamento, laboran 17 personas en dos turnos diarios. Dentro del departamento se encuentran tres cuartos fríos de los cuales únicamente uno se encuentra en funcionamiento. El departamento tampoco cuenta con un manual de seguridad e higiene en el trabajo, sólo se conocen las medidas de higiene en la preparación de los alimentos.

Departamento de contabilidad

El departamento realiza informes mensuales de los registros de las órdenes de compra y pago. Los archivos tienen acceso por parte del administrador y el director. En este departamento, trabajan tres personas, las cuales tienen que reportar directamente a su jefe que es el administrador. Dentro del departamento no existe una buena organización, no se tiene definido el organigrama con los otros departamentos que están bajo el mando de la administración. Y se han tenido problemas de faltas y abandonos temporales de las actividades de trabajo.

Departamento de personal

El departamento de personal está encargado de las propuestas para los puestos disponibles dentro del hospital y el movimiento del personal dentro de la organización. El departamento cuenta con una persona que coordina las actividades que se realizan en el departamento, además de realizar las actividades de reportes y archivos. El departamento necesita de una persona que ayude en las actividades de registro. Al departamento no se le han dejado implementar las responsabilidades asignadas; los objetivos del departamentos no están definidos por escrito. No se realiza la planificación de nuevos puestos ni se analizan las cargas de trabajo en cada uno de los existentes, tampoco se realiza la evaluación del desempeño. En el aspecto de la organización, no se tiene definida. Respecto a los aspectos laborales y la relación con los empleados de los niveles operativos, se realizan charlas y reuniones trimestralmente. Uno de los principales conflictos que existen, relacionados con el departamento es la disposición y no estandarización de los horarios.

En el procedimiento para la contratación del personal, se ejecuta por lo regular únicamente el reclutamiento interno. No se realizan exámenes médicos al personal en el proceso de selección ni pruebas psicométricas. Se posee un proceso de inducción al personal, y se tiene definidos los programas de capacitación para el personal operativo pero en forma optativa.

La dirección es la encargada de autorizar la contratación del personal nuevo.

Se tienen expedientes para cada uno de los empleados que son tipo kárdex; estos contienen las fechas de ingresos, categorías y su historial.

Actualmente no existe un mecanismo de control de ingresos y egresos bien definido.

No se tienen definidos programas de actividades sociales, deportivas o culturales con los empleados.

No se tiene el reglamento interno de trabajo establecido y registrado y no se le ha enseñado al empleado algunas de sus normas y decretos. También es importante señalar que al personal de nuevo ingreso no se le indican sus funciones y no se le presenta ante sus compañeros de trabajo.

Departamento de farmacia

En este departamento, laboran 5 personas: un supervisor y 4 personas de nivel operativo; el departamento se encarga de mantener el stock de medicamentos utilizados dentro del hospital. Los objetivos dentro del departamento están definidos y son aceptados. La organización del departamento está definida pero no gráficamente ni escrita. No existe la motivación del empleado. El departamento cuenta con algunas iniciativas dentro de las cuales vale la pena señalar: una iniciativa para el mejoramiento del manejo y registro de los medicamentos.

Departamento de laboratorio

Dentro del departamento de laboratorio, se encuentran trabajando 10 personas: 1 jefe técnico y 9 técnicos de laboratorio. En este departamento, se necesita personal secretarial para la realización de los informes y registros de los exámenes que se practican. Se cuenta con tres microscopios de los cuales únicamente uno está funcionando. El equipo no está actualizado y no se cuenta con un presupuesto propio. La falta de un presupuesto propio puede ser una limitante en la modernización del equipo y de las técnicas de diagnóstico. No existen programas de capacitación y actualización en los procesos del laboratorio. Los objetivos no han sido difundidos a todo el personal del laboratorio. Las políticas no están establecidas. Los procedimientos actuales cuentan con un manual y son eficientes. Existen reglas que casi nunca son violadas.

Existen tres horarios de trabajo diarios en el laboratorio divididos en turnos. No existe la motivación del empleado dentro del departamento. Los conflictos que casi no son frecuentes se dan principalmente por aspectos de confrontación y diferencias de opiniones. Es importante señalar que se planea instalar un programa de calidad total en los próximos meses.

Departamento de pediatría

En el departamento de pediatría laboran 13 personas, 3 son médicos, 7 personas pertenecen al personal auxiliar de enfermería, 1 enfermera graduada y 2 conserjes. Dentro del departamento algunas de las funciones no se cumplen eficientemente. Los objetivos no se tienen definidos. Las políticas que están dentro del departamento no han sido revisadas y no han sido divulgadas a todos los empleados. Las reglas son violadas con frecuencia, y no han sido revisadas recientemente. No se cuenta con una organización departamental definida. Se realizan reuniones tipo sesiones mensualmente con un psiquiatra que labora dentro del departamento para la solución de diferencias, problemas y motivación.

de los empleados. Los principales conflictos se han dado entre el personal de enfermería.

Departamento de maternidad

El departamento de maternidad tiene varios servicios como el control pre y post natal, complicaciones de embarazo, atención al parto y al recién nacido en los primeros días y operaciones cesáreas y pómoro. Laboran dentro del departamento 18 personas, 5 médicos, 5 enfermeras graduadas y 8 auxiliares. Existen algunos conflictos entre el personal de enfermería. Se tiene escasez de algunos suministros como medicamentos y equipo médico. Los objetivos del departamento están por escrito y se han dado a conocer. No existen políticas; los procedimientos son eficientes y son mejorables. Hay falta de organización en algunos aspectos, como la delegación de autoridad y conocimientos de las funciones de cada puesto especialmente por el personal de enfermería.

Departamento de medicina

Laboran dentro de este departamento 22 personas; este departamento esta subdividido en la medicina de hombres y la medicina de mujeres. La falta de medicamentos en algunas oportunidades es uno de los problemas en este departamento. Los objetivos, las políticas y las reglas están en etapa de formulación. Los conflictos son manejados a través de pláticas. La comunicación se realiza en forma oral y escrita y se realizan reuniones cada 3 meses.

Departamento de emergencia

El departamento de la emergencia sufrió recientemente cambios radicales; a partir del 4 de julio de 1995 fue trasladado a sus nuevas instalaciones, las cuales cuentan con un ambiente mejor distribuido y más amplio para la atención de los enfermos. Básicamente las nuevas instalaciones de la emergencia cuentan con 4 divisiones: 1) la división de cirugía que cuenta con 4 camas y su respectivo equipo; 2) la división de yesos, que cuenta con una cama y del equipo de trabajo; 3) la división de observación que cuenta con 4 camas; y 4) la división de maternidad que cuenta con una cama y una cuna. Además, existe la estación de enfermería, una estación de lavado por medio de regadera, una escalera de acceso para los departamentos de laboratorio y farmacia y un pasillo de acceso directo al departamento de rayos X, un área para las sillas de ruedas y camillas de movilización de enfermos. El horario de la atención del departamento es de 24 horas al día y laboran por lo regular 2 personas de enfermería, un estudiante de enfermería y un médico. Los procedimientos de atención son eficientes. La organización del departamento es bastante aceptable.

Departamento de consulta externa

La consulta externa presta los servicios de: programas de atención materno infantil, enfermedad común, ginecoobstetricia, traumatología y enfermedades infectocontagiosas. La capacidad de atención es adecuada a la demanda y se tiene un promedio diario de atención de 50 pacientes en un horario de atención de 7:00 de la mañana hasta las 3:00 de la tarde. Es importante resaltar que el departamento necesita de algunos recursos materiales como guantes, equipo de curación, etc. y personal de enfermería por lo menos 4 auxiliares mas. Uno de los principales problemas que se ha dado dentro del departamento es en el procedimiento de registro para los pacientes de reconsultas, esto es debido principalmente a la falta de capacitación del personal a cargo del registro y lo obsoleto del procedimiento. Sin embargo, se han planeado algunas inciativas para mejorar esta situación; un nuevo procedimiento de registro a través de citas es una de ellas.

II) Evaluación de la eficacia administrativa

Una vez obtenida la información necesaria, se debe de evaluar esta para determinar los grados de efectividad y eficacia en los diferentes sistemas administrativos con que cuenta la institución hospitalaria. Para ello, es necesario seguir una serie de pasos, a fin de realizar un análisis concreto sobre la información que se tiene.

Los pasos para la evaluación de la eficacia son los siguientes:

1. Seccionar los diferentes niveles administrativos. Por lo regular en las instituciones hospitalarias, se cuenta con 4 sistemas administrativos integrados a su organización; estos suelen ser:

La administración General.

La administración Funcional.

La administración de servicios médicos.

Y la administración de servicios operativos o no médicos.

2. Realizar un análisis de las actividades, funciones y/o procesos más importantes de cada uno de los sistemas administrativos.

3. Evaluar los diferentes procesos, actividades y funciones que hacen eficaz y no eficaz a cada uno de los departamentos.

4. Interpretar la información a través de cuadros, gráficas y ponderación.

5. Elaborar el resumen y la conclusión.

II.1) Niveles administrativos.

El hospital HLLCAV tiene los siguientes sistemas administrativos:

Administración General: comprendida por el Director General, los comités de trabajo y el Consejo Directivo.

Administración Funcional: formada por los departamentos de patrimonio, contabilidad, compras y recursos humanos(dpto. de personal).

Administración de servicios médicos: formada por los departamentos de emergencia, consulta externa, pediatría, maternidad, medicina, laboratorio y farmacia.

Administración de servicios no médicos: comprende los departamentos de mantenimiento, alimentos, almacén y lavandería.

II.2) Actividades y funciones principales.

Las funciones que se van a evaluar comprenden las mencionadas con anterioridad planeación, organización, dirección y control; pero en casos diferentes pueden tomarse en cuenta actividades de prioridad crítica y procesos estratégicos.

II.3) Evaluación de la eficacia administrativa.

Los siguientes cuadros muestran las funciones que hacen y no hacen eficaz a cada uno de los departamentos que conforman a este sistema administrativo. La información que contienen ha sido tabulada conforme a la información obtenida a través de los cuestionarios, entrevistas y evaluaciones del desempeño.

DEPARTAMENTO	PLANEACION		ORGANIZACION		DIRECCION		CONTROL	
	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz
Patrimonio		X	X		X			X
Compras		X	X			X	X	
Contabilidad		X		X	X		X	
Recursos humanos		X		X		X		X
Total		4	2	2	2	2	2	2

Cuadro 4-3. Eficacia en la administración funcional del hospital HLLCAV.

DEPARTAMENTO	PLANEACION		ORGANIZACION		DIRECCION		CONTROL	
	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz
Rayos X		X		X		X		X
Emergencia	X		X		X		X	
Consulta externa		X	X		X			X
Medicina		X	X		X			X
Maternidad		X	X		X		X	
Pediatría		X	X		X		X	
Laboratorio	X		X		X		X	
Farmacia	X			X	X		X	
Total	3	5	6	2	7	1	5	3

Cuadro 4-4. Eficacia en la administración de servicios médicos del hospital HLLCAV.

DEPARTAMENTO	PLANEACION		ORGANIZACION		DIRECCION		CONTROL	
	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz
Alimentos	X			X		X	X	
Lavandería		X		X	X			X
Mantenimiento		X		X		X		X
Almacén		X	X			X	X	
Total	1	3	1	3	1	3	2	2

Cuadro 4-5. Eficacia en la administración de servicios no médicos del hospital HLLCAV.

	PLANEACION		ORGANIZACION		DIRECCION		CONTROL	
	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz	Eficaz	No eficaz
Gerencia general		X		X	X			X
Total		1		1	1			1

Cuadro 4-6. Eficacia administrativa por parte de la gerencia del hospital HLLCAV.

II.4) Interpretación de la eficacia en los diferentes sistemas administrativos.

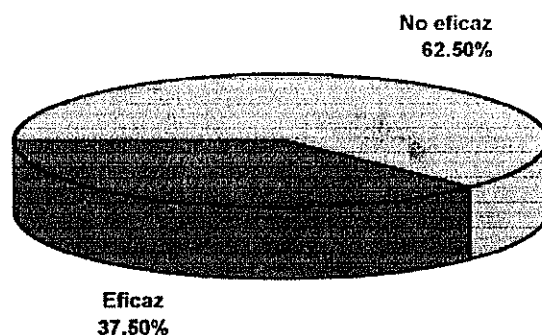
Los cuadros anteriores nos serán de mucha utilidad para realizar la determinación cuantitativa de la eficacia individual en cada uno de los sistemas administrativos y la general que corresponde a uno de los objetivos de este documento. Quizá ésta parte sea la más importante para los administradores, ya que del resultado del análisis se podrá determinar si están cumpliendo sus funciones eficazmente.

Administración funcional.

Resultados:

Función	Eficaz	No eficaz
Planeación	0	4
Organización	2	2
Dirección	2	2
Control	2	2
Total	6	10

Tabla 4-2. Resultados totales de la eficacia en la administración funcional del hospital HLLCAV.



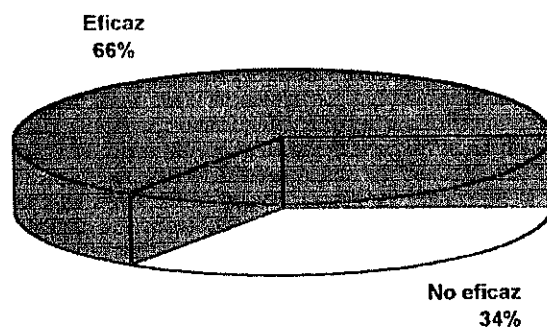
Gráfica 4-1. Porcentajes de eficacia en la administración funcional del hospital HLLCAV.

Administración de servicios médicos.

Resultados:

Función	Eficaz	No eficaz
Planeación	3	5
Organización	6	2
Dirección	7	1
Control	5	3
Total	21	11

Tabla 4-3. Resultados totales de la eficacia en la administración de servicios médicos del hospital HLLCAV.



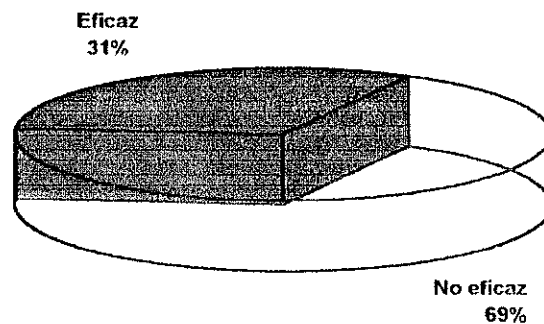
Gráfica 4-2. Porcentajes de eficacia en la administración de servicios médicos del hospital HLLCAV.

Administración de servicios no médicos.

Resultados:

Función	Eficaz	No eficaz
Planeación	1	3
Organización	1	3
Dirección	1	3
Control	2	2
Total	5	11

Tabla 4-4. Resultados totales de la eficacia en la administración de servicios no médicos del hospital HLLCAV.



Gráfica 4-3. Porcentajes de eficacia en la administración de servicios no médicos del hospital HLLCAV.

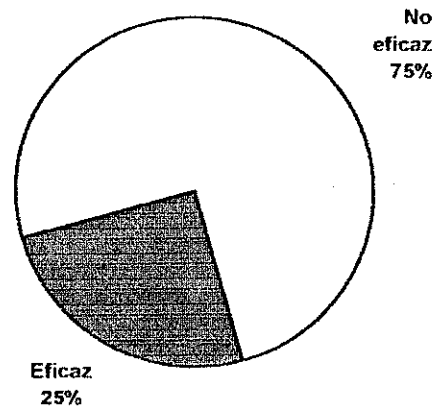
Administración General.

Resultados:

a) En las funciones individuales:

Función	Eficaz	No eficaz
Planeación	0	1
Organización	0	1
Dirección	1	0
Control	0	1
Total	1	3

Tabla 4-5. Resultados totales de la eficacia en la administración general del hospital HLLCAV. (Tabla 1)



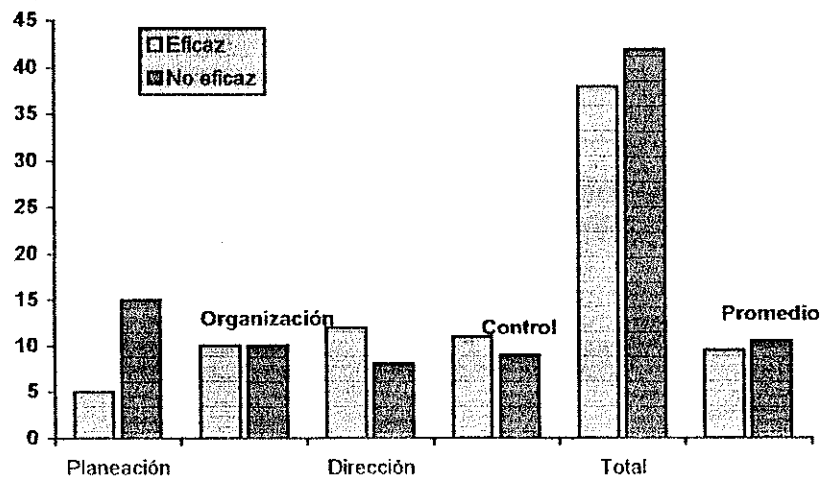
Gráfica 4-4. Porcentajes de eficacia en la administración general del hospital HLLCAV. (Gráfica 1)

Esta gráfica indica la efectividad administrativa de la gerencia del hospital regional de Cobán en el desarrollo de sus actividades como sistema administrativo individual, es decir, sin considerar la administración integrada, de los otros tres sistemas administrativos.

b) En la administración integrada de los sistemas administrativos médicos, no médicos y funcionales:

Función	Eficaz	No eficaz
Planeación	5	15
Organización	10	10
Dirección	12	8
Control	11	9
Total	38	42

Tabla 4-5. Resultados totales de la eficacia en la administración general del hospital HLLCAV. (Tabla 2)



Gráfica 4-4. Porcentajes de eficacia en la administración general del hospital HLLCAV. (Gráfica 2)

II.5) Resumen .

Del análisis gráfico efectuado anteriormente se puede resumir lo siguiente:

1. **No hay eficacia** en la **administración de los servicios funcionales**, especialmente en la función planeación; esto puede ser la causa de la no eficacia en las otras funciones. Es importante señalar que la ineficacia en este sistema administrativo influye en los otros sistemas y disminuye su eficacia administrativa o incluso llega a ser ineficaz en algunas funciones.

De este sistema administrativo, sobresalen los departamentos menos eficaces:

El departamento de personal o recursos humanos y el departamento de patrimonio.

2. **Hay eficacia** administrativa, pero en un grado regular en el **sistema administrativo de servicios médicos**. Cabe señalar que de los sistemas analizados es el único que posee cierto grado de eficacia administrativa.

Departamentos menos eficaces:

Rayos X y pediatría.

Departamentos más eficaces:

Laboratorio y farmacia.

3. **No hay eficacia** administrativa en el **sistema administrativo de servicios no médicos**. Este sistema está grandemente influenciado por la administración funcional y ello es la causa de su ineficacia.

Departamentos con menos eficacia:

Mantenimiento.

4. **No hay eficacia a nivel administrativo general.** El análisis gráfico mostró los niveles de eficacia individual e integrado para la administración gerencial o general del hospital regional de Cobán; los datos son contundentes y permiten llegar a esta conclusión.

Fase C:

Conclusiones generales

1. El hospital carece de objetivos, políticas, metas procedimientos, programas y reglas bien definidas, por lo que su función de planeación no se está aplicando en forma eficiente; esto se refleja individualmente en cada uno de los departamentos.
2. La organización del hospital no está bien estructurada. Ninguno de los departamentos tiene definida su propia estructura, no están definidas las funciones de cada puesto por escrito, tampoco las normas de trabajo, ni el reglamento interno de trabajo.
3. La motivación de los empleados no se ha considerado a nivel general; esto puede ser la causa del surgimiento de problemas de trabajo especialmente en los niveles operativos.
4. El hospital cuenta con varios departamentos que requieren de personal para realizar las actividades en forma más eficiente, controlable y satisfactoria. Es el caso de departamentos como el de rayos X donde se necesita readecuar los horarios de trabajo y reubicar a un nuevo empleado, así como el departamento administrativo conformado por patrimonio, personal, contabilidad y compras donde se necesita personal para actividades secretariales.
5. Dentro del hospital no existe un estricto control de las entradas y salidas del personal en general; esto podría ser la causa de muchas de las faltas o abandonos temporales de las actividades de trabajo en algunos de los departamentos.
6. Existe un gran porcentaje de equipo médico, especialmente de diagnóstico, que puede ser reparado, y el cual está inactivo por falta de personal, especializado para su reparación.
7. Existen iniciativas dentro de algunos de los departamentos que podrán ayudar a mejorar la calidad de servicio del hospital; dentro de éstas están la implementación de un sistema de control de calidad en el Departamento de Laboratorio, la implementación de un sistema de control de medicamentos UNIDOSIS en el departamento de farmacia, la implementación de un programa

de capacitación docente interno para los empleados de enfermería, y la formación de la videoteca para la proyección de material audiovisual, especialmente médico y administrativo.

Conclusiones específicas

1. El departamento de mantenimiento no posee un área determinada para llevar a cabo las tareas de reparación y mantenimiento; no existe una subdivisión en el taller para los diferentes trabajos, y el lugar actual donde se lleva el mantenimiento no tiene las condiciones adecuadas para efectuar los trabajos.
2. El procedimiento utilizado en la realización de las compras no es muy eficiente, ya que muchas veces los suministros llegan tarde. Además, no se manejan políticas para la planificación con base en las existencias para la adquisición de los insumos.
3. El Departamento de Servicios Médicos de Pediatría tiene un buen sistema de motivación para sus empleados, dentro de los cuales se pueden mencionar: el establecimiento de metas comunes dentro del departamento y las reuniones del personal tanto médico como operativo, con un psiquiatra para realizar dinámicas de grupos.
4. El Departamento de rayos X no tiene un sistema de turnos operativos bien establecido y las normas de seguridad de trabajo no se encuentran muy bien definidas.
5. El hospital cuenta con número aceptable de camas y además existen otras que se pueden reparar.
6. El Departamento de Compras no utiliza la licitación de proveedores para establecer los contratos de compras.
7. La coordinación de los departamentos relacionados con la administración como compras, personal, contabilidad y patrimonio no se encuentran bien coordinados, además de no contar con personal secretarial.

8. La mayoría de los inventarios manejados en los departamentos como almacén, alimentos y compras no tienen políticas de manejo, ni planeación de requerimientos.
9. Gran parte de los conflictos que ocurren en los departamentos de servicio se desarrollan dentro del personal operativo.
10. El departamento de personal no realiza ciertas funciones que le corresponden, como: la presentación de los nuevos empleados con sus compañeros de trabajo y la descripción de las funciones de los puestos de trabajo.
11. El departamento de emergencia está bien organizado y cuenta con las instalaciones adecuadas para la atención de cualquier tipo de urgencia médica.

Recomendaciones generales

1. La dirección deberá de ser rectora en el planteamiento de un programa para la organización de cada uno de los departamentos y establecer, dentro de un documento administrativo, los siguientes puntos:
 - a) Los objetivos del departamento, deben ser congruentes con los objetivos generales del hospital y se deben formular en presencia de la mayoría de los miembros de cada uno de los departamentos o con representatividad en dado caso.
 - b) Las políticas del departamento.
 - c) Las normas y/o reglas del departamento.
 - d) Debe haber un manual de los principales procedimientos aplicados dentro de cada departamento.
 - e) Es necesario contar con planes, proyectos y programas para el futuro dentro del departamento.
 - f) Se necesita la descripción de cada uno de los puestos en cada departamento, con aspectos como funciones, actividades que se realizan, cuántas personas las realizan y qué funciones se pueden implementar o quitar para mejorar la eficiencia en el trabajo.
 - g) La elaboración de un organigrama en cada departamento, por pequeño que sea, es importante para visualizar la jerarquía de actividades y puestos dentro de cada departamento, además, puede servir como base para la modificación del organigrama general del hospital.
 - h) Debe haber un procedimiento de control sobre el personal en cada departamento para evaluar la asistencia, capacidad para elaborar las funciones, y cumplimiento de las tareas asignadas.
 - i) Es conveniente incluir un sistema de reuniones planificadas, por lo menos cada 2 meses, para la discusión y solución de los principales y más frecuentes problemas dentro del trabajo; en estas reuniones, se deberá reportar, directamente a la dirección, los puntos importantes que hayan sido tratados.
 - j) Se debe implementar un programa de priorización de problemas en cada departamento. En este programa, se deberán describir y reportar mensualmente los problemas, por mínimos que sean, en orden prioritario de

importancia, y su respectiva frecuencia; también se deberán de incluir sus soluciones, las cuales serán expresadas en forma grupal en las reuniones; éstas se harán llegar en forma de reporte a la dirección. Esto permitirá priorizar en la dirección los principales problemas que afronta cada departamento, para iniciar las soluciones en la forma más rápida posible.

2. Se debe implementar y fomentar los programas de capacitación a todos los empleados del hospital. Esto es con la intención de elevar los niveles culturales y de conocimiento en el trabajo a cada uno de los miembros del hospital.
3. Es necesario implementar en la dirección del hospital un liderazgo autocrático y participativo para el cumplimiento de las políticas, funciones de trabajo y normas establecidas dentro del mismo.
4. Hay que implementar un sistema de control de entradas y salidas para todo el personal que labora dentro de las instalaciones del hospital. Esto permitirá tener mayor control sobre las personas empleadas en la institución, y evitar los abandonos temporales de sus actividades.
5. Se debe implantar la VIDEOTECA MEDICA; esto es con el fin de poder discutir y descubrir nuevas técnicas y adelantos en la medicina moderna, y poder realizar jornadas y conferencias dentro del hospital, que permita elevar la calidad del servicio hospitalario. Para esto, es necesario la adquisición de un televisor, una videocasetera, un retroproyector y un proyector de diapositivas.
6. Hay que implantar un sistema de computación por medio de redes. Esto permitirá el control eficaz de todos los inventarios que son manejados en el hospital, la elaboración de planes, proyectos y presupuestos cambiables, la elaboración de memorándums, el control estadístico de la producción anual del hospital, el pronóstico de la demanda hospitalaria para cada departamento de servicio, y por consecuencia la planificación de adquisición de medicamentos, la codificación de exámenes de laboratorio para obtener mayor control en los diagnósticos, y muchas otras aplicaciones que se pueden implementar. Para esto, es necesario la adquisición de por lo menos 5 terminales y un servidor con su respectivo cableado de red.

7. Se debe modificar e implantar, un programa de los horarios de trabajo que se utilizan dentro de los hospital. Esto permitirá una mayor coordinación dentro del personal del hospital.

Recomendaciones específicas

1. Proporcionar al departamento de mantenimiento las instalaciones que actualmente ocupa la Unidad de tratamiento del cólera UTC; instalaciones que anteriormente fueron organizadas para el departamento de mantenimiento.
2. Revisar los procedimientos y procesos empleados en las compras, para que se realicen con mayor rapidez y lleguen a tiempo a los lugares donde se necesiten.
3. Utilizar en reuniones generales interdepartamentales los servicios del psiquiatra que labora en el departamento de pediatría, para que oriente las actividades de fijación de metas comunes y motivación grupal.
4. Modificar el sistema de jornadas de trabajo para el personal del departamento de rayos X, y crear el manual de seguridad en el departamento. Una buena opción para la jornada de trabajo sería laborar en turnos rotativos de 12 horas cada día, es decir, de 8:00 AM a 8:00 PM, y el segundo turno de 8:00 PM a 8:00 AM, en vez de los turnos únicos de 24 horas diarias. Otra opción aún mejor es de una nueva contratación para el departamento, para distribuir mejor los turnos y el reemplazo del puesto, cuando alguno de los trabajadores se encuentre de vacaciones.
5. Que se realice un programa anual de mantenimiento para las camas descompuestas del hospital, y así contar con un buen número en la capacidad de servicio.
6. Efectuar licitaciones de precios para los proveedores cada año para poder escoger la mejor opción en el suministro de los insumos.
7. Que se incluya a una persona para que realice funciones secretariales en el área administrativa, y se pueda coordinar de mejor forma a los departamentos de compras, contabilidad, patrimonio y personal.

8. Realizar un programa de capacitación sobre manejos de inventarios dirigido a los departamentos de farmacia, almacén, alimentos , mantenimiento y compras.

9. Realizar evaluaciones del desempeño en los departamentos donde surjan un gran número de conflictos en el nivel operativo, y tomar medidas mas autocráticas en su comportamiento.

10. También se recomienda la participación de personal Epesista(EPS) en la implementación de programas, especialmente en los departamentos de laboratorio y farmacia.

El programa de cambio recomendado

Cuando se trata de instituciones estatales, es el gobierno y sus ministerios los entes encargados de coordinar cualquier cambio brusco o radical en los sistemas administrativos. Sin embargo, en este caso, el hospital tiene la opción de implementar sus medidas de cambio a fin de lograr una mejor administración.

Los puntos recomendados incluyen el establecimiento y puesta en práctica de todas las recomendaciones que se describieron anteriormente, sin embargo, se debe priorizar las más críticas y considerar el presupuesto de que se dispone para su implementación, así como el tiempo disponible y planeado para lograr los resultados esperados.

Dentro de las acciones prioritarias que se podrían implementar en los primeros 6 meses, están las siguientes:

1. **La recomendación general número 1.** La creación del manual de organización en cada uno de los departamentos.
2. **La recomendación general número 4.** La implementación de un sistema de control de entradas y salidas de las instalaciones del hospital.
3. **La recomendación general número 7.** La reorganización de los horarios de trabajo en cada departamento.
4. El punto del departamento de rayos X referente al sistema de horarios de trabajo.
5. La reorganización del Departamento de Mantenimiento y su reubicación dentro del hospital.
6. El fomento de practicantes epesistas de las áreas de farmacia, para la implementación de nuevos sistemas de control, y programas de modernización y actualización en diagnósticos de laboratorio.

Posteriormente o conjuntamente en algunos departamentos se puede ir implementando las demás recomendaciones en los siguientes 6 meses.

CONCLUSIONES

1. Es evidente la realidad que se vive en los sistemas administrativos estatales, cuando se observa un ambiente poco controlable en la aplicación de la teoría administrativa, y cuando se puede observar que los conocimientos y conceptos que se aprenden dentro de una carrera universitaria no se aplican o no son conocidos por las personas que deben de aplicarlos en las áreas respectivas.
2. En Guatemala, la realidad que se vive dentro de los hospitales estatales muestra una gran escasez de recursos, especialmente de médicos, personal de enfermería y personal operativo, además de carecer medicinas y políticas presupuestarias más reales. Esto es debido, en su mayoría, al presupuesto asignado a cada institución, ya que en muchos de los rubros y/o renglones en que es dividido trimestralmente, no se cubren las necesidades de la demanda real de cada uno de los hospitales.
3. Por último, se puede concluir que es al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el ente encargado de fomentar y/o supervisar las iniciativas de cambio en pro del mejoramiento de la salud en Guatemala.



RECOMENDACIONES

1. Los sistemas de salud en un nivel general, sin importar su fin, deberán de implementar en los próximos años un nuevo y más moderno sistema administrativo; planear y controlar mejor sus actividades, y centralizar sus metas hacia una visión más realista dentro del contexto del desarrollo de la salud.
2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe desarrollar mejor su política de asignación de presupuestos, con el fin de priorizar de mejor manera los hospitales y centros de salud que tiene escasez de recursos.
3. Es conveniente que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desarrolle actividades de capacitación y actualización de procedimientos en cada uno de los hospitales y centros de salud, con el fin de mejorar constantemente la calidad de atención.
4. Hay que implementar un sistema de selección y reclutamiento para el personal que labora en cualquier institución de salud del sector estatal, con el fin de mejorar la calidad del recurso humano y por consecuencia la calidad de los sistemas de salud.

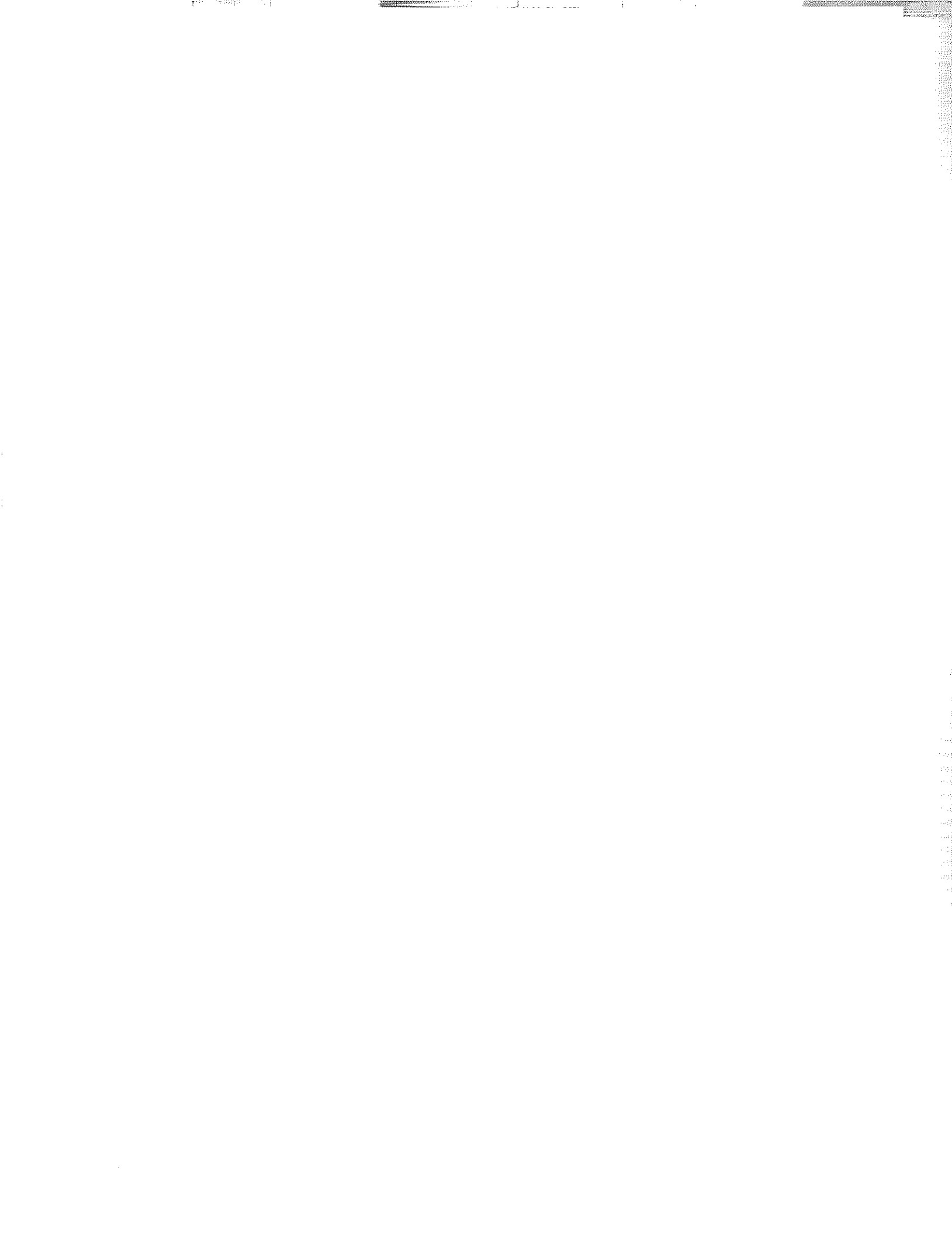


BIBLIOGRAFIA

1. BARQUIN, Manuel. Dirección de hospitales, planeación, administración y organización. 2a. edición. México: Editorial Interamericana, 1967.
2. CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. 3a. edición. México: Editorial McGraw-Hill, 1988.
3. FERNANDEZ ARENA, Jose Antonio. La auditoría administrativa. 2a. edición. México: Editorial Diana, 1994.
4. FLEITMAN, Jack. Evaluación integral. 1a. edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1994.
5. KOONTZ, Harold. et. al. Administración. 9a. edición. México: Editorial McGraw-Hill, 1990.
6. KOONTZ, Harold. et. al. Curso de administración moderna. 6a. edición. México: Editorial McGraw-Hill, 1991.
7. NIEBEL, Benjamin. Ingeniería industrial. 3a. edición. México: Editorial Alfaomega, 1990.
8. ROBBINS, Stephen P. Administración teoría y práctica. México: Editorial Prentice-Hall, 1987
9. ROMERO PEREZ, Jose Huaile. La evaluación del desempeño y su relación con la productividad. (tesis: Facultad de Ingeniería, Universidad de San Carlos de Guatemala), 1995.
10. STONER, James. et. al. Administración. 5a. edición. México: Editorial Prentice Hall, 1994.
11. THIERAUF, Robert J. Auditoría administrativa. México: Editorial Grupo Noriega, 1994.
12. HOSPITAL REGIONAL DE COBAN, A.V. Informe estadístico del Hospital Regional de Cobán 1996. Guatemala: s.p.i, 1996.
13. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Nuestro compromiso con la salud. Guatemala: Mimeografo del MSPAS, 1991.

14. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. La red de establecimientos del MSPAS. Guatemala: Unidad de informatica de la Dirección General de Servicios de Salud, 1995.
15. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Estudio básico del sector salud. Publicación No. 4. Guatemala: Publicaciones científicas y técnicas de la OPS, 1991.
16. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Análisis de la situación de salud por regiones. Guatemala: Publicaciones científicas y técnicas de la OPS, 1992.

ANEXOS



ANEXO 1

RESUMENES DE INFORMACION PARA UNA INSTITUCION HOSPITALARIA

<u>Fecha:</u>	<u>Persona que aporto la información:</u>	<u>Area evaluada:</u>
<u>Dpto. evaluado:</u>	<u>Método de obtención de la información:</u>	

Puntos importantes	Problemas en general	Problemas de índole menor	Problemas críticos

ANEXO 2

1. CUESTIONARIOS QUE SE PUEDEN UTILIZAR EN LA EVALUACION DE LOS HOSPITALES ESTATALES

1.1 Cuestionario para el nivel directivo y administrativo

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

INSTRUCCIONES: a continuación, se presentan un grupo de preguntas clasificadas en forma administrativa; conteste marcando con una X donde lo considere. Hay tres opciones SI, NO y S.R(no aplicable).

Aquella respuestas que indiquen un no, deberán se explicadas.

I. PLANEACIÓN

a) OBJETIVOS

- | | SI | NO | S.R |
|---|-------|-------|-------|
| 1. ¿Se encuentran los objetivos generales y sociales del hospital por escrito? | _____ | _____ | _____ |
| 2. ¿Están definidos los objetivos del hospital en todos los niveles? | _____ | _____ | _____ |
| 3. ¿Están adaptados los objetivos a la cultura del personal y el medio de trabajo? | _____ | _____ | _____ |
| 4. ¿Son los objetivos consistentes en relación con las expectativas nacionales y regionales? | _____ | _____ | _____ |
| 5. ¿Existe una clara comprensión y aceptación por parte de todas las personas que los deben de aplicar? | _____ | _____ | _____ |
| 6. ¿Quiénes son los encargados de formular los objetivos? | _____ | _____ | _____ |
| • ¿MSPAS? | _____ | _____ | _____ |
| • ¿La dirección del hospital? | _____ | _____ | _____ |
| • ¿Los empleados en general? | _____ | _____ | _____ |
| 7. ¿Son susceptibles de medir los objetivos? | _____ | _____ | _____ |
| 8. ¿Tiene el hospital la disponibilidad de formular sus propios objetivos? | _____ | _____ | _____ |

b) PLANES

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 1. ¿Se conoce y se aplica la planeación estratégica en el hospital? | _____ | _____ | _____ |
| 2. ¿Se ha logrado satisfacción en el cumplimiento de planes anteriores? | _____ | _____ | _____ |
| 3. ¿Hay conocimiento por parte de todos los | _____ | _____ | _____ |

miembros del hospital de que se tienen planes en seguimiento?

4. ¿Son divulgados los planes de trabajo antes de su inicio?

_____	_____	_____
_____	_____	_____

c) PROGRAMAS

1. ¿Existen programas dentro del hospital?

2. ¿Quiénes participan en la iniciativa de la formación de programas, especialmente en el área de salud preventiva?

• ¿MSPAS?

• ¿El hospital?

• ¿La comunidad?

• ¿Entidades internacionales?

3. ¿Existe alguna comisión o departamento encargado de formular y dar seguimiento a los programas orientados a la salud?

4. ¿El gobierno a través del MSPAS brinda los programas adecuados para fomentar la salud en la comunidad?

5. ¿Participa la Dirección General del Hospital en iniciativas de nuevos programas?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

d) POLITICAS

1. ¿Existen políticas generales dentro del hospital?

2. ¿Están bien definidas estas políticas y están por escrito?

3. ¿Hay políticas en cada departamento ?

4. ¿Son violadas las políticas con bastante frecuencia?

5. ¿Se revisan, modifican y mejoran las políticas en cada departamento?

6. ¿Son comunicadas las políticas en buena forma cuando son nuevas?

7. ¿Son tomados en cuenta los empleados en la formulación de las políticas?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

e) PRESUPUESTOS

1. ¿El presupuesto del hospital es asignado por el gobierno y se hace en forma?

• ¿Mensual?

• ¿Trimestral?

• ¿Anual?

• ¿Otra?

2. ¿Participa la dirección del hospital en la elaboración del presupuesto que le es asignado?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. ¿Se considera suficiente el presupuesto que maneja el hospital, para el logro de todas sus funciones, planes y programas?

4. ¿Se ha incrementado el presupuesto, en comparación con el del año anterior?

f) REGLAS

1. ¿Existen reglas generales en el hospital y son cumplidas con satisfacción?

2. ¿Cada uno de los departamentos tienen sus propias reglas independientes y no provocan conflictos con las de otros dptos.?

3. ¿Las reglas generales son formuladas por el consejo directivo y las específicas por los encargados de cada uno de los departamentos?

4. Las reglas son revisadas cuando hay

- ¿Conflictos departamentales?
- ¿Gran porcentaje de violaciones?
- ¿Necesidad de modificarlas y actualizarlas?
- ¿Nunca?

5. ¿Las nuevas reglas se comunican de una forma adecuada antes de su iniciación?

g) PROCEDIMIENTOS

1. ¿Existen procedimientos en el hospital?

2. ¿Se aplican y son eficientes los procedimientos del hospital?

3. ¿Los procedimientos existentes cuentan con un manual o folleto?

4. ¿Se han modificado anteriormente los procedimientos para mejóralos y que sean mas eficientes?

5. ¿Se han dado a conocer en forma correcta los procedimientos existentes al personal que debe de aplicarlos?

6. ¿Son utilizadas las formas(hojas de registro) en algunos procedimientos?

II. ORGANIZACION.

a) ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1. ¿La estructura organizativa del hospital, jerarquización de puestos, líneas de mando y asignación de tareas están bien definidas?

2. ¿Se posee de un organigrama bien definido y está

b) MOTIVACION

SI NO S.R

- 1. ¿Posee el hospital alguna política de automotivación para sus empleados? _____
- 2. ¿Conoce la administración del hospital alguna teoría sobre el comportamiento de sus empleados? _____
- 3. ¿Se ha considerado que la motivación de los empleados puede influir en su manera de trabajar? _____
- 4. ¿Se considera dentro del hospital tener un ambiente adecuado para motivar a sus empleados? _____

c) LIDERAZGO

- 1. ¿Posee el hospital personas que puedan catalogarse como líderes? _____
- 2. ¿Dentro del hospital se ejerce un liderazgo:
 - ¿Participativo? _____
 - ¿Autoritario? _____
 - ¿Independiente? _____
- 3. ¿Utiliza con frecuencia la dirección del hospital su posición de liderazgo para delegar su autoridad y solucionar conflictos? _____
- 4. ¿Conoce o maneja la dirección del hospital alguna teoría sobre el liderazgo en la practica? _____

d) TOMA DE DECISIONES

- 1. ¿Se encuentran perfectamente capacitados los encargados de cada uno de los departamentos para tomar buenas y efectivas decisiones? _____
- 2. ¿Se han utilizado o se utilizan algunas de estas herramientas para la toma de decisiones dentro del hospital?
 - ¿Pasos básicos? _____
 - ¿Juicio personal? _____
 - ¿Análisis científico? _____
 - ¿Análisis subjetivo? _____
- 3. ¿Se ha utilizado el consenso y la formación de grupos para la toma de decisiones? _____
- 4. ¿Se han logrado resultados satisfactorios en las decisiones que han sido tomadas con anterioridad? _____

e) MANEJO DE CONFLICTOS

- 1. ¿Cuando surgen conflictos que puedan afectar las relaciones entre departamentos, participa la dirección en la solución de los mismos? _____
- 2. ¿Se han resuelto de la mejor manera siempre los problemas? _____
- 3. ¿Qué tipo de medidas se toman en el manejo de _____

los conflictos, especialmente con los empleados?

- ¿Reportes escritos?
- ¿Actas?
- ¿Suspensiones temporales?
- ¿Destitución del puesto?
- ¿Reasignación de puestos?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IV.CONTROL

1. ¿Posee el hospital un seguimiento y control sobre sus planes y programas cuando son ejecutados(control directivo)?
2. ¿Se le da importancia al control dentro del hospital?
3. ¿Posee el hospital un buen control sobre su personal de trabajo?
4. ¿Se utiliza el control para la formulación de actividades de educación en materia de salud a la comunidad?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1.2 Cuestionario para las áreas encargadas del recurso humano

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

1. ¿Existe un programa de reclutamiento y selección de personal establecido en el hospital?
2. Si su respuesta anterior fue sí, describa brevemente este proceso
3. ¿Son verificados los antecedentes de los empleados antes de contratarlos?, quienes lo hacen?
4. ¿Se practica algún examen médico al personal en el proceso de selección?
5. ¿Se hacen pruebas psicométricas?
6. ¿Se capacita a los empleados?, ¿de qué manera?
7. ¿Se cuenta con un programa de inducción para el personal nuevo?
8. ¿Se tienen estudios de análisis de puestos?
9. ¿Cómo se desarrollan los puestos de los niveles directivos dentro del hospital?
10. ¿Se presenta al personal nuevo con sus todos sus compañeros de trabajo y se les muestran las instalaciones?
11. Tiene el departamento de personal a su cargo el procedimiento de selección del personal nuevo respecto a:
 ¿médicos?, ¿personal de enfermería?, ¿personal operativo en general?
12. ¿La dirección es la encargada de la contratación de los nuevos empleados?
13. ¿Se les da a conocer ampliamente la funciones y actividades del puesto a cada empleado?
14. ¿Se utilizan expedientes de registro para cada empleado del hospital?, de que tipo?, se manejan los
 antecedentes en ellos?
15. ¿Contienen estos expedientes, las fechas de ingreso, categorías, faltas , permisos y observaciones?
16. ¿Cómo se lleva el registro de inasistencias?, faltas? e incapacidades?
17. ¿Cuál es el procedimiento para obtener permisos, faltas y vacaciones?, describalo brevemente.
18. ¿Existe algún programa de actividades sociales, culturales o deportivas donde se relacionan los empleados con todos los miembros del hospital?
19. ¿Cómo se controla la entrada y salida del personal de las instalaciones del hospital?
20. ¿Se cuenta con un reglamento interno de trabajo debidamente registrado?
21. ¿Está a la vista del personal?
22. ¿Qué procedimiento se sigue para la asignación de vacaciones?
23. ¿Existe sindicato o acción de grupo solidario?, quién se encarga de las relaciones con ellos?
24. Si existe sindicato o varios ¿con cuál de ellos se tiene establecido y firmado legalmente el contrato del
 pacto colectivo de condiciones de trabajo?

25. ¿Hay programas de capacitación y/o desarrollo del personal?, en que niveles?, con que frecuencia?
26. ¿Le otorga el hospital algún tipo de servicio médico a sus trabajadores?

1.3 Cuestionario para las áreas de mantenimiento

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

1. Se dispone para cada máquina y cada equipo, un programa de mantenimiento:
¿Preventivo?, ¿correctivo?, ¿están actualizados?
2. El mantenimiento en general es proporcionado por personal:
¿Externo?, ¿interno?, ¿ambos?
3. ¿Existen contratos de mantenimiento con instituciones ajenas al hospital?
4. Existen repuestos y refacciones para el equipo y maquinaria en forma:
¿Local?, ¿nacional?, ¿internacional?
5. En caso de descompostura del equipo y maquinaria crítica, ¿existen repuestos sustitutos, o equipo sustituto en otras instalaciones del hospital?
6. Existe un buen control de las reparaciones u operaciones de mantenimiento preventivo que se ejecutan
dentro del departamento de mantenimiento?
7. ¿Se lleva el control estadístico de las fallas que ocurren y reparaciones que se realizan con mas frecuencia?
8. Describa el funcionamiento actual del equipo y maquinaria mas importante del hospital
9. ¿Se cuenta con un programa de mantenimiento para las instalaciones del hospital?, con que periodicidad?
10. ¿Está dentro de las funciones del departamento la compra o fabricación de repuestos y la contratación de mecánicos o talleres?

1.4 Cuestionario para el área de adquisiciones o compras

DEPARTAMENTO DE COMPRAS O ADQUISICIONES

1. ¿Cómo esta definido el presupuesto del departamento?, quién lo planifica?, con que periodicidad?
2. ¿Existe un programa calendarizado para las adquisiciones de bienes de consumo como medicinas, equipo de oficina, alimentos, etc. ?
3. ¿Quiénes son los responsables de elaborar los presupuestos del departamento?
4. ¿Se cuenta con un catálogo actualizado de proveedores?

5. ¿Se analiza en cada compra las condiciones del mercado y los costos de manejo y transportación?
6. ¿Existe una buena coordinación entre el departamento de compras y los almacenes?
7. ¿Maneja el personal de compras la contabilidad y los registros de compras?
8. ¿Se comprueba que todos los proveedores sean fabricantes o comerciantes y no sólo intermediarios?
9. ¿Quién autoriza las compras?
10. ¿Antes de emitir los pedidos de compras se verifican las existencias en los almacenes o se lleva un procedimiento de control de los mismos?
11. ¿Quién elabora el pedido de compras?
12. ¿Hay adquisiciones directas en base al presupuesto calendarizado?
13. ¿Se le solicita cotización de precios a los diferentes proveedores?
14. ¿Se efectúan pagos anticipados a los proveedores?
15. Son verificadas las entregas en el almacén para constatar:
¿las cantidades del pedido?, ¿la calidad de artículos?

1.5 Cuestionario general para los departamentos de servicios médicos

PEDIATRIA, MEDICINA, EMERGENCIA, CIRUGIA, GINECOLOGIA, MATERNIDAD, RAYOS X, EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA Y OTROS SERVICIOS MEDICOS.

CUESTIONARIO GENERAL PARA LOS DEPARTAMENTOS DE LOS SERVICIOS MEDICOS

Planeación.

Objetivos:

1. ¿Existen objetivos dentro del departamento?, ¿están por escrito?
2. ¿Están bien definidos y difundidos?
3. ¿Están de acuerdo con los objetivos generales del hospital?

Planes:

1. ¿Existen planes dentro del departamento?, ¿a que plazos?
2. ¿Con qué grado de logro se encuentran?
3. ¿Quiénes son los encargados de formularlos?

Políticas:

1. ¿Existen políticas dentro del departamento?, ¿están bien definidas?

2. ¿Han sido difundidas a todo el personal?, son aceptadas?
3. ¿Con que frecuencia son violadas?
4. ¿Son susceptibles de mejoras?
5. ¿Se han revisado recientemente para mejorarlas?
6. ¿Se comunican de una manera adecuada las nuevas políticas?

Procedimientos:

1. ¿Existen procedimientos dentro del departamento?
2. ¿Existe algún manual que los describa por escrito?
3. ¿Lo(s) conocen todos los que deben de emplearlos?

Reglas:

1. ¿Existen reglas?
2. ¿Son efectivas?, con que frecuencia son violadas?
3. ¿Se pueden mejorar?, ¿cuando se revisan?

Organización.

Estructura:

1. ¿Cuenta el departamento con su propio organigrama?
2. ¿Se encuentran bien definidas las líneas de autoridad y responsabilidad?
3. ¿Existe la coordinación entre las actividades funcionales del departamento?
4. ¿Se ha variado la organización del departamento en los últimos 5 años?
5. ¿Existe dualidad de mando?

Dirección.

Comunicación:

1. ¿Existe una excelente comunicación dentro del departamento?
2. ¿Ha habido problemas dentro del departamento por falta de una buena comunicación?
3. ¿Qué métodos de comunicación son los mas utilizados dentro del departamento?
4. ¿Se les permite comunicar a los empleados sus diferencias en el ambiente de trabajo?

Motivación:

1. ¿Aplica el departamento alguna técnica de motivación para su personal?

2. ¿Se conoce alguna teoría sobre el comportamiento humano en el trabajo?
3. ¿Es el ambiente de trabajo del departamento un agente motivador para el personal en general?

Manejo de conflictos:

1. ¿Existen conflictos entre el personal del departamento?, entre quienes es mas frecuente?
2. ¿Cómo son solucionados estos conflictos?, quien es el mediador en su solución?
3. ¿Cuál es el tipo de conflicto más frecuente?, participa la dirección en la mediación de algunos conflictos?

2. Formato para las entrevistas preliminares

JEFES DE AREA Y/O DEPARTAMENTOS

PERSONA ENTREVISTADA: _____
PUESTO QUE OCUPA: _____

1. ¿Qué funciones tiene su puesto de trabajo?, ¿y su departamento?
2. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en este puesto?
3. ¿Qué puesto ocupaba anteriormente?
4. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en esta institución?
5. ¿Ha recibido capacitación y/o programas de entrenamiento externo durante el tiempo que lleva en su puesto?
6. ¿Cuántas personas se encuentran bajo su mando?
7. ¿Posee algún otro cargo en alguna otra institución?
8. ¿Tiene personal conflictivo o problemático en su mando?
9. ¿Se siente completamente satisfecho con su trabajo?
10. ¿Qué planes tiene para el futuro en el hospital?
11. ¿Se siente motivado por el ambiente que lo rodea?
12. ¿Qué anda mal en su trabajo, que a usted le inquieta?, que está mal en su departamento?, ¿y dentro del hospital?
13. ¿Qué propone para resolver esta situación?
14. ¿Con qué otros departamentos o personas tiene relación inmediata?

ANEXO 3

1. LISTAS PARA LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO

1.1 Formato para la escala de puntuación

Pondere según su criterio subjetivo, la puntuación de la persona evaluada, tomando los siguientes parametros de ponderación:

DE	-	A	PONDERACION	
10	-	9	puntos	Excelente
8	-	7	puntos	Muy bueno
6	-	5	puntos	Bueno
4	-	3	Puntos	Regular
2	-	0	Puntos	No muy bueno

Aspectos:	Ponderación
1. El grado de responsabilidad en el trabajo.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
2. La actitud ante las correcciones de sus acciones.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
3. El grado de confianza que se le tiene a la persona.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
4. La calidad de trabajo que realiza.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
5. Su puntualidad.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
6. Etica profesional.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
7. Su eficacia en la toma de decisiones	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
8. Capacidad para captar ideas y ponerlas en práctica	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
9. Creatividad	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()
10. Entusiasmo.	10() 9() 8() 7() 6() 5() 4() 3() 2() 1() 0()

1.3 FORMATO PARA LA LISTA DE VERIFICACION PONDERADA

Nombre: _____ Departamento: _____
 Puntuación: _____

INSTRUCCIONES:

1. Pase por alto sus sentimientos personales. Evalúe al empleado en forma sincera.
2. Recuerde casos que sean típicos de los actos y el trabajo del empleado.
3. Con sus propios juicios cuidadosos, marque la frase que describa al empleado en cada factor.
4. Si alguna de las cuestiones del factor no tiene relación con el empleado déjelo en blanco.
5. Marque completamente el cuadro que se ajuste a las descripciones del empleado en su trabajo.

FACTOR					
CALIDAD Desempeño al tratar de satisfacer las normas de calidad	Descuidado 4	Regular 8	Realiza un buen trabajo 12	Son raros los rechazos 16	Cantidad excelente y buena 20
CONOCIMIENTO DEL TRABAJO Comprensión de todas las fases de su trabajo	Experto en su trabajo y en otros 25	Experto pero sólo en su trabajo 20	Conoce el trabajo bastante bien 15	Necesita mejorar 10	Conocimientos inadecuados 5
CANTIDAD Producción de trabajo satisfactorio	Produce la cantidad que se requiere 8	Frecuencia en producción mayor 12	Lento 4	Excepcional y muy rápido 20	Realiza siempre más de lo esperado 16
CONFIABILIDAD Trabaja a conciencia siguiendo las instrucciones	No es necesario verificar su trabajo 20	Necesita poca verificación 16	Sigue las instrucciones 12	Requiere verificaciones frecuentes 8	Hay que hacer revisiones frecuentemente 4
INICIATIVA Piensa de modo constructivo y es emprendedor	Buenas decisiones y acciones pero requiere supervisión 9	Un mínimo de supervisión 12	Piensa y actúa de modo constructivo y sin mucha supervisión 15	Necesita de supervisión constantemente 3	Buenas decisiones - TRABAJADOR DE RUTINA- 6
CAPACIDAD DE ADAPTACION Capacidad para aprender y satisfacer las condiciones modificadas	Prefiere los métodos antiguos 3	Aprende con lentitud y es renuente ante los cambios 6	Capacidad normal 9	Le gustan los cambios 12	Aprende con rapidez 15
ACTITUDES Dispuesto a cooperar y responder a las peticiones	Buen trabajador en equipo 10	Cooperativo 8	Cooperación limitada 6	Resistencia pasiva 4	Poco cooperativo 2
ASISTENCIA Ausencias excesivas	De 2 a 3 días normalmente 6	De 1 a 2 días por lo regular 8	Nunca se ausenta 10	De 4 a 5 días 4	Más de 5 días 2
SEGURIDAD, ORDEN Y LIMPIEZA Cumplimiento de las reglas de seguridad, orden y limpieza	Muy ordenado y ambiente limpio y seguro 10	Lugar de trabajo limpio y seguro 8	Necesita algunas advertencias sobre la seguridad y el orden 6	Se le advierte con frecuencia sobre la seguridad y la limpieza 4	Lugar de trabajo sucio, y viola las reglas con mucha frecuencia 2
POTENCIALIDAD Capacidad para enseñar, dirigir y optar a nuevos puestos	No puede más 2	Su futuro es dudoso 4	Se desarrolla lentamente 6	Buen crecimiento en el futuro 8	Grandes posibilidades 10
PERSONALIDAD Capacidad para entenderse	Desagradable 2	Difícil de entenderse con él 4	Promedio razonable 6	Estimado y respetado 8	Personalidad muy agradable 10
CAPACIDAD DE SUPERVISION Calificación adicional, solo para supervisores o administradores operativos	Deficiencias en su planeación y organización 7	Supervisión inadecuada 14	Nada sobresaliente 21	Buena planeación y organización eficaz 28	Dirigente excepcional 35

Fuente: Lester R. Bittel, Lo que todo supervisor debe saber (2a. edición, México: McGraw-Hill, 1979)



ANEXO 4

1. ANALISIS SALUD-ENFERMEDAD Y ASPECTOS FISICOS Y DEMOGRAFICOS DE LA REGION II DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA

1.1 Características físicas y demográficas

La región Norte(II) comprende los departamentos de Alta y Baja Verapaz; colinda al norte con el departamento de Petén y la república de México; al sur con los departamentos de Guatemala, El Progreso y Zacapa, al este con Izabal y El Progreso y al Oeste con el Quiché.

Su extensión territorial es de 11,810 Km² que equivale al 10.45 % del total del país, se agrupan en este espacio geográfico 23 municipios. El departamento de Alta Verapaz es el de mayor extensión con 8,686 Km², Baja Verapaz cuenta con 3,124 Km². Fisiográficamente esta región posee tierras altas volcánicas, cristalinas y sedimentarias, y la depresión de Izabal. Su elevación varía de 940 a 1,313 m sobre el nivel del mar.

La población para 1994⁷⁰ era de 767,780 con una densidad promedio de 65 habitantes / Km². Por departamentos Alta Verapaz y Baja Verapaz tienen una densidad de 63 hab / Km² y 50 hab / Km² respectivamente.

La población es predominantemente rural, ya que el 84 % del total vive en las zonas aledañas a los lugares urbanos por lo regular lugares llamados como caseríos, cantones o parajes.

La región posee una gran cantidad de población indígena, en su mayoría monolingüe(80%) hablantes de las lenguas Achi, Cakchiquel, Pocomchi y principalmente Kekchi.

La distribución por grupo etareo es la siguiente:

Menores de 5 años	representan el 19% del total de la población
Menores de 15 años	representan el 52%
10 - 19 años	representan el 24 %

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Mientras que la población anciana solo representa el 5 %.

1.2 Situación salud

⁷⁰ Según el censo practicado por el INE en 1994.

A) Datos generales de mortalidad y morbilidad

La tasa de mortalidad en 1990 fue de 6.7 por cada mil habitantes; de las 5038 defunciones registradas ese año, el 50.4% corresponde al sexo femenino y el 49.6% al masculino. Se estima que fallecieron 102 mujeres por cada 100 hombres.

Las defunciones en el grupo de menores de 5 años representaron el 4% de todas la muertes y el de los menores de 1 año el 22%.

Un análisis determinó que el lugar de ocurrencia de los fallecimientos, se estableció en un 89% en el domicilio y un 8% en el hospital; el 47% fue certificado por un médico, el 37% por autoridad municipal y el 6% por personal empírico. En Alta Verapaz, el 68% de las defunciones fueron registradas por personal médico cifra que contrasta con el 26% de Baja Verapaz.

Las principales causas de defunción en 1990, según datos de la unidad de informática del DGSS fueron:

Enfermedad o causa de defunción	Por cada mil habitantes
Neumonía	1.18
Deficiencias de nutrición	1.18
Enfermedades infecciosas intestinales	0.93
Trastornos de los líquidos, electrolitos, equilibrio ácido-básico	0.50
Afecciones del período perinatal	0.40
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	0.40
Violencia, homicidio y lesiones infringidas intencionalmente	0.20
Enfermedades del corazón	0.20
Otras enfermedades respiratorias	0.12
Tuberculosis	0.12

Fuente: unidad de informática del la DGSS

El grupo menor de 5 años presentó una tasa de mortalidad de 15.01 por cada 1000 y el grupo de 65 años mas de 31.71.

Mientras que en 1995 el hospital Regional de Cobán registró como las 10 principales causas de defunciones las siguientes:

CAUSAS	Número	Porcentaje
1. Paro Cardio Respiratorio	18	8.57
2. Sepsis	15	7.14
3. Bronconeumonía	13	6.20
4. Prematurez de recién nacidos	10	4.76
5. Neumonía	10	4.76
6. Shock Séptico	8	3.81
7. Insuficiencia Cardíaca	6	2.86

8. Intoxicación	5	2.38
9. Desequilibrio Hidro Electrolítico	5	2.38
10. Desnutrición crónica del adulto	4	1.90
11. Resto de las causas	116	55.24

Fuente: Departamento de estadística del hospital Regional de Cobán, Alta Verapaz.

B) RED DE SERVICIOS DEL MSPAS EN 1994 PARA LA REGION II (ALTA Y BAJA VERAPAZ)

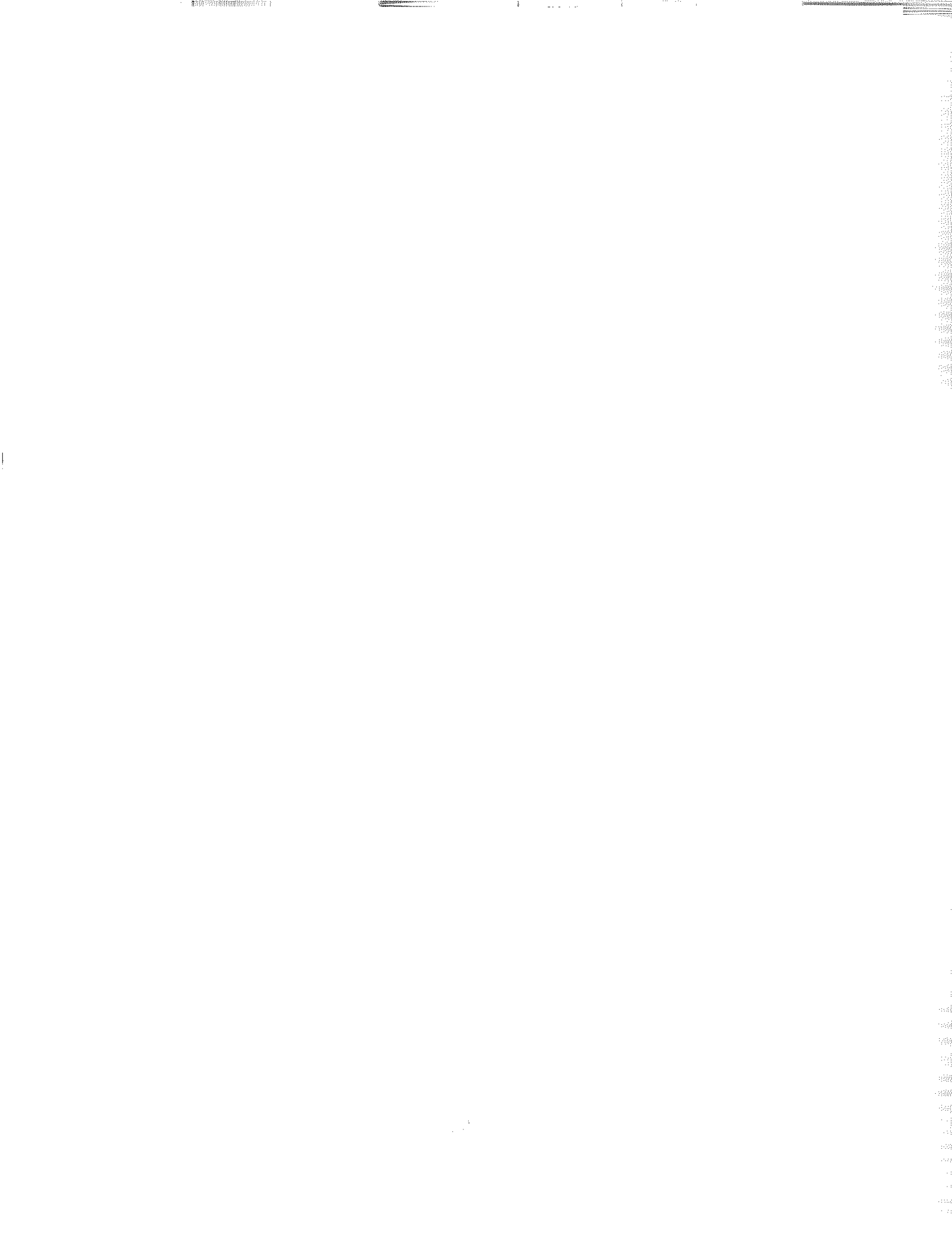
La red de servicios para el año 1994 en la Región II de Guatemala se muestra en la siguiente tabla:

Región y área de salud	Hospitales	Centros de salud A	Centros de salud B	Puestos de salud	Total de servicios
REGION II NORTE					
ALTA VERAPAZ	1	8	8	37	54
BAJA VERAPAZ	1	1	7	27	36
Total	2	9	15	64	90

Fuente: Organización Panamericana de la Salud(OPS)



APENDICES



APENDICE 1

1. PRONOSTICOS PARA LA APLICACION EN LOS SERVICIOS DE LOS HOSPITALES

Consideraciones:

1. Los pronósticos se hacen en forma anual y los datos de registro deben ser manejados mensualmente
2. Para la utilización de los métodos es necesario contar con un mínimo de 2 años de información el equivalente a 24 meses.

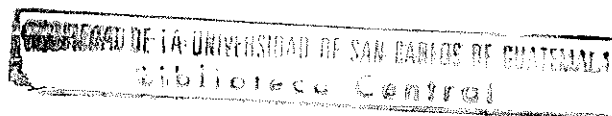
Pasos:

1. Tabular la información de la siguiente manera:

Meses	Datos del año 1	Datos del año2
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

2. Agregar una nueva columna con los incrementos o decrementos del año ocurridos entre los 2 períodos anuales para cada mes.

$$\text{Incremento} = \text{Dato del año 2} - \text{Dato del año 1}$$



3. Agrerar otra columna con los porcentajes incrementados en el año 2 respecto al año 1 para cada mes.

$$\% \text{Variación} = \text{Incremento} / \text{Dato del año 1}$$

4. Estimar el %Promedio de Variación.

$$\% \text{IncPromedio} = \frac{\sum_{i=1}^{12} (\% \text{Variación del mes } i)}{12}$$

5. Estimar el pronóstico, para el siguiente año.

$$\text{Pronóstico } i = (\text{Dato año 1}) * 0.2 + (\text{Dato año 2}) * (\% \text{IncPromedio} + 0.8)$$

Estas iteracciones se realizan con los datos de cada mes.