



**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y
ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, UAQ**



TÍTULO:

**Una Demanda de la Globalización: el acceso a los
Servicios de Salud como motor de desarrollo y de la
Responsabilidad Social en el País; contradicciones de las
Políticas de Salud.**

M. C. Sergio Moctezuma Zarazua [♥] 225 4548 smoctezuma@agsalud.com.mx

Dr. Jorge A. Ramos Martínez [▽] [223 58 94](tel:2235894) pupetvq@yahoo.com

5ème Congrès de l'ADERSE

**“TRANSVERSALITE
DE LA RESPONSABILITE SOCIALE DE L'ENTREPRISE”**

TEMÁTICA:

“Comportamiento de la empresa frente a sus empleados.

Grenoble, Francia, janvier 2008

[♥] **Sergio Moctezuma Zarazua**, Médico General por la Facultad de Medicina de la UAQ, Maestro en Ciencias en Dirección y Organización de Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, Director del Administradora General de Salud. S. C., profesor investigador de la FM y FCA, UAQ y candidato a Doctor por el sistema de Doctorado en Estudios Organizacionales UAM - UAQ.

[▽] **Jorge Alejandro Ramos Martínez**, es Ingeniero Industrial por el Instituto Tecnológico de Querétaro, Maestro en Administración por la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Querétaro, Director de Educación Continua Institucional, UAQ., profesor e investigador de la misma, Doctor en Estudios Organizacionales por el sistema de Doctorado en Estudios Organizacionales UAM - UAQ.

INTRODUCCIÓN

El mundo entero se encuentra inmerso en una discusión ética sobre el acceso a los servicios de salud, entrampados en una política pública, social, económica, basada en un falso discurso de la igualdad de oportunidades para todos, se enfrenta a una cruda realidad, la inequidad, la cual se ha convertido en nuestra sociedad junto con la pobreza en los grandes retos a vencer.

En el campo de la salud esta preocupación es manifestada por el director general de la Organización Mundial de la Salud, Lee Jong-wook, al plantear como objetivo lograr unos sistemas de salud capaces de responder a las necesidades, eliminar los obstáculos financieros a la atención y proteger a las personas de la pobreza.(1).

La exclusión de una persona o un núcleo social a los servicio de salud en todos los casos tiene una relación directa con la pobreza, esto desde luego se manifiesta en forma simple en la capacidad de compra de un individuo de satisfactores de salud, pero en términos sociales también se ve claramente, durante cualquier crisis económica en prácticamente cualquier país del mundo, los primeros programas que son recortados para realizar las correcciones económicas son los del sector social; salud, educación, asistencia social, vivienda entre otros, uno de los más sensibles a los recortes y en el que con más prontitud se puede ver los impactos del mismo es la salud, por ejemplo en la disminución de las tasas de vacunación y la consecuente reemergencia de padecimientos ya controlados, también la elevación de las tasas de mortalidad infantil o materno infantil como consecuencia de la falta de recursos para los programas de prevención y atención para este grupo de población. Desde luego este impacto manifiesta otra forma más de exclusión en los distintos estratos socioeconómicos de un pueblo, los más pobres mueren primero.

Algunos referentes.

Lamentablemente en nuestro país la desigualdad y la pobreza de grandes núcleos de nuestra población son constantes en nuestro devenir histórico, así desde hace más de dos siglos que Alexander Von Humbold (1803) caracterizara a México como “el país de la desigualdad”, éste sigue siendo uno de los países más desiguales del mundo. En contraste con aquel investigador pionero, hoy contamos con la información necesaria para ofrecer este juicio comparativo con relativa certeza: México presenta la decimotercera distribución más desigual entre 111 países. Mientras el 10% más pobre de la población participa en cerca del 1% del ingreso nacional, el 10% más rico percibe cerca del 40% del ingreso, y el 1% más rico percibe el 10%. Esta polarización extrema se observa no sólo en el ingreso, sino en las condiciones que determinarán — desde el momento mismo de su nacimiento— las oportunidades económicas y de vida de

las personas. La probabilidad de que un joven mexicano entre 16 y 18 años asista a la escuela es hoy apenas 23% en el decil más pobre, pero casi 90% en el más rico. Si este joven es indígena, deberá enfrentar además una probabilidad 60% mayor al promedio nacional de ver a sus hijos morir en su primer año de vida, y si es mujer, una probabilidad tres veces mayor de morir al dar a luz. Si nuestro joven habitara en el municipio de San Martín Huamelulpan, Oaxaca, tendría que aceptar una tasa de mortalidad infantil equivalente al promedio nacional de hace más de medio siglo, y 11 veces mayor a la tasa actual del municipio de San Nicolás de los Garza García, Nuevo León, una brecha similar a la que separa a Bangladesh de Estados Unidos. (2)

En lo referente a los servicios de salud, el modelo de organización en nuestro país y en muchos otros de América Latina, provoca un esquema de exclusión de grandes núcleos de población al acceso de los servicios, en el modelo actualmente utilizado en nuestro país, la seguridad social está atada al empleo, en un escenario laboral dominado por el desempleo y subempleo como el que tenemos, esto excluye en forma natural a más de a mitad de la población de estos servicios.

El desempleo y el subempleo o la economía informal no generan acceso a la seguridad social, y la propuesta de atención generada por el Estado para los sectores de la población agrupadas en estas, es claramente de menor calidad en cuanto a los recursos humanos, materiales y muy limitada en la variedad de servicios que se ofrecen. De acuerdo a los criterios de la OMS podríamos decir que grandes núcleos de nuestra población están excluidos de la atención necesaria, esto desde luego es común decirlo de las zonas indígenas o rurales de difícil acceso, pero también es fácil encontrarlo en los núcleos de población urbana y suburbana de las ciudades grandes y medias de nuestro país.

Podemos afirmar que los dos grandes instrumentos redistributivos implementados en la era posrevolucionaria —la repartición de la tierra por medio de la reforma agraria, y la “repartición” del capital humano por medio de los sistemas de educación y salud pública— que pueden interpretarse como esfuerzos por asegurar un acceso adecuado a estos activos para toda la población, sentando así las bases no sólo para una distribución del ingreso más justa, sino para un proceso de crecimiento robusto, sustentado en una base poblacional amplia (3). Estos instrumentos hay que reconocerlo han sido un fracaso.

Los objetivos principales del presente trabajo son:

- El análisis de la organización actual del sistema de salud y las fallas en sus reformas, y
- El análisis de modelos alternativos de organización que empíricamente han logrado demostrar que pueden entregar servicios de salud: de calidad, equitativos y eficientes.

- ☉ La metodología llevada a cabo es la desarrollada en la Investigación realizada en el Sistema de Salud y Bienestar Social (SUBS) de la Universidad Autónoma de Querétaro, en la administración actual SEUS (Sistema de Extensión Universitario de Salud) con el objetivo de experimentar y desarrollar la organización actual de la cual nace la presente propuesta, y el estudio en organizaciones de salud públicas y privadas. (Moctezuma, Castañeda y Ramos, 2004)

ANTECEDENTES

LAS PROPUESTAS DEL SECTOR.

Ante el reto de lograr acercar a los grandes núcleos de población los servicios de salud los organismos internacionales han impulsado lo que han llamado Reformas del sector salud.

La propuesta rectora de las reformas en los sistemas de salud surge del Banco Mundial en 1983, cuando publica la agenda para la Reforma del los Sistemas de salud. Este documento se vuelve el eje rector de todas las reformas en salud en América Latina, y es desde luego incorporada dentro de una reforma de los Estados impulsando transformación en el manejo de la administración pública en general más acordes con el modelo neoliberal fuertemente impulsado en ese momento por el Banco Mundial y otros organismos internacionales.

De acuerdo a un diagnostico inicial, todos los sistemas de salud enfrentaban problemas similares, aunque con distinto grado de intensidad:

- ☉ Crecimiento del gasto en Salud.
- ☉ Insatisfacción de los usuarios por la calidad y falta de atención oportuna. Modelo de atención inadecuado a las necesidades. La oferta de servicios es en la mayoría de nuestros países predominante curativa. Esto eleva los costos de la atención, al no prevenir el daño.
- ☉ Importantes porcentajes de la población excluidas de los sistemas formales de cobertura médica. Esta situación genera tanto problemas de equidad como de eficiencia, ya que la población no cubierta es atendida de manera inoportuna, esto es con daños evitables, en sistemas de urgencia que tienen un elevado costo.
- ☉ Desarticulación institucional y carencia de una adecuada regulación.

Bajo estas premisas fundamentales en América Latina se desarrollaron importantes reformas en salud dirigidas a mejorar la eficiencia, calidad y equidad de los sistemas públicos. Siguiendo a Oscar SOLCA (1997, 1999), en este movimiento reformista han existido “dos generaciones”. La primera de ellas dirigida

a reorganizar la administración, financiamiento y acceso al sistema. La segunda, centrada en los procesos y resultados, orientada a mejorar la calidad tecnológica y cultural de los modelos de provisión de servicios.

Las reformas de los 80 provocaron cambios estructurales en la organización de los servicios sociales y educativos. Se trató de una reforma “hacia afuera”, a través del cual el Estado y el gobierno central transfieren al sector privado lo que puede ser privatizado, y a los estados, provincias y comunas la gestión y administración de gran parte de los servicios tradicionalmente centralizados. En casi todos los países, este proceso va acompañado de una reducción del aparato público y reasignación o disminución de los recursos en los sectores de educación y salud, entre otros.

Diversos autores participaron de esta discusión y se iniciaron oleadas de reformas, Brian Abel-smith planteaba, el descontento con los incentivos prevalecientes en las formas actuales de organización y pago de los servicios ha conducido a varios países a planear cambios radicales, algunos de los cuales se inspiraron en la experiencia de la Organización para el Mantenimiento de la Salud en Estados Unidos, aunque Europa contaba con miles de aseguradoras similares en el siglo XIX y principios del XX. Una de las propuestas consiste en crear diferentes agencias que actuarían como aseguradoras, cada una en competencia por un mayor número de clientes en función del precio ofrecido y la calidad del servicio proporcionado. Un segundo enfoque es el de separar la función de pago de los servicios y el de prestación de los mismos dentro de lo que se mantendría como un Servicio Nacional de Salud (SNS). Por lo tanto, las agencias locales responsables ante el gobierno central contratarían servicios de los sectores público y privado, los cuales se verían entonces forzados a competir entre sí en términos de calidad y precio. (5)

En los 90 se inicia un giro en estos procesos, lo que da origen a las reformas de “segunda generación”. Estas se dirigen “hacia adentro”. Es decir, hacia los modos de acción, gestión y evaluación de la prestación de servicios. Estas reformas tienen como centro la “caja negra” de los procesos de producción de los servicios y la calidad de los mismos. Para ello intervienen en los sistemas de conocimientos; en los métodos de trabajo; en las formas de relación entre agentes y beneficiarios; materiales y equipos de apoyo necesarios para garantizar procesos que produzcan resultados de calidad.

Estas reformas se basaron en algunas propuestas de política general.

Competencia regulada. No cabe duda que el concepto más repetido en todas las propuestas de reforma es el de competencia regulada o administrada. Como plantean Hoffmayer y McCarthy: “Para lo que resta del siglo y para el comienzo del próximo, los sistemas de cuidado de la salud en el mundo desarrollado

descansaran crecientemente en incentivos basados en el mercado, tanto en lo que concierne al control de costos como a la asignación de los recursos”.

Articulación Funcional o Institucional.

El Estado debe abandonar o reducir a lo estrictamente necesario su participación en las funciones de compra o aseguramiento y en la producción de las atenciones de salud.

En el campo de la salud, estas políticas y estas reformas se traducen en cambios de envergadura en el concepto mismo de salud; en los modelos de atención y en los sistemas de recuperación de costos, entre otros.

Estas condiciones llevaron a generar una agenda de la Reforma que incluyo:

- ☉ Mejorar y garantizar la cobertura de atención a una mayor proporción de la población.
- ☉ Promover la transformación del modelo de atención hacia la prevención.
- ☉ Promover el uso del mercado y la competencia como un instrumento para mejorar la eficiencia y satisfacción de los consumidores.
- ☉ Fortalecer el papel del Estado como regulador.
- ☉ Mejorar la eficiencia de los prestadores.

EL CASO DE MÉXICO.

El resultado de las reformas impulsadas en nuestro país podemos considerar fueron un fracaso, seguimos contando con servicios de salud con una distribución muy desigual. Esta desigualdad es fácil de apreciar, basta con revisar indicadores básicos como pueden ser los recursos humanos, su distribución es claramente desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1 000 hab., el D.F. y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5, respectivamente. La tasa de médicos por 1000 hab. en los municipios de muy alta marginación es de 0.7 mientras en los de muy baja marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médicos.

Otro claro ejemplo es la exclusión a los servicios de salud de la seguridad social, esta se pone en evidencia con la evolución de los indicadores de pertenencia o no a la seguridad social y el gasto diferenciado entre población derechohabiente y la llamada población abierta o no derechohabiente. A pesar del crecimiento absoluto de la población asegurada en el último medio siglo, que paso de 1 a 55 millones, la cobertura de las instituciones públicas de seguridad social no logró mantenerse al par del crecimiento poblacional. Había cerca de 40 millones de mexicanos sin acceso a la seguridad social hace 20 años, y hay

cerca de 50 millones actualmente. En las últimas tres décadas, el gasto de las principales instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) representó en promedio 87% del gasto público total en salud y seguridad social, y 56% del gasto financiado por el gobierno federal. El gasto público en salud por beneficiario fue 11 veces mayor para la población asegurada que para la población abierta entre 1970 y 1990, y 6 veces mayor en la última década. Aun si consideramos sólo el gasto por beneficiario financiado por el gobierno federal, éste fue el doble, en promedio en las últimas tres décadas, para los asegurados que para la población abierta (4).

En México este fracaso es tan manifiesto que el propio Dr. Julio Frenk, Secretario de Salud, en febrero del 2003 planteaba la urgente necesidad de reformar el sistema de Salud para superar las inequidades en la distribución de los servicios en salud.

La pobreza y la inequidad constituyen no sólo un asunto de orden económico, sino además de carácter ético, una presencia constante en buena parte del mundo, siguiendo a Alan Touraine, podríamos afirmar con él que el escenario mundial se mueve en un escenario de transición, existen signos claros de este proceso, lo podemos ver en tres niveles.

Una serie de crisis nacionales o regionales: en una primer oleada México, Rusia, Japón en los años ochenta y en una segunda oleada que incluyó a México, Rusia, Brasil y otros en los noventas.

Una mundialización de las desigualdades sociales. Esto se refleja fundamentalmente en el creciente porcentaje de la población mundial en condiciones de pobreza. Esta oscila entre el 20% en los países ricos, ha cifras que van del 50 al 80% en los países de América, y en el continente Africano llegan al 90%.

En el entendido de que para asegurar un uso apropiado de los servicios es preciso eliminar los obstáculos financieros y ofrecer a los usuarios una protección económica previsible contra los costos que implica recibir atención, en particular contra los gastos catastróficos que pueden arrastrar a una familia a la pobreza.(1)

En la búsqueda de cubrir estos objetivos se plantea el reto de considerar el financiamiento del sector desde una perspectiva de estrategia que identifique la mejor combinación de mecanismos alternativos. La OPS propone una combinación de esquemas tradicionales de generación de ingresos (gasto público vía impuestos, seguros privados de salud, seguros nacionales de salud y cobro a los usuarios) con esquemas complementarios de subsidios destinados a compensar a los grupos vulnerables de los efectos de las barreras financieras que reducen su demanda de atención de salud. (5)

Esta nueva reforma, se enmarca en lo dicho y aceptado internacionalmente, el problema de la exclusión económica, política, social y cultural se agrava a pasos agigantados en nuestro país, la incapacidad del Estado mexicano para hacer propuestas que reduzcan estas brechas es evidente, es por lo anterior que siguiendo una vez más normativas y modelos impulsados en forma rígida por organismos internacionales Julio Frenk propone una reforma basada en el seguro popular.

En el caso mexicano la propuesta vino a través de la reforma a la Ley General de Salud. Mediante la cual se creó el Sistema Público de Protección Social en Salud, cuyo instrumento operativo se conoce como Seguro Popular, esta es la propuesta del gobierno para atender a las personas que carecen de un empleo formal y por tanto están fuera de los sistemas de seguridad social.

La propuesta del Seguro Popular afirma que a partir del 2004, cada año se incorporarán un millón 500 mil familias (seis millones 750 mil personas), con el objetivo de cubrir la meta de 45 millones de mexicanos en el 2010. De acuerdo a la Ley General de Salud, los recursos del seguro se integrarán por cuatro fondos, a los cuales Federación, estados y familias contribuyen en distinta proporción.

Por cada familia beneficiaria, el gobierno federal pagará el equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo para el DF. Estos recursos formarán parte del ramo 12 (Secretaría de Salud) y contribuyen la cuota social (CS) del seguro popular. Por medio del ramo 33 se asignará el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, que equivaldrá a 1.5 veces la CS. Estos fondos serán la aportación solidaria federal (ASF).

Los estados deberán aportar por cada familia el equivalente a la mitad de la CS que da la Federación, integrándose de esta manera la aportación solidaria estatal (ASE). Se establece una cuota familiar (CF) por afiliación al seguro, de acuerdo a deciles de ingreso. Se calcula que el monto promedio anual que cada familia estaría en posibilidad de contribuir sería de mil 717 pesos quedando exentas aquellas familias que componen los primeros dos deciles de ingreso.

Consideramos que aunque el Seguro Popular tiene un fundamento ético aparentemente irreprochable, en las condiciones reales de la economía nacional se puede convertir en un mecanismo más de exclusión social, ante las desigualdades imperantes entre los Estados y las microregiones de estos, además que su carga financiera descansa en el presupuesto de egresos de los Estados y la Federación por lo que ante la incapacidad recaudatoria del Estado, los recursos para su funcionamiento tendrán que obtenerse de recortar otras áreas del gasto social y los montos no son menores.

De acuerdo a lo propuesto por el ejecutivo, la CS para 2004 será de 3 mil 601 millones de pesos. El incremento que año con año deberá registrar para incluir a 45 millones de personas implica que en el 2010 reclamará un presupuesto de 25 mil millones de pesos, exclusivamente para cubrir lo correspondiente al seguro popular en la Secretaria de Salud. Esto equivale al doble de recursos con lo que cuenta esa dependencia y no considera recurso alguno para su función normativa.

A esta exigencia económica del Seguro Popular hay que añadirle un problema crónico del sistema de salud para población abierta en todos los estados de nuestro país, son las pésimas condiciones de la planta física y el equipamiento de la inmensa mayoría de las instalaciones médicas, para poder asegurar una calidad de la atención digna se deberían hacer cuantiosas inversiones en infraestructura y equipamiento, esto sin contar recursos humanos e insumos para su operación. Si bien la reforma a la Ley General de Salud hace mención de la necesidad de promover el desarrollo de infraestructura para el sector salud, la propuesta es escasa. Con base en cálculos hechos de acuerdo al Proyecto de Presupuesto de Egresos de la federación, para 2004 habrá 143 millones 497 mil 954 pesos para infraestructura entre los 32 estados, por lo que se esta recurriendo a esquemas de financiamiento privado, realizando contratos con el sector privado para la construcción de espacios hospitalarios con contratos de uso por largos periodos por parte de los Estados, esto puede llevar a una situación de inviabilidad financiera y no cumplimiento de contrato con las consiguientes potenciales demandas.

EXPERIENCIA Y PROPUESTA.

Ante la falta de las propuestas de reforma del sistema de salud en México, la cual se manifiesta en mala calidad de los servicios, alto costo de producción, inequidad en la distribución de los servicios. Hemos desarrollado un modelo alternativo en la organización de los sistemas de salud, que garantice el acceso a servicios de calidad a la población en condiciones de calidad y equidad.

En el análisis de los organismos internacionales sobre el fracaso de los intentos de Reformas en el sector social siempre priva, un discurso normativo que en apariencia incluye a los actores de las organizaciones pero que en el momento de operacionalizar las reformas son excluidos, por lo tanto las reformas una y otra vez no lograr modificar los patrones de producción y entrega de los servicios al usuario final así tenemos análisis como el presentado en el foro del Quinta Conferencia Mundial de Promoción a la Salud que en resumen plantea: las motivaciones que impulsan las reformas se han centrado hasta ahora en factores económicos. Las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública han quedado relegadas

a un plano secundario. La calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

En este contexto se encuadra la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud. En los debates sobre el futuro de las reformas del sector en todo el mundo se debe promover activamente un marco convenido para impulsar cambios en esta dirección. Con ese fin, en las secciones siguientes se elaboran algunos de los aspectos necesarios para promover un marco operacional para la reorientación de sistemas y servicios de salud. (7).

Desde nuestro punto de vista el error al modificar los modelos es la falta de interés de los gerentes en salud por incorporar los intereses de los actores en la mejora de la calidad de los servicios, aunque en términos discursivos sigan presentes: Evidentemente, la gestión y organización de los servicios de salud son fundamentales para propiciar o trabar los cambios en las prácticas del personal de salud. Hay una amplia gama de opciones básicas que los gerentes y los encargados de las decisiones pueden tener en cuenta al formular sus propias estrategias. Entre ellas cabe señalar el establecimiento de metas de forma participativa, la disponibilidad de pautas clínicas y su adaptación a las necesidades locales, la retroalimentación sobre el desempeño, métodos prácticos para recordar al personal de salud la acción necesaria, incentivos financieros, incentivos no financieros, la motivación de los pacientes para pedir más atención preventiva y la capacitación del personal. (8).

Coincidimos plenamente con algunos de las propuestas sobre los modelos de contratación de los trabajadores del sector social, este es uno de los grandes retos para los servicios de salud, lograr que el modelo de recompensa estimula la participación del prestador en la mejora de la calidad, los incentivos deben estar basados en la productividad con calidad medida esta por indicadores técnicos y de satisfacción del usuario, el sueldo debe ir ligado a la calidad en sentido amplio del termino, y debe diferenciarse de acuerdo a la labor desempeñada dentro del sistema de salud mismo, las labores de prevención, educación para la salud deben ser recompensadas tanto como las acciones curativas o de rehabilitación necesarias, desde luego que promover una cultura organizacional que promueva y reconozca una actitud de compromiso y servicio con el usuario es fundamental, una gerencia proactiva hacia el estímulo de estas conductas es indispensable.

De la investigación longitudinal que se ha venido llevando a cabo (Moctezuma, Castañeda y Ramos, 2004), se determinó que efectivamente, el Hospital Público es la columna vertebral del sector salud, y que

si existe una transformación en los sistemas de salud, por ende existirá una modificación sustancial en los hospitales en su relación con la sociedad.

La autogestión y la descentralización darán las herramientas para organizar y gestionar adecuadamente y de manera fundamental, integrar a la comunidad en la conducción efectiva de las instituciones y a los integrantes de la organización a participar de la gestión institucional. Que es la única manera de democratizar a las instituciones de salud.

En el caso de la UAQ, se desarrolló el SUBS con el objeto de aplicar las acciones, estrategias y principios detectados como ausentes en los Sistemas de Salud analizados y de tratar de corregir los errores que presentan los modelos estudiados.

Durante quince años se ha operado un sistema de salud que se inició en forma muy rudimentaria, lo que en el sector se conoce como una casa de salud, en su origen atendido por personal en servicio social y ofreciendo una gama muy limitada de servicios en el área de educación para la salud y asistenciales.

En 1994 se plantea un desarrollo de unidades multi y transdisciplinarias que integren la docencia, el servicio y la investigación, que sean capaces de favorecer la participación de distintos sectores sociales interesados en mejorar la calidad de vida de las comunidades y capaz de generar los recursos necesarios para cubrir los costos que su operación implique.

Características:

- ☉ Ser unidades multi y transdisciplinarias
- ☉ Integrar la docencia, el servicio y la investigación
- ☉ Proporcionar servicios profesionales de alta calidad
- ☉ Ubicarse en zonas estratégicas que permitan atender a la población de escasos recursos y a nuestras tareas de docencia e investigación.
- ☉ Surgir de la labor de consenso entre las comunidades, sus líderes formales e informales y de otros actores sociales interesados en mejorar la calidad de vida de las comunidades.
- ☉ Ser capaces de generar recursos para cubrir los costos que su operación ocasione.
- ☉ Espacios Privilegiados para las actividades de docencia e investigación

Bajo el supuesto de que todas las propuestas de reforma, pasan por un modelo similar, conceptualmente se basan en una idea de progreso lineal, y obedecen sobre todo a dictámenes ajenos al sistema nacional mismo, en la mayoría de los casos no se plantean ninguna modalidad propia solo se aplica un modelo externo.

Y que no se consideran los nuevos paradigmas organizacionales postmodernos que ofrecen formas de gestión acordes a las necesidades vigentes y que oferten nuevas formas de management que puedan hacer frente a los retos que la modernidad actual nos presenta.

Es por esto que pese a las amplias modificaciones emprendidas en algunos aspectos de índole administrativo y a los recursos invertidos, los resultados están muy lejos de lo deseado. En la mayor parte de los países las reformas han encontrado resistencias entre los distintos actores del sector salud; no logran modificar las culturas institucionales y en las debilidades de los consensos políticos para promover cambios profundos como los enunciados en los discursos de las reformas.

Frente a esta realidad, sigue abierto un importante debate sobre los modelos teóricos y las opciones estratégicas que deben sustentar las reformas sociales. Las hipótesis de causalidad que se han establecido entre los factores intervinientes y el peso que tienen las condiciones sociales en los resultados de estos procesos, constituyen objeto central de la discusión.

Sin embargo, dicha discusión no se agota en el examen de estas relaciones. Además de ello, es necesario poner atención en:

- ☉ La gestión y ejecución de las reformas, ya que en este tipo de procesos radica gran parte de sus problemas.
- ☉ La formulación de reformas y su puesta en práctica
- ☉ El proceso social y comunicativo. En efecto, las reformas que nos preocupan tienen por objeto producir cambios culturales que afectan los contenidos,
- ☉ Las prácticas y las interacciones de los beneficiarios con los sistemas de atención.

Este proceso de cambios se realiza en un complejo sistema de relaciones en el cual los actores intervienen con sus propios marcos de referencia desde los cuales piensan, definen sus intereses y las estrategias colectivas de acción.

En estas interacciones las reformas pueden crear desconfianzas y protestas. El conflicto en torno a los objetivos y métodos de iniciativas específicas; la definición de problemas y el proceso de toma de decisiones; las compensaciones de ganadores y perdedores; la naturaleza de nuevas y viejas estructuras de incentivos; el traslado de las cargas de trabajo y de responsabilidades; la falta de acuerdo y agilidad legislativa son, entre otros, algunos de los conflictos que afectan los cambios en el sector.

En el caso de nuestro modelo, la evolución institucional se efectuó por etapas, seleccionando procesos que permitieron al conjunto de la institución visualizar el logro de metas y extender los resultados del esfuerzo al resto de la organización.

Estas etapas fueron:

- ☉ Cambio en la cultura Organizacional
- ☉ Gerencia participativa
- ☉ Reestructuración de los sistemas de premios y salarios
- ☉ Promoción de equipos de trabajo autogerenciados

Los principios la organización son:

- ☉ Unidad de mando
- ☉ Delegación efectiva
- ☉ Delimitación de responsabilidades
- ☉ Homogeneidad operativa
- ☉ Alcance del control

ACCIONES LLEVADAS A CABO

Se ha modificado el patrón de contratación del personal médico logrando ligarlo efectivamente a la calidad de sus servicios, logrando que tenga percepciones superiores hasta del 100% a los del resto del sector salud.

El otro gran reto era como ponerlo al alcancé de las grandes mayorías, es decir que la gente tenga acceso en todos los términos a los servicios, es decir cultural, geográfica y económicamente entre otros.

Para lograr esto es indispensable ubicarlas en puntos geográficos que tengan las siguientes características:

- ☉ estar cercanas a núcleos de población con carencia de servicio,
- ☉ poder tener acceso a las condiciones básicas de infraestructura urbana, luz, drenaje, caminos, etc.,
- ☉ estar en punto en se tenga una población susceptible de ser atendida entre los 70 y 100 mil habitantes.

El modelo ofrece servicios de salud de una complejidad entre intermedia y alta es decir proporciona servicios de medicina preventiva, de medicina general, especialidades médicas, servicio de cirugía, servicios odontológicos de especialidad y generales, servicios de laboratorio de análisis clínico, servicios de

diagnostico como rayos “X” y ultrasonido, farmacias con los precios más baratos del Estado, servicios en el área de psicología clínica, educativa y social, entre otras muchas otras acciones al servicio de la gente.

Lo mejor de todo es que hemos logrado desarrollar un modelo que le ofrece al usuario los precios más bajos del mercado, incluso más bajos que los precios de la Secretaria de Salud, por citar un ejemplo de amplio uso las consultas de especialidad (ofrecemos más de 15 de ellas) los cobramos a 100 pesos lo que las ubica entre un 25 y 30% del precio al público en nuestra región, los procedimientos quirúrgicos a un 35% de los precios de mercado. En términos generales todos nuestros servicios están a un 35-40% de los precios de mercado. Para dimensionar el servicio que ofrecemos citaremos algunos ejemplos, en el año 2005 se otorgaron más de 350,000 consultas médica, se hicieron cerca 2000 procedimientos quirúrgicos, pero además de eso construimos y equipamos una unidad nueva, además de hacer ampliaciones y remodelaciones en las ya existentes, todo esto con recursos propios.

Aún así nuestro modelo no recibe financiamiento de ninguna entidad pública o privada, siendo capaz de cubrir todos los costos de operación de la misma.

Nuestro modelo es una propuesta intermedia entre lo público y lo privado, es para el usuario un concepto más parecido a una cooperativa de bienes de consumo y para el prestador de servicios una institución con una lógica atada a la calidad del servicio.

Elementos diferenciables.

- ☉ Unidades autofinanciables
- ☉ Alto nivel de resolución
- ☉ Ser multidisciplinarias e integrar la docencia el servicio y la investigación
- ☉ Tener bajos costos de operación
- ☉ Bajo costo para los usuarios

¿Cuál es el cambio? (Ver Cuadro I)

Tipologías de Organización: un Sistema Racional (medios-fines), un Sistema natural y abierto (los actores interactúan entre si y con el medio) y un Sistema Flojamente Acoplado (incertidumbre y ambigüedad).

El camino propuesto.

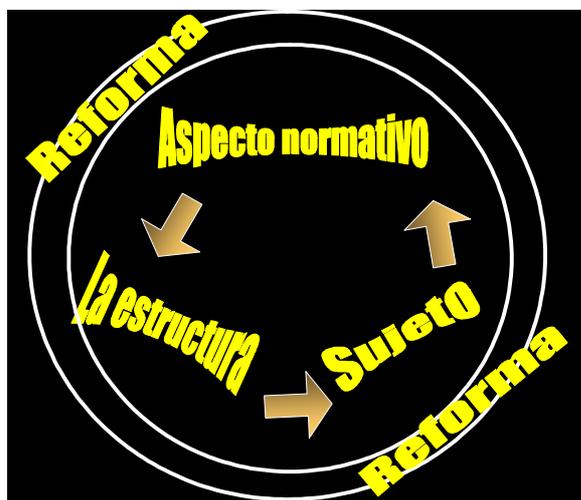
Consideramos que en una propuesta de cambio organizacional los modelos antes planteados se dan en un mismo momento. Por lo que una Reforma debe contemplar el aspecto normativo, la estructura y al sujeto. (Ver cuadro II)

Cuadro I



Fuente: Creación propia

Cuadro II



Fuente: Creación propia

CONCLUSIONES

En el campo de la salud, los principales cambios producidos por las reformas han sido en las áreas de provisión de los servicios, modelos de atención y sistemas de pagos. Se puede observar una nueva relación entre Estado y mercado para organizar el acceso y la búsqueda de nuevas formas de participación y de control social de los servicios.

Pese a los avances constatados, subsisten también en el sector importantes problemas de desigualdad en el acceso a una atención de calidad. Todas las propuestas de reforma, pasan por un modelo similar, conceptualmente se basan en una idea de progreso lineal y obedecen sobre todo a dictámenes ajenos al sistema nacional mismo. En la mayoría de los casos no se plantean ninguna modalidad propia solo se aplica un modelo externo.

De acuerdo a un diagnóstico inicial, como manifestamos anteriormente, todos los sistemas de salud enfrentaban problemas similares, aunque con distinto grado de intensidad, crecimiento del gasto en Salud, insatisfacción de los usuarios, modelo de atención inadecuado, importantes porcentajes de la población excluidas de los sistemas formales de cobertura médica, desarticulación institucional y carencia de una adecuada regulación, etc.

Es por esto que pese a las amplias modificaciones emprendidas en algunos aspectos de índole administrativo y a los recursos invertidos, los resultados están muy lejos de lo deseado.

En la mayor parte de los países las reformas han encontrado resistencias entre los distintos actores del sector salud; no logran modificar las culturas institucionales y en las debilidades de los consensos políticos para promover cambios profundos como los enunciados en los discursos de las reformas.

Estos deben interaccionar los conceptos de salud, de la enseñanza aprendizaje y la investigación y vincularse con la sociedad (comunidad) y con las instituciones de gobierno para permitir desarrollar de manera sistémica, sistemas de salud justos, equitativos y económicos. En general, los gobiernos en la región han asumido el discurso de la "calidad" por sobre la "equidad". Este discurso es el que predomina para favorecer una mejor competitividad y excelencia. Pero, ¿es el más apropiado para América Latina? La equidad ha sido desplazada a un segundo lugar.

La economía política de las reformas debe relativizar los universales que se instauran. El peso de la cultura y de las tradiciones históricas es clave.

Sin embargo, además de ello, es clave analizar las soluciones y estrategias de resolución de conflictos desarrolladas por los actores en sus contextos específicos. Desde esta perspectiva, ofrecen oportunidades para convertir las reformas en procesos participativos que descansan en el consenso social.

Es importante subrayar la necesidad de aumentar la capacidad de investigación y de aprendizaje de los países. Las limitaciones en los diagnósticos, fuentes de información y datos disponibles impiden elaborar propuestas fundamentadas y de calidad.

No hay masa crítica en los países debido a la falta de apoyo a la investigación o por la transferencia de investigadores desde universidades y centros académicos a funciones políticas en los ministerios. Es necesario crear una "cultura evaluativa" y de investigación para el aprendizaje en las instituciones y en la sociedad.

Para lograr impactos, las reformas deben contar con buenos diseños y sistemas de seguimiento, indicadores e instrumentos validados para verificar sus resultados. La colaboración horizontal entre

municipios y centros puede permitir la construcción de una perspectiva o referencial compartido para interpretar los resultados de las reformas.

En concreto parece que no se quiere ver que el mayor reto de los sistemas de salud es el uso adecuado de los recursos, no el incremento constante de ellos, la eficiencia y la eficacia es el reto.

Para finalizar, en síntesis la propuesta consiste en un modelo alternativo de organizar la oferta de servicios de salud y lograr: (Moctezuma Zarazua y Ramos Martínez, 2004)

- ☉ **Eficientar la administración de los servicios de salud.** Se puede llevar a cabo estableciendo un diagnóstico de la administración que se tiene e investigar al respecto.
- ☉ **Desarrollar sistemas universitarios de salud.** El sistema universitario para el bienestar social, es un modelo institucional de desarrollo comunitario que cuenta con diversas unidades a través de las cuales se desarrollan los proyectos y programas de extensión universitaria, con el objetivo de coadyuvar en el mejoramiento del nivel de vida y bienestar de la comunidad. La estructura organizacional comprende una coordinación administrativa, una coordinación de servicios, una coordinación de laboratorio, y un coordinador por cada unidad del sistema.
- ☉ **Diseñar los objetivos de un programa o sistema de salud de acuerdo a las** necesidades y posibilidades determinadas con una investigación básica, descriptiva y comparativa que permita establecer fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades. Objetivos de la atención médica orientados: al usuario, hacia el otorgante, hacia la organización y hacia la colectividad.
- ☉ **Establecer indicadores de desempeño y calidad** que permitan actualizarse y
- ☉ **Una importante e imprescindible responsabilidad del administrador** con respecto a los objetivos.

“Unámonos por México y trabajemos hermanados por el bien común, solo de esta manera lo podremos lograr.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Lee Jong-wook, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. Ginebra: OMS, 2000., en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000645>

2) Stevens-Middleton, R. L.: La obra de Alexander von Humboldt en México, fundamento de la geografía moderna, México: Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 1956. http://www.ocyt.org.co/esocite/Ponencias_ESOCITEPDF/3COL041.pdf

3) Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. Ginebra: OMS, 2000.

4) Moctezuma Zarazua, Sergio y Jorge Alejandro Ramos Martínez, (2004), Un Nuevo Paradigma Organizacional que contemple la Investigación y la Vinculación con la Universidad. Necesidad imprescindible en los Sistemas de Salud, ponencia presentada en el 4º. Congreso Nacional y 3ro, Internacional, "DESARROLLO UNIVERSITARIO Y DESARROLLO DE ACTORES Y PARTICIPANTES", en la Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo Coah.

5) Brian Abel-Smith, Economía y Salud, 1982, ISBN 84-85261-27-5, pags. 331-348

6) Hoffmeyer, U. y Th. McCarthy: Financing Health Care. National Economic Research Association, Kluwer Publishers, 1994, en: Propuesta de Reformas en el Sector Salud: Análisis Comparativo (Informe TASC #89, agosto de 1999), <http://economia.uahurtado.cl/tasc/tasc89.html>

7) Touraine Alan, "La centroderecha es la única opción para América latina", entrevista del El Clarín, Argentina, Lunes, 15 de mayo de 2000, en: <http://www.cuestiones.ws/revista/n8/abr02-politica-entrevista-touraine.htm>

_____ "Un nuevo paradigma. Para comprender el mundo de hoy", Traducción: Agustín López Tobajas y María Tabuyo. Paidós, Barcelona, 2005, 271 pp. En: http://forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=5923&id_seccion=13, consultada el 19/06/2006

_____ "La transformación de las metrópolis." Conferencia pronunciada el 2 de febrero de 1998 en Barcelona con motivo del "10è aniversari de la Mancomunitat Metropolitana", en: La ciudad a Fin del siglo XX. La ciudad a Fin del siglo XX.

_____ La ciudad Nudo, la ciudad Nada, de Nicolás Fratarelli en Revista Contratiempo, Buenos Aires, Argentina 2000-2003, <http://www.revistacontratiempo.com.ar/fratarelli4.htm>

8) Organización Mundial de la Salud, "Informe Finas", QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, México, D. F., junio de 2000, en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/5thGlobalConfSp1.doc>

BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, M. La Crisis Hospitalaria está en su momento crucial, El Universal, 1-28, Caracas. 1996

ALLENDE S. La realidad médico-social chilena. Santiago de Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1939.

ALMAGUER Salazar Teresa, **Fundamentos Sociales de la Educación**, Edit. Trillas, México, 1998.

ALTIMARI, C. Los 14 programas no constituyen una política social. El Nacional, D-1, Caracas. 1996

APOSTAL, Leo, Asa y Michaud Guy (coordinadores), **Interdisciplinariedad. Problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades**, ANUIES, México, 1979.

- BARROS SILVA, P. (1999) "Reforma da Seguridade Social no Brazil". NEPP/UNICAMP. Dezembro, 1998. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- BERMEO, A.(1992) "Democracy and lessons of dictatorship", en Comparative Politics, 2(3), april.
- BREWER-CARÍAS, A. Fundamentos de la Administración Pública. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas. 1987.
- CABALLERO, P. (1999) "La Autonomía Escolar y el Proyecto Educativo Institucional en Colombia". En: Martinic, S., et al., pp. 39-66.
- CACCIA BAVA, S. (1999) "Programas de Renda Mínima No Brasil: Impactos e Potencialidades". POLIS, Sao Paulo, Brasil. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- CALVINO I. La jornada de un escrutador. Madrid: Editorial Alianza Tres, 1988.
- CAMPBELL J. The heroe with a thousand faces. Princeton, Nueva Jersey. University Press, 1973; Bollingen Series.
- CAMPBELL J. Transformations of myth through time. Ed: Perennial Library, Nueva York: Harper & Row Publishers, 1990.
- CHACIN, L. Crónica Varguista, Archivos del Hospital Vargas, Vol. 37. Nos. 1-2. Caracas, 1995, Págs. 91-95.
- CLAD (1998) Una nueva gestión pública para América Latina, documento preparado por el Consejo Científico y aprobado por el Consejo Directivo.
- COMTE, Augusto, Curso de filosofía positiva, Edit. Aguilar, Buenos Aires, Argentina, 1982.
- COMTE, Augusto, Curso de filosofía positiva, Edit. Aguilar, Buenos Aires, Argentina, 1982.
- CORTEZ, R. (1999) "Participación civil, equidad y calidad de los servicios de salud en el Perú". En: Martinic, S., et al., pp. 271-292.
- D'AVILA, A. y R. DAL POZ (1999) "Estudo sobre o Processo de Reforma em Saúde no Brasil". En: Martinic, S., et al., pp. 187-218.
- DE LA CRUZ, R. Descentralización. Gobernabilidad. Democracia. COPREPNUD. Caracas. 1992
- DE LA CRUZ, R. Ruta a la Eficiencia. Descentralización de los Servicios Sociales. Ediciones IESA. Caracas. 1995
- DIAZ, A. El Mantenimiento de los Hospitales del Estado, Casos de Estudio IESA. Ediciones IESA. Caracas. 1992
- DRAIBE, S. (1999) "A reforma da educação no Brasil. A experiência da descentralização de recursos no ensino fundamental. Estudos de Caso". En: Martinic, S., et al., pp. 11-38.
- DURKHEIM, Emilio, Educación y sociología, Edit. Linotipo, Bogotá Colombia, 1979.
- ECHART, M. (1999) "Procesos de reforma en educación, implementación y grupos de interés". En: Martinic, S., et al., pp. 67-88.
- ESCALA, M. (1996) "Una perspectiva estratégica del desarrollo de la educación dominicana", en: Grupo de Acción por la Democracia: Agenda Nacional de Desarrollo. Planes de acción para las diez principales prioridades (Vol II). Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra-Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales.
- GAJARDO, M. (1999) Reformas educativas en América Latina. Balance de una década. Santiago. PREAL, Documento de trabajo Numero 15.
- GARCIA HUIDOBRO, J.E. (Ed.) (1999) La reforma educacional chilena. Madrid, Editorial PROA.
- GONZÁLEZ Ibarra Juan de Dios, **Epistemología de la Ciencia Administrativa**, Revista Administración y
- GARCÍA-PELAYO Y GROSS, R. Pequeño Larousse Ilustrado, Larousse, Madrid. 1993
- Gilmore, Carol; de Moraes Novaes, Humberto " Manual de Gerencia de la Calidad ". Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog, 1996.
- GONZÁLES Ibarra J. De D. y Palacios Alcocer M., **Educación superior y partidos políticos en México 1994**, UAM-UAQ, México, 1995.

- GONZÁLES Ibarra J. De D. y Palacios Alcocer M., **El Futuro de la educación superior, UAM**, Unidad Xochimilco, Edit. Casa Abierta al tiempo, 1ª. Ed., México, 2000.
- GONZÁLES Ibarra Juan de Dios, **Epistemología de la Ciencia Administrativa**, Revista Administración y
- GORTARI, Eli de, La metodología: una discusión y otros ensayos sobre el método, Tratados y manuales Grijalbo, Edit. Grijalbo, México, 1980.
- GORTARI, Eli de, La metodología: una discusión y otros ensayos sobre el método, Tratados y manuales Grijalbo, Edit. Grijalbo, México, 1980.
- GRINDLE, M.S. y J.W. THOMAS (1991) Public choices an policy changes. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- HERNÁNDEZ Ruiz, Alma Delia “ Un Marketing especial para los servicios ? “. Universidad de La Habana, Cuba. En www.gerenciasalud.com Agosto del 2002
- IRACHETA Cenecorta, Alfonso Xavier., **Planeación y Desarrollo. Una Visión del Futuro**, Plaza y Valdez Editores, 1ª. Ed. México, 1997.
- IRACHETA Cenecorta, Alfonso Xavier., **Planeación y Desarrollo. Una Visión del Futuro**, Plaza y Valdez Editores, 1ª. Ed. México, 1997.
- JAÉN, M. y PÉREZ, A. Descentralización de la salud: por una atención de calidad. Editorial Nueva Sociedad. Caracas. 1992
- JIMÉNEZ de la Jara, Jorge, Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile, Departamento de Salud Pública, Universidad Católica de Chile. Presidente del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Trabajo presentado en la Conferencia José Luis Bobadilla, IX Congreso Mexicano de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 6 de marzo de 2001. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- JIMÉNEZ J. Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile. Rev Chil Pediatr 2000;
- KATZ, E y KAHN, E. Psicología Social de las Organizaciones. Editorial Trillas. México. 1991
- KHUN, Thomas, **La estructura de las revoluciones científicas**, FCE, Brevarios No. 213, México, 1986.
- KHUN, Thomas, **La estructura de las revoluciones científicas**, FCE, Brevarios No. 213, México, 1986.
- KLIKSBERG, B. (1999) "Desigualdad y desarrollo en América Latina: el debate postergado", en: Revista del CLAD, Reforma y Democracia, 14.
- KLIKSBERG B., **El pensamiento organizativo: del taylorismo a la teoría de la organización I**, Buenos Aires, 1978.
- KLIKSBERG B., **El pensamiento organizativo: del taylorismo a la teoría de la organización I**, Buenos Aires, 1978.
- LA FUENTE, S. Abren a medias dos hospitales, El Universal, 2-22, Caracas. 1996
- LARDE DE PALOMO A.; A. ARGUELLO DE MORERA; E. JACIR DE LOVO y R. CÓRDOVA (1999) "Administración Educativa Descentralizada: El Caso de El Salvador". En: Martinic, S., et al, pp. 115-158.
- LINARES, G. Instrumentos legales para avanzar en la descentralización. Editorial Nueva Sociedad. Caracas. 1992
- LO VUOLO R.; A. BARBEITO; L. PAUTASSI (1999) "Pobreza y Políticas de Sostenimiento del Ingreso. Asistencialismo Focalizado v/s Ingresos Básicos Universales". CIEPP, Septiembre, 1998, Buenos Aires Argentina. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- MADURO, O. Hacia una Medicina Autogestionaria, SIC, Centro Gumilla, Año XLIV, N° 440, Caracas. 1981
- MALAVÉ, J. Gerencia en Salud, un Modelo Innovador., Ediciones IESA / Fundación Antonio Cisneros Bermúdez, Caracas. 1995
- MARTINIC, S.; C.AEDO y J. CORVALAN (eds) (1999) Reformas en Educación y Salud en América Latina y el Caribe. Santiago, CIDE.
- MENDOZA, M. “Intervenciones masivas” inician hospitales. El Universal. 1-26. Caracas. 1996
- Meneghello J. Experiencia y reflexiones sobre la enseñanza de Pediatría. Discurso de incorporación a la Academia Chilena de Medicina, 1986.

- Moctezuma Zarazua, Sergio y Jorge Alejandro Ramos Martínez, (2004), Un Nuevo Paradigma Organizacional que contemple la Investigación y la Vinculación con la Universidad. Necesidad imprescindible en los Sistemas de Salud, ponencia presentada en el 4º. Congreso Nacional y 3ro, Internacional, “DESARROLLO UNIVERSITARIO Y DESARROLLO DE ACTORES Y PARTICIPANTES”, en la Universidad Autónoma de Coahuila, Saltillo Coah.
- Moctezuma Zarazua, Sergio, Arturo Castañeda Olalde y Jorge Alejandro Ramos Martínez, (2004), La incorporación de la Teoría Organizacional para llevar a cabo un modelo de gestión que habilite el desarrollo de organizaciones más humanas facultando la interrelación entre Instituciones Educativas y los Sistemas de Salud. Estudio de caso: Sistema Universitario de Bienestar Social de la Universidad Autónoma de Querétaro, ponencia presentada en el 2do. CONGRESO INTERNACIONAL DE ANÁLISIS ORGANIZACIONAL, “Hacia organizaciones más humanas”, en la Universidad de Oriente, Mazatlán, Sin.
- Estudio de Caso: Sistema Universitario de Bienestar Social de la Universidad Autónoma de Querétaro.
- MONTOYA, S. (1999) "La Reforma de Obras Sociales en Argentina". En: Martinic, S., et al, pp. 247-270.
- NOYA, N. (1999) "La Reforma de la Seguridad Social en Uruguay". Ponencia presentada en el Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- OSZLAK, O. (1997) Estado y Sociedad. Las nuevas reglas de juego (vol 1). Buenos Aires, Colección CEA-CBC, UBA.
- ____ (1999) Quemar las naves (o cómo lograr reformas estatales irreversibles). Ponencia presentada al IV Congreso Internacional del CLAD. Mexico, 19-22 de octubre.
- OTERO M. Jaime, Otero I. Jaime I. “Gerencia en odontología. Tomo 2 Etica y Marketing “ Lima, Perú, Mayo del 2,002
- OYARZO, C.; E. BETETA; M. CABEZAS y R. SANHUEZA (1999) "Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público de Salud Chileno: Una Experiencia de 20 años". En: Martinic, S., et al., pp. 219-246.
- PAES DE BARROS, R. y R. MENDOCA (1998) "El impacto de tres inmolaciones institucionales en la educación brasileña". En: Savedoff, W. (com). pp. 85-145.
- PORTOCARRERO F., et al. (1999) "Economía y Política de los Programas Gubernamentales de Apoyo Alimentario en el Perú", Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, Junio de 1998. Perú. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.
- RATINOFF, L. (1995) "Global insecurity and education. The culture of globalization". En: Prospects, Vol XXV, N° 2.
- RICHMOND, M. (1992) "Democratic transition and educational change in Chile: the programme MECE". Ponencia presentada al seminario sobre Educación en Latinoamérica, HumberSide Polytechnic, Hull, Grand Bretagne.
- ROJAS Soriano Raúl, **Formación de Investigadores Educativos**, Plaza y Valdez Editores, 9ª. Ed. México, 2000.
- ROJAS Soriano Raúl, **Formación de Investigadores Educativos**, Plaza y Valdez Editores, 9ª. Ed. México, 2000.
- ROMO, L. Descentralización de los Sistemas de Salud. Conceptos, Aspectos y experiencias Nacionales, Amanecer, Caracas. 1993
- RONDÓN, R. Descentralización de Salud, COPRE-PNUD, Caracas. 1993
- ROSSELOT-VICUÑA J. Protección de la salud del niño y la familia. En: Meneghello J, ed. Pediatría. 3ªedición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 1985.
- RUBIO Cebrián, Santiago. “ Glosario de Economía de la Salud ”. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995
- SALCEDO, P. El Procurador debe juzgar a Caldera y sus ministros por crisis de la salud, El Nacional, D-1, Caracas. 1996
- SAVEDOFF, W. (comp) (1998) La organización marca la diferencia. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo.
- SOLIMANO G, Isaacs S, La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago, Chile: Editorial Sudamericana Chilena, 2000, en: salud pública de méxico / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000

- STERMAN, L. et al. (1998) "A descentralização do sistema de saúde no Brasil". São Paulo, diciembre.
- TEDESCO, J.C. (1998) "Desafíos de las Reformas Educativas en América Latina". En: Revista Paraguaya de Sociología, año 35, núm. 2.
- VARGAS-ARENAS, R. Hospital Vargas de Caracas. Estadísticas Parciales Período: Diciembre 1989- Noviembre 1990. Archivos del Hospital Vargas, Vol. 33. Nos. 3-4, pp-125-134. Caracas. 1991
- VARGAS-ARENAS, R. Proyecto de Reorganización del Hospital Vargas de Caracas, Archivos del Hospital Vargas, Vol. 34, Nos. 1-2, pp-15-20. Caracas. 1992
- VEGAS, M.; P. ANDRADE y P. MAGUIÑA (1999)"La hora de la sociedad civil. La experiencia peruana de participación en políticas educativas". En: Martinic, S., et al., pp. 247-270.
- VIANA, M. Salud y Democracia Burguesa, SIC, Centro Gumilla, Año XLIV, N° 440, Caracas. 1981
- YEPES F.; L. SANCHEZ (1999) "La Descentralización de la Salud en Colombia. ASSALUD. Resultados de Investigación presentados al Seminario Reformas de la Política Social en América Latina. Washington, BID-CIID, 11 y 12 de mayo.

REVISTAS Y SITIOS WEB

- ADMINISTRACIÓN y Organización, UAM, Año 1, No. 1, noviembre de 1998.
- ANUIES, Anuarios estadísticos 1980-1998, México
- Boletín de la Asociación Médica de Chile, Marzo de 1947. En: Illanes MA, op cit
- Boletín de los Servicios de Salud Fusionados. Chillán: casa ed, agosto de 1940. En: Illanes MA. Historia social de la salud pública chilena 1880/1973. Santiago de Chile: Edit. Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- Cfr. ANUIES, <http://www.itson.mx/sr/>
- CIENCIAS Administrativas, Teoría y Praxis, ACACIA, Año 1, No. 2, México, diciembre de 1999.
- ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN, Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, ONU, New York. February. 1996
- EL ERROR EN LOS SISTEMAS DE SALUD en: www.fonendo.com 20/09/2000
- Elvira del Rivero (México), SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD, en: www.calidad.org PUBLICADO: OCTUBRE 2002
- FEDERALISMO Y DESARROLLO, No. 60, año 10, oct-dic, 1997.
- Horwitz A. Medicina en Chile. Revista del SNS, octubre de 1956.
- HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. 1994 Boletín Informativo, Año 1, No. 1.
- <http://insalud.org>
- <http://www.analitica.com>
- <http://www.fides.gov.ve>
- <http://www.iesa.edu.ve>
- <http://www.paho.org/english/venezuel.htm>
- <http://www.ssa.gov.mx/descent/zedillo.htm>
- <http://www.sysameri.com/laporta/salud.htm>
- LA AUTOGESTIÓN DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS COMO FORMA DE DESCENTRALIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD DE LA GOBERNACIÓN DEL DISTRITO FEDERAL (G.D.F.) www.monografias.com
- México bajo el enfoque de la metodología participativa, en: www.monografias.com
- OJEDA de López, Juana (1998): **Un Modelo de las Relaciones entre la Cultura Organizacional Investigativa y la Interacción Tutor-Investigador**. Tesis Doctoral. Maracaibo: URBE, En www.geocities.com/josepadron.geo.
- OTERO M. Jaime y Jaime I. Otero I. ¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD? Perú, PUBLICADO: NOVIEMBRE 2002, en www.monografias.com

SÁNCHEZ, Reyna (2001): **La Actitud Científica**. Tesis Doctoral no presentada. Maracaibo: URBE. En www.geocities.com/josepadron.geo.

SAYAGO (1994): **Tendencias de la investigación Educativa en Venezuela**. Tesis de Maestría. Caracas: USR. En www.geocities.com/josepadron.geo.

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, www.monografias.com

UAM, Organizaciones, México, noviembre 1998, año 1, número 1.

UNICEF. State of the World Children Report 1980. Nueva York: UNICEF, 1980

World Bank (1994) El Salvador: Community Education Strategy: Decentralized School Management. Washington, Report N° 13502-ES.

FOROS, LEYES Y OTRAS FUENTES

ANFECA, Foros llevados durante el 2001 en las entidades donde están las instituciones pertenecientes a la Zona 3.

CONACYT, Programa de Ciencia y Tecnología 1995-2000

MINISTERIO DE RELACIONES INTERIORES (MRI), MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (MSAS) y GOBERNACIÓN DE CARABOBO. 1993 Convenio de Transferencia al estado Carabobo de los servicios de salud prestados por el MSAS y por organismos adscritos. Caracas.

OFICINA CENTRAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (OCEI). 1990 Censo de Establecimientos de Atención Médica Hospitalaria del Sector Salud. Presidencia de la República, Caracas.

OFICINA CENTRAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (OCEI). 1990 Situación de Salud del Distrito Federal. Presidencia de la República, Caracas.

OFICINA CENTRAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (OCEI). 1994 Anuario Estadístico de Venezuela, Presidencia de la República, Caracas.

OMS Europe. Health for All targets, Copenhagen: OMS, 1988.

Organización Mundial de la Salud. Manejo integrado de los problemas de salud del niño. Ginebra, 2000.

Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. Ginebra: OMS, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 1988 Documento CD33/14, Resolución XV-XXX del Comité Directivo. Washington, D.C.

REPÚBLICA DE VENEZUELA. 1987 Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Eduven. Caracas.

REPÚBLICA DE VENEZUELA. 1993 Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público y su Reglamento Parcial N° 1. Dabosan C.A. Caracas.

REPÚBLICA DE VENEZUELA. 20/09/1972 Decreto N° 1096, Reglamento Sobre Clínicas de Hospitalización, Hospitales, Casas de Salud, Sanatorios, Enfermerías y Similares, En Gaceta Oficial de la República de Venezuela, Caracas.

REPÚBLICA DE VENEZUELA. 20/09/1994 Decreto 315, Estatuto del Hospital Vargas, En Gaceta Oficial de la República de Venezuela, No. 35.550, Caracas.

SEP, Ley General de la Educación, México, 1994.

SHIGO, Foros llevados a cabo el 29 de febrero y 1° de marzo, 6 y 7 de abril y el 13 y 14 de abril del 2000, en Querétaro, Qro.; Matehuala, SLP. Y Ciudad Valles, SLP., respectivamente.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, Plan Institucional de Desarrollo 2000-2005, Querétaro, 2000.