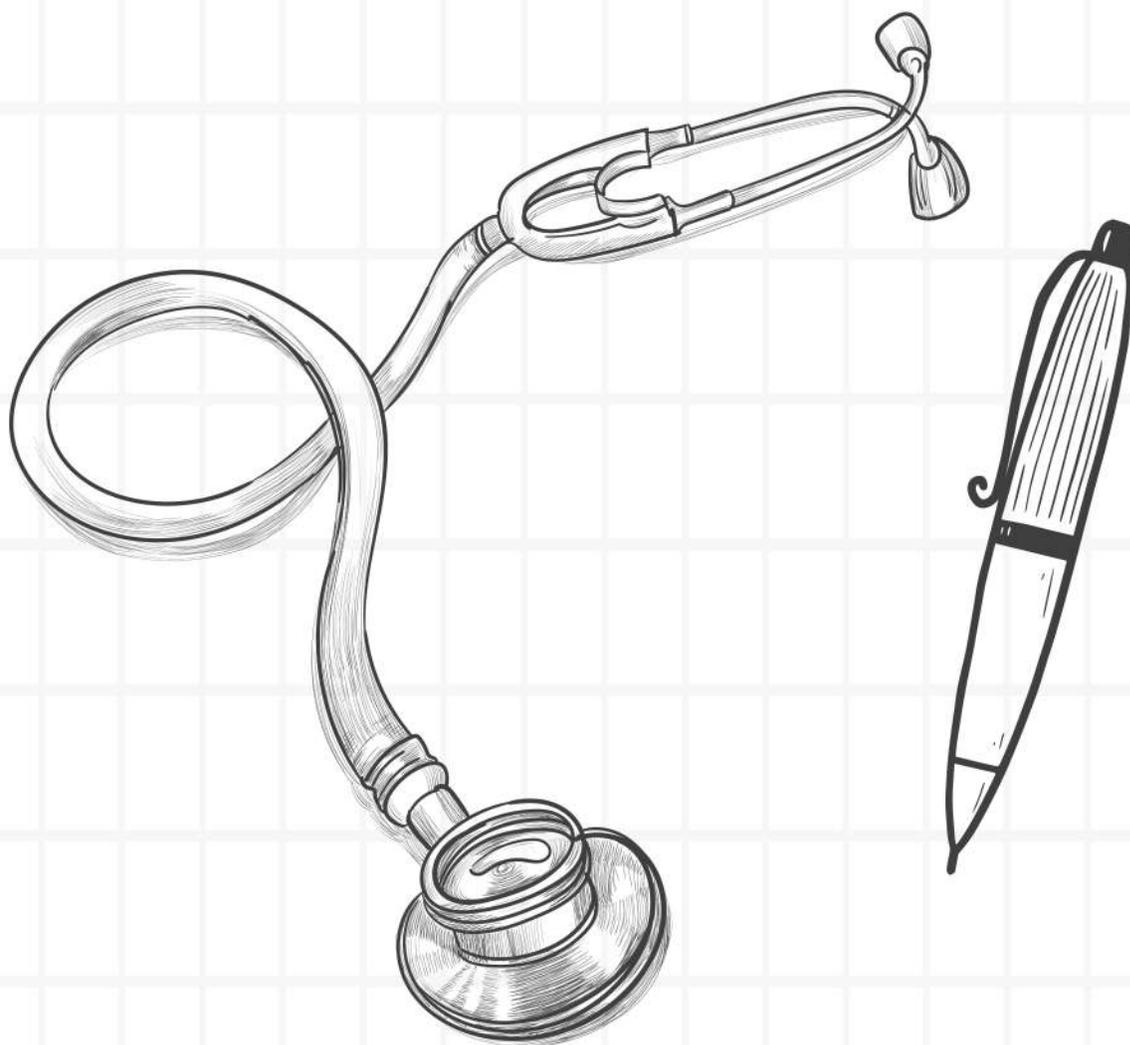


ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO



ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Viviana Paola Patiño Zambrano
Henry F. Mendoza-Cedeño
Diana Bravo Saquicela
Arnold Enrique Álvarez Joly
Jorge Ignacio Chiriboga Molina

EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

AUTORES

Viviana Paola Patiño Zambrano

Docente de la Universidad de Guayaquil

Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina

Doctorado en Ciencias de la Salud de la
Universidad Nacional de Tumbes (Egresada)

Especialista en Audiología de la
Escuela Colombiana de Rehabilitación

Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la
Universidad Técnica Particular de Loja

Licenciada en Terapia de Lenguaje; de la Universidad de Guayaquil

Tecnóloga Médica en Terapia de Lenguaje de la
Universidad de Guayaquil

Henry F. Mendoza-Cedeño

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Doctor en Ciencias Administrativas – UNMS Lima-Perú,

Magister en Contabilidad y Auditoría – UNESUM,

Magíster en Educación y Desarrollo Social – UTE,

Máster en Administración de Empresas,

Formato Educativo-España, Ingeniero Comercial – ULEAM.

Docente e investigador – Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Grupo de investigación: Gobierno, gestión y desarrollo de Tecnologías
de la Información y Comunicación.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Diana Bravo Saquicela

Docente de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Médica Cirujana, graduada de la Universidad Técnica de Manabí
Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria, graduada de la
Universidad Internacional de la Rioja – España
Maestrante de Bioética en la
Universidad Internacional de Valencia – España
Residencia Médica en el área de Ginecología y Cirugía en el Hospital
General IESS de Manta
Conferencista en el I Congreso Internacional en Ciencias de la Salud

Arnold Enrique Álvarez Joly

Investigador Independiente

Médico Cirujano, graduado de la Universidad Técnica de Manabí.
Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria
Universidad Internacional de la Rioja España

Jorge Ignacio Chiriboga Molina

Investigador Independiente

Máster en Dirección de Marketing Digital y Social de la Universidad
de Cádiz – Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación.
Ingeniero Comercial de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

REVISORES

David Gustavo Chacha Uto

Licenciado en Enfermería;
Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente
y Calidad de la Atención Sanitaria; Maestrante en Enfermería Mención
Cuidados Críticos; Área de Quirófano del Hospital General Docente
“Calderón”; dav.gust_@hotmail.com

Erika Michelle Carchi Flores

Licenciada en Enfermería; Máster Universitario en Gestión de la Segu-
ridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria;
Docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de
Cuenca; erik_mishel101@hotmail.com

DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES: Viviana Paola Patiño Zambrano
Henry F. Mendoza-Cedeño
Diana Bravo Saquicela.
Arnold Enrique Álvarez Joly
Jorge Ignacio Chiriboga Molina

Título: Administración de la Salud para el Desarrollo

Descriptor: Ciencias de la Salud; Administración; Servicio de salud; Atención médica

Código UNESCO: 5909 Administración Publica, 3212 Salud Publica

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 613.6/P273

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-602-36-7

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 194

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-36-7>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Administración de la Salud para el Desarrollo**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

ÍNDICE



EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

PRÓLOGO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	11
I PARTE	
GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD PARA EL DESARROLLO	14
II PARTE	
COMPONENTES USUSALES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN	50
III PARTE	
SISTEMAS NACIONALES DE SALUD.....	109
IV PARTE	
MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD	140
BIBLIOGRAFÍA.....	180
ANEXOS.....	185

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

PRÓLOGO



EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Lograr la salud de las poblaciones ha sido preocupación prioritaria en todas las épocas y Naciones. Para alcanzar este bienestar de tanta relevancia para el desarrollo humano, se han establecido diferentes enfoques, los cuales han sido ideados con el fin de establecer una gestión de salud efectiva, basada en normativas, políticas, programas y ordenanzas que vayan en pro del bienestar y salud integral de los pueblos. Como respuesta a esta necesidad mundial, inicialmente la atención a la salud era organizada centrandose modelos de atención que permitieran a las poblaciones recuperar la salud perdida, lo que posteriormente fue cambiando, debido a que se le daba relevancia a las estrategias orientadas hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

Esta necesidad de cambio, fue gestándose con el fin de dar respuesta a la infinidad de cambios demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos y condiciones de vida desarrollados en las diferentes Naciones, con el propósito de reconocer los factores de riesgo emergentes que han hecho variar las necesidades en salud, lo que en su efecto dio inicio al modelo de atención a la salud actual, el cual aborda las necesidades sentidas por la población usuaria y los intereses institucionales. En virtud de esto, se establece la importancia de garantizar a los pueblos una atención en salud integral, la cual sea integrada y continua de la persona en los diferentes ciclos de vida, así como un nivel básico, así como de protección social en salud en condiciones adecuadas de calidad, calidez, dignidad y oportunidad.

Bajo este enfoque, se resalta la intención implícita en el presente libro, el cual fue desarrollado con la intención de brindar informaciones simples sobre el significado, motivo, función y responsabilidad que abarca la administración de salud en el desarrollo de los pueblos. A través de este espacio documental, se pretende orientar al lector sobre los sistemas que debe integrar la promoción de la salud, más el tratamiento y prevención de enfermedades tanto agudas como crónicas; considerándose que, uno de los progresos sanitarios, es el que

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

se encuentra enfocado, en entornos con pocos recursos y las poblaciones más débiles, buscándose con ello, satisfacer las necesidades médicas de los más necesitados y alcanzar una atención sanitaria que pueda responder a los actuales retos.

LOS AUTORES

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

INTRODUCCIÓN



EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

El concepto de salud representa un tema complejo, el cual debe tomar en cuenta al ser humano como un ser integral, la misma es atendida, a través de los diferentes servicios médicos, los cuales por obligatoriedad deben estar sujetos e insertos en un sistema de salud que, a su vez, responda a políticas y lineamientos internacionales, mediante escenarios que hacen de la gerencia médica una actividad compleja.

En virtud de esto, se establece la terminología administración de la salud, la cual tiene como propósito desarrollar y dirigir lineamientos que permitan alcanzar la salud integral de las poblaciones; propósito éste, que ha sido preocupación prioritaria en todas las épocas, tal y como lo conciben las normativas jurídicas de cada Nación, las cuales entre sus postulados destacan que los derechos de salud pública, no pueden ser sujeto de concesión, ni mucho menos de comercialización, ya que en principio, deben ser garantizados por el estado quien, apoyado en actores privados o comunitarios deberá asegurar la asistencia sanitaria a todos sus habitantes. Bajo este enfoque, es deber de las entidades sanitarias de cada país desarrollar planes de atención a la salud con fines preventivos y dirigidos a la promoción de calidad de vida de las poblaciones. He allí, que el derecho a la salud presenta dos dimensiones: la primera, lo componen compromisos tendientes a evitar que la salud sea afectada, ya sea por la conducta de terceros, o por otros factores controlables como epidemias, a través, de la promoción y la prevención.

El segundo está integrado por otras obligaciones consistentes en asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la salud, aspecto que involucra, entre algunas prestaciones, la proyección y previsión de capitales necesarios para llevar a cabo la resolución de los problemas de salud correspondientes a toda la comunidad, tal y como postula el derecho a la salud, entendido como una norma que compone el conjunto de obligaciones para asegurar el acceso a una asistencia sanitaria, a cargo del Estado, y que beneficia a todos los ciudadanos sin exclusión.

Desde la perspectiva, el derecho a la salud abarca algunos principios que pueden interpretarse también como niveles, los cuales establecen que el motor esencial de los derechos fundamentales a la salud, es el sistema sanitario, representado, a través de los diferentes servicios médicos, considera-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

dos como el eje central para la atención médica y preventiva como derecho fundamental.

Por consiguiente, se entiende por administración a la salud a todos aquellos niveles establecidos de manera ordenada y estratificada, con el fin de organizar los recursos para satisfacer las necesidades o requerimientos a cubrir de la población, los cuales no pueden verse, en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. En base a lo señalado se establece la importancia del presente libro, el cual centra su atención en brindar los aportes documentales, y datos epidemiológicos necesarios para simplificar y comprender la relevancia organizacional que tiene la administración de la salud como entidad promotora del desarrollo de los pueblos. Para tal fin, fueron estructuradas tres partes o secciones. La I Parte, comprendida por los indicadores relacionados con la Gestión y Administración de la Salud para el desarrollo. La II Parte, conformada por: Los componentes usuales del estado de salud de la población. Y la III Parte, dirigida a describir los Sistemas Nacionales de Salud, para finalmente resaltar las Referencias Bibliográficas sobre las cuales estuvo apoyado el Texto.

Por último, un se propuso un capítulo sobre el marketing en los servicios de salud, aborda los temas siguientes: el marketing en salud; definiciones, características y usos; la importancia del marketing en salud; los objetivos y ventajas del marketing en salud, las principales herramientas de marketing en salud; el valor del marketing en la salud y sus características; las dos dimensiones del marketing (enfoque tradicional y como un enfoque de la gestión); el surgimiento del mercadeo de servicios de salud, la promoción de un centro de salud en la cual se trata sobre la promoción en general y las diversas herramientas que pueden ser utilizadas o aplicadas a un centro de salud (hospital, clínica, dispensario, etc.); la Gestión de marketing (función y objetivos del marketing) y las estrategias de marketing en los servicios de salud, entendida a nivel general como el medio para alcanzar los objetivos a largo plazo, entendiendo como estos últimos a los resultados específicos que pretende alcanzar una organización

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO



PARTE I GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD PARA EL DESARROLLO

EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Salud Pública Internacional (Ramos Narey).- Es la rama de la Higiene Social Pública dedicada al estudio del estado de salud de la población de países y regiones; de los objetivos, organización y funciones de los sistemas nacionales de salud y de organismos internacionales que actúan en el campo de la salud y las regulaciones interestatales en Salud Pública, con el propósito de identificar sus perfecciones con las colaboraciones bilaterales y multilaterales en este campo, así como mejorar el conocimiento científico del mismo.

Salud Pública. - Es un sistema de medidas y actividades estatales de carácter socioeconómico y médico-sanitario, encaminado a la reducción de la morbilidad, invalidez y mortalidad. La prolongación de la vida y el incremento del bienestar general sobre la base de la garantía de condiciones sanas de vida y trabajo y la práctica de un modo de vida saludable.

Determinantes del estado de salud de la población en el sistema hombre-sociedad-naturaleza

1. Tipos de organización económica-social
2. Revolución científico-técnica
3. Modos y condiciones de vida
4. Salud Pública (Narey)
5. Medio ambiente y Biología Humana

Determinantes del estado de salud de la población

En 1973 cuando Laframboise y Lalonde propusieron un marco conceptual para el campo de la salud, el gobierno canadiense diseñó un plan para la década de 1980 y 1990, con el enfoque o concepto del campo de la salud y proyectó la política sanitaria de su país. Implica esto que la salud está determinada por una variedad de factores agrupados en cuatro divisiones primarias que a la vez sirven para el análisis de una Política de Salud (Denver).

- a. Estilo de vida
- b. Medio ambiente

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- c. Organización de los servicios para la atención de salud, y
- d. Biología humana

En la misma década, Narey Ramos Domínguez (cubano) adapta junto con el Ministro de Salud Pública de su país el modelo de Lalonde y Laframboise y dice que la salud de la población está determinada por:

Los tipos de organización económico-social y la revolución científico-técnica que repercute en los siguientes factores:

- El modo de vida
- La salud pública
- Medio ambiente y
- Biología humana

Por tanto, la Salud Humana es el ambiente de equilibrio entre esos factores.

Kerr: Indica que el concepto del campo salud, es el encuadre teórico que permite hacer un análisis biopsicosocial del estado de salud o enfermedad.

Este modelo lo adoptó USA en su perfil de "Prevention Profile"

Los determinantes y factores relacionados con la salud de la población son también determinantes de la salud de la persona. El estudio de estos factores permite a la sociedad, la posibilidad de reducir sustancialmente y, en algunos casos erradicar los mayores factores de lesión y muerte en cada etapa de la vida mediante la acción concentrada de todos los elementos en el campo de la salud. Las medidas o acciones estarán dirigidas a la población en riesgo, su aplicación junto a las mejoras socioeconómico-sanitarias, así como los avances científico-técnicos traen cambios en los patrones de la enfermedad. Así tenemos que, en 1925, en USA, se produjo un cambio decisivo con respecto a las enfermedades infecciosas y crónicas.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

La causa en los patrones de enfermedad en transición se debió al paso de una sociedad agraria a una industrializada. Las enfermedades que afectan un determinado segmento de una cultura varían de acuerdo con las condiciones sociales y físicas que caracterizan a esa sociedad en ese momento histórico. A principios del siglo USA era una sociedad agrícola con un estilo de vida pacífico. Con el advenimiento de la industria, el estilo de vida se transformó y trajo con ello el cambio en el medio de salud.

La sociedad agraria generó hechos específicos:

- Alta fertilidad por la necesidad de manos para la tarea agrícola
- Necesidades básicas no satisfechas: alimentación, vivienda y vestimenta.
- Población joven.
- Esperanza de vida al nacer, corta.
- Elevada mortalidad infantil y preescolar, motivada por parasitosis, enfermedades infecciosas y desnutrición.

La sociedad industrializada produjo cambios drásticos en los patrones de enfermedad como son las de carácter crónico, causado por valores cambiantes y riqueza, aumento del tiempo libre que produce determinados tipos de enfermedades; ciertas formas nocivas de vida en lo social, físico, emocional y ambiental y los elementos de la sociedad agraria se invierten en esta sociedad.

De los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en 2016, 32 millones, es decir, cerca de tres cuartas partes, se debieron a enfermedades no transmisibles, que se cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8,2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas). Los traumatismos provocaron en 2016 la muerte de otros 4,5 millones de adultos; es decir, en términos totales, fueron la causa de una de cada 10 defunciones de adultos. Más de 3 millones de esas muertes provocadas por traumatismos – cerca del

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

70% del total – correspondieron a los varones, más expuestos a sufrir traumatismos en accidentes de tráfico y a ser víctimas de actos de violencia o de guerra (los hombres corren un riesgo tres veces mayor en el primer caso y más de cuatro veces mayor en el segundo).

La importancia relativa de estas causas varía considerablemente de una región a otra. Así, por ejemplo, en África sólo 1 de cada 3 muertes de adultos es provocada por enfermedades no transmisibles, mientras que en los países desarrollados esa proporción es de 9 de cada 10. Resulta preocupante que en América Latina y en los países en desarrollo de Asia y de la Región del Pacífico Occidental 3 de cada 4 muertes de adultos se deban a enfermedades no transmisibles, lo que refleja el estado relativamente avanzado de la transición epidemiológica que se ha alcanzado en esas poblaciones y la aparición de la doble carga de morbilidad.

Tabla 1. Factores determinantes de la Salud

DETERMINANTES	PRINCIPALES FACTORES (N. RAMOS D.)
Modo y condición de vida	1. Hábitos de fumar, consumo de tabaco
	2. Alimentación no higiénica
	3. Consumo nocivo de alcohol
	4. Condiciones nocivas de trabajo
	5. Estrés patogénico
	6. Adinamia – hipodinamia
	7. Malas condiciones materiales habituales de vida
	8. Consumo de narcóticos, uso indebido de medicamentos
	9. Inestabilidad de las familias, soledad, muchos hijos
	10. Bajo nivel cultural y de escolaridad
	11. Nivel muy alto de urbanización
Biogenética	12. Predisposición a las enfermedades degenerativas
	13. Probabilidad a desarrollar enfermedades hereditarias
Medio ambiente	14. Contaminación del aire por cancerígenos
	15. Contaminación del agua por cancerígenos
	16. Otras contaminaciones del aire
	17. Otras contaminaciones del agua
	18. Contaminación del suelo
	19. Cambios bruscos de los fenómenos atmosféricos
	20. Radiaciones helecósmicas y magnéticas elevadas

Salud publica	21.	Inefectividad de las medidas profilácticas
	22.	Baja calidad de asistencia medica
	23.	Asistencia médica no oportuna
	24.	Pobre accesibilidad a los distintos tipos de asistencia médica

Fuente: Los autores

Estilo de Vida

Conocido como riesgo autogenerado, Lalonde y Lafambroise lo dividen en tres elementos para su estudio:

1. Riesgos inherentes al ocio
2. Riesgos inherentes a los modelos de consumo
3. Riesgos ocupacionales

1) Riesgos inherentes al ocio: Como falta la recreación asociada íntimamente con la hipertensión y con las enfermedades coronarias. La falta de ejercicio agrava las enfermedades coronarias, causa obesidad y lleva un total deterioro del estado físico.

2) Riesgos inherentes a los modelos de consumo: Constituyen un tipo de riesgo autogenerado debido a:

- Adicción al alcohol: causa de cirrosis hepática.
- Consumo excesivo de alcohol: causa accidentes automovilísticos.
- Consumo excesivo de alimentos: causa obesidad y otras consecuencias.
- Consumo de tabaco: causa enfermedades pulmonares obstructivas, cáncer de pulmón y agravante de las enfermedades cardíacas.
- Drogodependencia y consumo de drogas: causa suicidio, homicidio, desnutrición, accidentes, marginación social y ataques agudos de angustia.
- Abundante consumo de glucosa (azúcar): causa caries, obesidad e hiperglicemia con sus problemas concomitantes.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

3) Riesgos ocupacionales: Refieren a todos aquellos riesgos comprendidos en el sector laboral, sea la ocupación u oficio que sea. En el caso del sector salud, son representados por todos aquellos accidentes biológicos, los relacionados con instrumentos y sitios de trabajo, con el manejo de químicos – reactivos y material de uso preventivo en general

En tal sentido, se debe señalar que los riesgos ocupacionales son aquellos relacionados con los accidentes laborales, los cuales representan todos aquellos acontecimientos o sucesos producidos dentro del trabajo que se desarrollan en el cumplimiento de una función común o específica, debido a la exposición a uno o varios elementos que aumenta la probabilidad de que aparezca una enfermedad u otro resultado específico de daño a la salud.

En pocas palabras, se refieren a todos aquellos riesgos físicos o de aquellos relacionados con la posibilidad de contraer infecciones de tipo biológicos, o de aquellos relacionados con el manejo de acciones diseñadas para prevenir las infecciones laborales, a fin de cumplir con todas aquellas normas de bioseguridad, dirigidas a prevenir el riesgo a contraer agentes patógenos o el riesgo a contagio de determinadas enfermedades.

En tal caso, representan las diferentes formas en que un profesional, en este caso, de la salud puede generar una situación en la que pone en riesgo su salud y la de los pacientes que acuden a estos Centros Hospitalarios; destacándose entre los mismos: los accidentes con elementos punzo cortantes, con fluidos corporales, los físicos, como caídas o traumas en el manejo de pacientes, la intoxicación química y los psicológicos. Estos últimos de vital importancia, puesto que generalmente ocurren debido a que el personal de salud se ve afectado de manera alarmante por situaciones que no le permiten realizar adecuadamente sus labores de una manera normal.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

De igual forma, se encuentran los riesgos biológicos, representados por los “agentes vivos o inertes capaces de producir enfermedades infecciosas o reacciones alérgicas, producidas por el contacto directo de las personas que están laboralmente expuestas a estos agentes”. Destáquese entre éstos, los de origen percutáneos (pinchazos) o contacto con sangre o fluidos corporales, parenteral, secreciones infectantes y por vía respiratoria, siendo los principales agentes virales contaminantes del personal de enfermería son la hepatitis B y C, por VIH y por bacterias como la tuberculosis y el tétanos, entre otros.

En la misma línea de ideas, se presentan los riesgos ergonómicos, los cuales se refieren “a las características del ambiente de trabajo que causa un desequilibrio entre los requerimientos del desempeño y la capacidad de los trabajadores en la realización de las tareas”. Estos factores de riesgo están asociados con la postura, la fuerza, el movimiento, las herramientas, los medios de trabajo y el entorno laboral.

Con igual importancia, se citan los riesgos físicos, entendidos como aquellas distintas formas de energía, que generados por fuentes concretas, pueden afectar a los trabajadores sometidas a ellas; estas energías pueden ser: Mecánicas, Térmicas, o Electromagnéticas”. Destáquese en este caso, los accidentes generados, ya sea, a consecuencia de fallas en equipos y ausencia de insumos.

Ya para finalizar, se citan los riesgos químicos, entendidos como “aque- llos constituidos por materia inerte (no viva). Pueden presentarse en el aire en forma de moléculas individuales (gas o vapor), o de grupos de moléculas unidas, formando aerosoles (sólidos o líquidos)”. Es importante la diferencia entre ambos, porque los aerosoles, debido a su mayor tamaño, tienen un comportamiento en el aire y al ser inhalado, diferente del de los gases y vapores, que es idéntico al del aire por tratarse de moléculas individuales.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

De la misma forma, se encuentran los riesgos originados por el estrés ocasionado por presiones del trabajo, angustias y tensiones que a su vez pueden provocar **úlceras** pépticas e hipertensión

Asimismo, se encuentran los relacionados con los hábitos negligentes al conducir causan accidentes.

Ya por último, se describe la promiscuidad como una acción de riesgo que, en el área de salud, puede dar lugar a enfermedades de transmisión sexual.

Medio Ambiente

Se define como los hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. El medio ambiente para su estudio se lo subdivide en tres dimensiones: física, social y psicológica:

- 1. La Dimensión Física**, refiere a los procesos y rasgos físicos del entorno que soportan el conjunto de los sistemas naturales y sociales, responde a la descripción detallada y análisis del conjunto de procesos y rasgos físicos del ecosistema, ejemplo: la contaminación del aire por hidrocarburos y derivados, la contaminación del agua, el ruido, traen problemas de salud como pérdidas de la audición, enfermedades infecciosas, gastroenteritis, cáncer, enfisema y bronquitis. Comprende las características físicas determinantes para la supervivencia de las comunidades biológicas, que según sus variaciones particulares, determinaran la presencia de especies definibles, grados de vulnerabilidad y especializaciones particulares, información fundamental para la comprensión de los ecosistemas naturales.
- 2. La Dimensión Social**, se refiere al uso que hace la ciudadanía del territorio y los recursos disponibles de los que dispone la comunidad, y en definitiva, al uso del espacio público al que tienen derecho las personas en todos sus niveles: local, regional y nacional. Esta dimensión comprende los problemas socioambientales, en los cuales convergen factores geográficos, culturales,

económicos y demográficos que representan desafíos técnicos considerables para la gestión pública. Problemas como la saturación de cuencas por contaminantes atmosféricos, o las disputas entre actividades económicas intensivas en materias primas y usuarios por los derechos de aguas, que difícilmente puedan ser previstos o superados sólo con regulaciones genéricas, tales como normas y políticas de uso del suelo o políticas ambientales.

- 3. Dimensión Psicológica**, representa de estudio de carácter eminentemente aplicado, que analiza la interacción persona-medio ambiente y, se centra en explorar las conductas causantes del deterioro ambiental, o por el contrario, en aquellas otras conductas que permiten la conservación del entorno. A lo largo de las últimas décadas han proliferado los estudios realizados con el fin de explicar distintos aspectos relacionados con la conciencia ambiental y la conducta ecológica, desde una perspectiva psicosocial como resultado de actitudes, valores y creencias, considerándose con ello que, el hacinamiento, aislamiento y cambios acelerados, así como el intercambio social, pueden resultar causa de homicidio y suicidio, estrés, por cuanto crean riesgos que son una amenaza mayor para la salud.

Biología Humana

El objetivo principal de este elemento es el cuerpo humano en su constitución como individuo, es así como la herencia genética de un individuo puede determinar desordenes genéticos, malformaciones congénitas y retraso mental. El proceso de maduración, envejecimiento, es un factor determinante de la artritis, diabetes, arterosclerosis y cáncer. Los desórdenes evidentes del sistema óseo, muscular, cardiovascular, endocrino y digestivo son subcomponentes de los complejos sistemas internos.

Si se pueden superar los sistemas que se originan en la biología humana, se podrán salvar muchas vidas, reducir la miseria y disminuir el costo de los tratamientos.

Sistema organizativo de atención médica

La estructura del sistema de atención médica se conforma de las instituciones, organizaciones, entidades y personas cuya finalidad sea la salud, o se relacione, proporcione, fomente o que sus componentes tenga que ver con actividades relacionadas a ella. Su composición, estructura y entorno estén relacionados al componente máximo que es la salud, y que posea propiedades que aporten a este fin, para que exista una interrelación entre los componentes del sistema y los elementos del entorno.

El sistema de salud o atención médica representa el resultado de la coexistencia del sector público y el privado, esta estructura tiene su origen por la procedencia de los recursos, de modo que los tres apelativos los representan los subsistemas de la estructura nacional de salud. El desempeño del sistema en primera instancia está en manos del gobierno quien debe formular una buena política de trabajo, pero es fundamental la buena rectoría de cada institución sanitaria como unidad que conforma el sistema nacional.

La máxima autoridad nacional es el Ministerio de Salud, es el órgano representante del nivel normativo dentro de la organización del sistema de salud y que actúa como ente regulador, de dirección y control en los tres subsistemas: público, privado y mixto, así el ministerio en sus tareas diseña políticas y programas, coordina las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

Este sistema de seguridad social de atención médica, tiene como propósito crear una provisión de medidas económicas y sociales que proteja los niveles de vida de la población en las declinaciones que aparezcan a lo largo de sus vidas como el deterioro de la salud, desempleo, en situaciones de invalidez, entre otras, que impidan las capacidades de solventar el desarrollo de su vida como individuo o en familia, se realiza a través del consenso de políticas y acuerdos públicos y con una contraprestación de los individuos para generar esta asistencia social

Determinantes de la salud

Este sistema representa la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención médica y se divide en tres elementos:

- Curativo, representa la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención médica, el mismo se encuentra comprendido por medicamentos, tratamientos dentales y profesionales sanitarios.
- Restaurativo, incluyen el hospital, hogares y servicios de ambulancia, es decir, los medios de atención médica disponibles para este fin.
- Preventivo, son limitados y estén representados por la atención primaria de salud y sus diferentes programas de atención médica dirigidos a la prevención de enfermedades. Los elementos preventivos del sistema son limitados.

Imagen 1. Servicios Móviles de Atención Médica



Fuente: Serrat (2015)

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Siguiendo el esquema de Narey Ramos Domínguez, sobre los determinantes del estado de salud de la población se señalarán los siguientes factores:

- La pertinencia a diferentes clases sociales o grupos, el nivel de la renta nacional per cápita, el consumo personal y social, la ocupación laboral y sus correspondientes desempleos.
- El volumen y la estructura de edad de la población, sus composiciones profesionales, la densidad y ubicación territorial, las migraciones, la dimensión promedio de la familia y el nivel de matrimonios y divorcios.
- La proporción de la población urbana, la urbanización propiamente dicha, el estrés, el ruido, el desarrollo del transporte y las comunicaciones.
- Las condiciones productivas, el carácter y regímenes de trabajo, la organización del trabajo, las nocividades profesionales y los factores psicoemocionales.
- Las condiciones de vida, la garantía a la población de viviendas y calidad de condiciones de vida; el aseguramiento con las instituciones infantiles y la calidad de atención a los niños, el volumen de los beneficios comunales y cotidianos.
- El nivel de cultura y educación, las peculiaridades, estructura y calidad de la alimentación, régimen del descanso de la población, la preparación física general, entrenamiento y fortalecimiento, hábitos nocivos y la conducta antisocial. Las peculiaridades étnicas, composición nacional y religiosa de la población, estructura genética – población y tradiciones nacionales, costumbres y peculiaridades de la vida.
- La salud pública, el aseguramiento de los diferentes tipos de asistencia médica general y especializada, la accesibilidad de la asistencia médica general y etapas de su organización, el carácter oportuno de la misma, la efectividad de las medidas profilácticas, dispensarización, inmunización y cumplimiento de la legislación y observación sanitaria.
- Las condiciones climatológicas, el cinturón bioclimático, la con-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

tinentalidad del clima, la severidad del tiempo, la velocidad y orientación del viento, el número de días soleados al año, la temperatura máxima, las caídas de temperatura, de presión y el nivel de humedad.

- Las condiciones del lugar, las zonas naturales, las peculiaridades de relieve del lugar, la satisfacción y el volumen de las aguas propicio para la satisfacción de las necesidades del hombre, la composición geoquímica de microelementos y biología del suelo y su estructura, la composición del aire atmosférico y su restablecimiento, las medidas de las áreas verdes y la peligrosidad naturo-infecciosa.
- Condiciones cósmicas, la periodicidad de los ciclos de la actividad solar, las radiaciones heliocósmicas y la influencia magnética.
- La contaminación del medio natural, del aire atmosférico con ingredientes químicos y biológicos, de los depósitos acuosos internos y externos con ingredientes químicos y biológicos, la alteración del equilibrio ecológico y la destrucción de la biogénesis.

En efecto, se puede entender como determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el bienestar físico, biológico, natural y psicológico de los individuos o de las poblaciones. Como consecuencia a estos determinantes, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la Atención Integral de la Salud, fundamentadas en la necesidad de fortalecer la atención en el nivel primario de atención, que se encuentra localizado cerca de la población, lo que vino a cambiar el objetivo de la atención de la salud en ese nivel, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Caracterización de Algunos Determinante

Según Narey Ramos Domínguez:

1) Alimentación no Higiénica y escasas proteica a nivel poblacional

Las sociedades hoy día, han demostrado que mantienen alimentaciones comprendidas por un bajo contenido de nutrientes; lo que para muchos sectores del país ha sido negativo, pues en consecuencia establece comunidades con bajos rendimientos físicos y cognitivos. He aquí, que la desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades, la cual es causada por la falta de nutrientes que requiere el organismo para su desarrollo óptimo.

Bajo este enfoque, cuando se habla de desnutrición poblacional, se está haciendo referencia al desequilibrio que mantiene el hombre entre lo requerido y lo consumido por su organismo; por lo que es relevante entonces que una sociedad desarrolle políticas nutricionales, para que las familias establezcan conciencia sobre los alimentos necesarios para su alimentación. No obstante, a nivel mundial, estadísticas de la Organización Mundial de la Salud han demostrado que la producción de alimentos actual, no abastece las necesidades nutricionales de las poblaciones, observándose con ello que, el requerimiento de calorías en el mundo creció de 25 a 28%.

Asimismo, se observa que la producción de alimentos desarrollada por algunas Naciones y poblaciones no se encuentra apta para el consumo humano, problemática ésta originada por la ausencia del cumplimiento de medidas higiénico sanitarias exigidas para este tipo de labor industrial o, por la falta de mecanismos industrializados acordes a la exigencia de cada producto.

Al mismo tiempo, el nivel de alimentación en los diferentes países y regiones se caracteriza por una gran heterogeneidad. En los países desarrollados existe suficiencia alimenticia y muchas veces excesiva en cuanto al contenido energético y proteínico. La mayoría de los países

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

pobres experimentan déficit, ya que el incremento anual de la producción de las mercaderías alimenticias es dos veces menor que lo necesario y no supera el 2.5% en consecuencia el 10% de los habitantes de países en desarrollo, los cuales sufren de insuficiencia proteica, al 18% no se le garantiza el mínimo de calorías. El 58% de estos países no se satisface en lo calórico – proteico según la FAO Y OMS. Y en medio de la opulencia de países ricos hay un 10% de población subalimentada.

En apoyo a esto, la Organización Mundial de la Salud OMS Salud OMS, sostiene que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad, causando más muertes en el mundo que la desnutrición. Para muchos científicos, la obesidad es sinónimo de una epidemia mundial, lo cual es sugerido, por el hecho de que en diversas regiones del mundo, la mayoría de los países informan que al menos 40 % de su población entre las edades de 45 y 59 años tienen sobrepeso o presentan esta condición. (p.84).

La alimentación humana, no higiénica ni controlada como factor de riesgo incluye:

- La no correspondencia entre el ingreso de energía y su gasto (promedio 2.600 calorías).
- La estructura inadecuada de la alimentación.
- La no sistematización del horario de ingestión y la no correspondencia de los volúmenes con las peculiaridades individuales.

Ante todo, el desbalance se relaciona con la alimentación excesiva que conduce a la obesidad, enfermedad que produce muchos trastornos. (excesivo se considera el peso que supera la norma en 10% y obesidad cuando supera la norma en 20%). Los trastornos más comunes en el exceso y en la obesidad son enfermedades cardiovasculares, endocrinas (diabetes), respiratorias, cerebro vasculares osteoarticulares y algunos tipos de cáncer.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

De este modo, es importante conocer que la causa fundamental del exceso de peso en el individuo, la constituye el desequilibrio energético entre las calorías ingeridas y gastadas. El mismo, es consecuencia de la interrelación de factores tanto físicos (metabólicos, genéticos, hormonales) como ambientales (hábitos alimentarios inadecuados y un notable sedentarismo) y psicopatológicos (ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros)

Lo antes mencionado, lleva a interpretar que este desequilibrio energético de la persona se debe en la mayoría de los casos a trastornos alimenticios, los cuales generalmente se ven asociados a la obesidad, pues comprenden alteraciones en el estado de ánimo de la persona, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria típicos o atípicos, tales como el síndrome de ingesta nocturna y el exceso de ingesta hídrica, los cuales en consecuencia generan en la persona un excedente al peso que ésta debe comprender, estableciéndose con ellos, los riesgos y consecuencias a la salud que esta condición ocasiona al organismo.

En efecto, la obesidad viene siendo un problema de salud importante al que es necesario prestar atención desde diferentes disciplinas, ya que en los últimos años ha habido un importante y preocupante aumento de la prevalencia de esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud OMS, afirma que la obesidad se ha convertido en una pandemia global con implicaciones significativas en la salud pública a nivel social, económico y sanitario.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que existen en el mundo aproximadamente “1.6 millones (mayores de 15 años) con sobrepeso, al menos 400 millones de adultos obesos, además la institución calcula que en el año 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad”.

La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento y la cual plantea un serio riesgo para el desarrollo de diabetes Mellitus, HTA, cardiopatías, enfermedad de la vesícula biliar y ciertos tipos de cáncer. Obsérvese con esto que, la obesidad entendida como factor de riesgo es un factor predictor para el desarrollo y progresión de osteoartritis de rodilla, enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, insuficiencia renal, entre otras consecuencias, que en su efecto minimizan la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, las cuales constituyen, a nivel mundial uno de los más importantes problemas de salud pública. La enfermedad cerebrovascular se presenta cuando la estructura pierde la irrigación sanguínea debido a la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, lo que genera la aparición de una zona infartada y es en ese momento en el cual ocurre el verdadero “infarto cerebral” y se debe sólo a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, ya sea por acumulación de fibrina, o de calcio o por alguna anomalía en los eritrocitos, pero generalmente es por aterosclerosis o bien por un émbolo (embolia cerebral) que procede de otra localización, fundamentalmente el corazón u otras arterias (como la bifurcación de la carótidas o del arco aórtico). Esta enfermedad cerebrovascular, tiene enorme relevancia a nivel internacional, debido a las elevadas tasas de morbimortalidad y el grado de discapacidad que originan en las personas. De allí la necesidad de que los individuos que la padezcan, en especial los pacientes hipertensos realicen cambios en los hábitos personales, como medida de prevención fundamentada en planes de promoción de salud, en la adopción de estilos de vida saludables, control de la obesidad y la prevención de los factores de riesgo modificables, los cuales permitan disminuir la incidencia de la enfermedad.

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (2016), la hipertensión arterial en conjunto con las enfermedades isquémicas, representan la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez per-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

manente entre las personas adultas y una de las principales causas de déficit neurológico. Según definición dada por la Organización Mundial de la Salud OMS 2015, las ECV provienen de la progresión acelerada de signos clínicos de alteraciones focales (o globales) de la función cerebral, con duración de 24 horas o más, que puede provocar la muerte con ninguna otra causa aparente más que el origen vascular.

El riesgo de muerte por enfermedad arterioesclerótica y por infarto de miocardio, se debe al consumo de grasa saturada y colesterol. La sal con una acción hipertensiva (más déficit de calcio) conduce un alto nivel de cardiopatías y lesiones cerebrovasculares, además efectos cancerígenos en estómago igual producen los alimentos ahumados (nitrosaminas) y fritos, las conservas producen a la larga cáncer biliar que se aumentan ante estos para facilitar la digestión.

Las medidas de prevención: La ingestión de vitamina C actúa estimulando la producción del interferón, los procesos biológicos que contribuyen a la profilaxis de las enfermedades virales, parece también bloquear la formación de nitrosaminas y tener propiedades anti congénitas; la vitamina A ayuda a la profilaxis del cáncer de estómago. Se realizan estudios de las propiedades anti congénitas del Selenio, Zinc,

Molibdeno y otras sustancias.

- En la actualidad, en los países desarrollados se han elaborado programas especiales que incluyen las siete tareas fundamentales en la esfera de la alimentación encaminadas al mejoramiento de la salud.
- Evitar el hartazgo y en presencia de un peso corporal excesivo disminuir el consumo energético y aumentar las pérdidas, hasta lograr un balance calórico negativo para bajar de peso.
- Aumentar el consumo de carbohidratos complejos y azúcares naturales (fructuosa, lactosa) hasta 48% de las calorías generales.
- Disminuir el consumo de grasa hasta el 80% del consumo ener-

gético general, a expensas de la limitación del consumo de carne, huevos y el consumo de leche desgrasada, carne de aves y pescado.

- Disminuir el consumo de colesterol al día hasta 300 g.
- Limitar el consumo de sodio disminuyendo el consumo diario de sal hasta 5 g.

Se recomienda ingerir legumbres y frutas frescas, pescado y carnes de aves, leche descremada, yogurt, fibras y verduras cocidas, aceites vegetales mono y polinsaturados, organizar una alimentación regular y evitar el hartazgo como ciertas normas generales que determinan una reorientación de la producción de los alimentos y una intensa labor educativa.

2) Consumo nocivo de alcohol

El alcohol es uno de los factores más nocivos y afecta al hombre, mujeres y adolescentes del mundo, así es que la producción de cerveza creció en Asia, África y América Latina. El alcohol aporta 7 kcal /g y se metaboliza más como una grasa que como un carbohidrato por ello su consumo excesivo puede degenerar obesidad. Recientemente se ha publicado un estudio por la Organización Panamericana de la Salud OPS, en el cual se llega a la conclusión que el consumo de alcohol está asociado con el desarrollo de la obesidad.

En suma de ello, es importante conocer que las bebidas alcohólicas además de contener alcohol también contienen carbohidratos que también contribuyen a elevar el contenido energético de estas bebidas. Entiéndase por alcoholismo, el consumo constante y alterno de alcohol que conduce a la dependencia y otros problemas de salud. Hasta 7 litros per cápita anual se denomina bajo consumo.

En los países económicos desarrollados se ha fijado esta producción:

- El 13% de la población no consume alcohol.
- El 37% de la población consume 6% de las bebidas producidas.
- El 43% de la población consume el 44% de las bebidas produ-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

cidas.

- El 7% restante de habitantes corresponde al 50% de todo el alcohol consumido.

Es evidente que el último y penúltimo grupo están necesitados de una atención urgente y de la realización de medidas preventivas y curativas.

Los problemas relacionados con el alcoholismo y consumo de alcohol son de orden: social, económico, fisiológico y psicológico. Ejemplo: agresividad, accidentes, problemas legales, problemas laborales y familiares, degradación social y de la personalidad, disminución de las capacidades intelectuales, potencia sexual, suicidio, disminución de los indicadores económicos y productivos, así como la expectativa de vida de la población entre otros más.

3) El hábito de fumar

Valores guías, según Population References Bureau INC-XII-1998:

Menos de 3 a 4 cigarrillos por día	bajo consumo
De 5 a 6 cigarrillos al día	mediano consumo
Sobre 7 a 8 cigarrillos al día	alto consumo
+ de 25 cigarrillos al día	muy alto o gran fumador.

Se denomina consumo bajo per cápita anual de un país cuando esta entre 1.543 y 1.148 unidades.

Se denomina consumo alto cuando oscila en 2.857 unidades per cápita año en un país. Ejemplo: Cuba, Grecia, Chipre. El cigarrillo encendido es de cerca de 300° C de temperatura y durante la chupada es de 900 a 1000 ° C. Es como una fábrica química única, que produce a expensas de la alta temperatura mas de 4.000 componentes diferentes, entre estas 40 que son cancerígenas. Con los componentes gaseosos del humo de tabaco se relacionan el CO₂, el oxido de carbono, el cianuro,

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

amonio, isopreno, acetaldehído, tolueno, nitrobenceno, acetona, hidracina, sulfuro de hidrogeno, ácido cianhídrico y otros.

El hábito de fumar puede servir como causas de alteraciones funcionales de la salud y de muchas enfermedades: empeoramiento de la memoria, atención y observación; detección de la potencia sexual, infertilidad, alteraciones del embarazo, insuficiente desarrollo fetal hasta detenimiento, nacimiento de niños de bajo peso, abortos, menopausia prematura, disminución de la capacidad laboral, monstruosidades congénitas, aumento del numero de abortos y del numero de casos de muerte de recién nacidos.

El habito de fumar es la causa de muerte másfácilmente prevenible con medidas educativas, de fomento y prevención. Se cree que tiene una relación directa con el cáncer de pulmón y bronquios, de labio, cavidad bucal, tubo digestivo, faringe, laringe, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cirrosis hepática, ulcera péptica, cáncer de vejiga, cáncer renal, cáncer de páncreas, otras enfermedades del sistema cardiovascular.

El cáncer se presenta con mas frecuencia con el habita de fumar, asociada con mala higiene alimenticia y el consumo de alcohol.

El habito de fumar ejerce influencia sobre la salud de los fumadores pasivos, ya que en la corriente adicional del humo del tabaco contiene sustancias en cantidad no menor que el flujo fundamental.

Los cálculos señalan que el habito de fumar representan perdidas económicas para la sociedad, debido a los problemas de salud que conlleva dar lugar a pérdida de tiempo laboral, disminución de la productividad de trabajo, gastos de asistencia médica y pérdidas relacionadas con incendios.

4) Condiciones nocivas de trabajo y desempleo

Estudios sociopolíticos señalan, que un factor esencial para la salud es el desempleo de la población. Las crisis económicas de los países capitalistas son la causa del crecimiento de la pobreza, con lo que se hace lo imposible la existencia humana sin el consumo constante de un sinnúmero de bienes materiales esenciales para la vida, incluyendo los servicios básicos que facilitan la propia existencia. Por lo tanto, el fin de la asistencia social es la consecución del bienestar y para obtenerlo es preciso organizar eficientemente: la producción, la distribución, el intercambio, el consumo y la acumulación de bienes y servicios, con el criterio que la creatividad científico-técnico amplia para cada ciclo siguiente en relación con bienes y servicios a consumir. Por tanto, el empleo o trabajo es sinónimo de producción de la economía.

El estado de salud poblacional depende en gran medida del bienestar general que goza una población. La disponibilidad de alimentos, vestido, vivienda adecuada a las necesidades familiares, atención médica y dental, medicinas, comunicaciones, condiciones de trabajo y otros indicadores de bienestar son condiciones del estado de salud de la población. La economía neoliberal de globalización o la crisis de los países ricos tiene un efecto en cadena sobre los países pobres. Por tanto, actúa sobre el ingreso del individuo, comunidad y sociedad en general y condicionan su nutrición, educación, acceso y disponibilidad de servicios básicos para asegurar el equilibrio del proceso de salud-enfermedad.

Así mismo, el nivel económico de la sociedad condiciona la higiene ambiental, la disposición de agua potable, el alcantarillado, el nivel y calidad de la atención médica. A su vez a la inversa, la salud condiciona la disposición física y mental de los individuos para el trabajo, fuente creadora de la riqueza material, que, en el aspecto personal, familiar, comunitario y social, generan los recursos para asegurar las condiciones socioambientales necesarias para conservar y promover la salud, prevenir la enfermedad y curarla cuando se presente. El estancamiento

económico trae recesión de 10 a 20 años y con ellos recortes en: el empleo, gasto público y privado, una mejor disponibilidad de bienes y servicios, fenómenos que inciden en la salud poblacional, etc.

El empleo o trabajo es un medio productivo que realizado en ambientes psicoemocionales favorables pueden constituirse en acción positiva para la salud, mas si son si desfavorables, dan lugar a lo contrario y a las enfermedades profesionales que son objeto de estudio de la higiene laboral. Al mismo tiempo, el empleo de tecnologías modernas en la producción eleva la complejidad del trabajo y sustituyen al trabajo físico poco calificado por el denominado trabajo intelectual tenso, con grandes cargas emocionales vinculados con la hipodinamia, hipoquinesia y monotonía. Por otro lado, la intensificación de la producción con el uso de nuevas tecnologías actúa sobre el hombre con nuevos factores desfavorables: ruido-vibración ultra e infrasonido, campos eléctricos y magnéticos, sustancias químicas, etc.

Tienen importancia positiva factores como: la interrelación de los trabajadores, la estabilidad del trabajo, su ritmo fisiológico y ausencia de peligrosidad. El trabajo nocturno, el cambio de turno, las relaciones conflictivas entre el trabajo y la familia pueden ser causas de estrés y aumenta la frecuencia de las enfermedades sicosomáticas con su fatiga, nerviosismo, irritabilidad y el insomnio. En el futuro podrá eliminarse todo esto cuando el hombre descanse en solamente las funciones de dirección y control sobre la automatización de los procesos tecnológicos y la robotización de las producciones.

5) Estrés patogénico

Este factor de riesgo llamado tensión física es el universalmente causante de las neurosis y de las enfermedades psicósomáticas. “El estrés constituye una reacción adaptativa no específica de respuesta, a la acción de los **estresores** en el proceso de interrelación del individuo de determinados grupos, así como de la población en general, en el medio ambiente. En la base de estrés con frecuencia existe un conflicto,

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

la no correspondencia entre los deseos y las posibilidades, entre las posibilidades y la adaptación, condicionada tanto interna como externamente”.

La salud psíquica es uno de los principales problemas del mundo actual y sobretodo de países desarrollados y son causa de trastornos psicósomáticos como: isquemia cardiaca, hipertensión, ulcera estomacal y duodenal, una serie de enfermedades metabólicas.

Entre las personas inquietas, aprehensivas, presuntuosas, insatisfechas, con tensión interna constante y rápida reacción, que descansan poco, es más frecuente la isquemia e hipertensión que en personas apacibles, enervadas y emocionalmente estables. Los estados psicológicos unificados por el concepto de “insatisfacciones” van acompañados en las personas por la hiperfunción de la corteza suprarrenal, lo que, por su parte, conduce a cambios del estado de ánimo, a la disminución de las reacciones inmunológicas. (Narey Ramos Domínguez).

6)El sedentarismo “adinamia-hipodinamia”

Hipodinamia es la carga física insuficiente, factor de riesgo relacionado con el progreso científico-técnico. Los músculos que trabajan insuficientemente disminuyen las posibilidades funcionales de los órganos, específicamente del corazón y de los vasos, y todo esto en conjugación con las alteraciones del metabolismo graso, condiciona la disminución de las perdidas energéticas y esto afecta al sistema cardiovascular.

El sedentarismo es un factor de riesgo a tener ciertas enfermedades de vasos, articulaciones, columna, otras del aparato de locomoción y sostén. Las artritis, artrosis, radiculis y dolores lumbares son consecuencia de la hipodinamia. Además, los músculos que trabajan poseen la capacidad de consumir el exceso de ciertas sustancias que son el resultado del desbalance de los procesos químicos y biológicos del organismo, en los casos de alteraciones de la adaptación y de enfermedades. Ejemplo: en la neurosis existe acumulación de adrenalina, que

puede en el caso de la hipodinamia conducir al infarto, frecuentemente luego de agudo estrés emocional, que aparece en el descanso o en el sueño, sobrecargando al organismo de gran cantidad de adrenalina y otras sustancias acumuladas como resultado de la tensión neurosíquica.

7) Los factores del medio ambiente

Medio ambiente, es el espacio en el que tiene lugar el trabajo, la vida y el descanso de la población, representa en si un sistema integro, equilibrado, que se compone de elementos interrelacionados.

- El aire y los fenómenos climatológicos
- El agua
- La flora y la fauna
- El relieve
- El medio artificial creado por el hombre

La ciencia denominada ECOLOGÍA es la que abarca el estudio de estos elementos. Ecología es la ciencia que estudia las interrelaciones de los organismos y del medio ambiente. El medio natural crea determinadas condiciones, como frecuencias específicas, para la conservación y desarrollo de salud. Tanto es que ya no provoca duda la siguiente cadena causa-efecto:

- Actividad solar-perturbación de la magnetosfera e ionosfera
- Crecimiento de la tensión del campo magnético de la tierra
- Reaccion del organismo
- El cambio de las condiciones del tiempo y, ante todo, de las caídas de la presión atmosférica y de la temperatura, ejercen una influencia sustancial sobre la frecuencia de las agudizaciones en el curso de una serie de enfermedades y de las posibilidades de morir por su causa.

La contaminación del aire

“SMOG” viene de la contracción de dos palabras: smoke y fog (humo y niebla). Contaminación, es la presencia en el aire de sustancias producidas por la actividad humana en cantidad y concentración capa-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

.....

ces de interferir en el bienestar y la salud de las personas, animales y plantas. Contaminación es también la alteración de la calidad del aire a causa de la presencia de sustancias nocivas en los niveles superiores a los valores de sus concentraciones máximas admisibles (CMA).

Otros autores plantean que la contaminación de la atmosfera es la presencia en el aire de sustancias o compuestos ajenos a su composición natural, en concentraciones y tiempo capaces de provocar efectos adversos sobre la salud de las personas, flora, fauna, así como perjuicios económicos o degradación de entorno.

Tabla 2. Composición media del aire atmosférico OMS, 1971

Componente gaseoso	Concentración normal
N ₂	78.101%
O ₂	20.946%
Argón (Ar)	9.170 P. PM
CO ₂	317 P. PM
En	18.2 P. PM
He	5.24 P. PM
Metanol (CH ₄)	1.5 P. PM
Kriptón (Kr)	1.14 P. PM
N ₂ O	0.3 P. PM
Hidrógeno (H ₂)	0.5 P. PM
Xe	0.086 P. PM

Fuente: Dr. Hernán San Martín – México 1983

Las principales fuentes contaminantes del aire son: naturaleza, agrícolas y tecnológicas.

En las naturales la más común es el polvo; y la menos común las biológicas: esporas, polen, bacterias (guerra bacteriológica).

En las agrícolas: insecticidas, herbicidas.

En las tecnológicas: todas las actividades industriales de fundición, productos químicos, construcción, papel, etc.

Pero las mas importantes son las que provienen de procesos directos de conversión de energía, cuando se queman carburantes para el transporte y para la producción de energía eléctrica.

En resumen, las fuentes tecnológicascontaminantes del aire en el mundo son:

1. Procesos industriales de todo tipo
2. Vehículos de motor que emiten contaminantes (CO, Plomo, Óxido de nitrógenos y partículas) y elementos fotoquímicos
3. Consumo industrial y domestico de combustibles fósiles que producen polvo y óxidos de azufre.

En la actualidad se han estudiado mas de 200 componentes perjudiciales para la salud en los gases expulsados por los automóviles siendo algunos de los principales CO, ON, NO₂, diferentes hidrocarburos incluyendo el 3,4- benzopireno, aldehídos, gases sulfurosos, plomo, cloro, fosforo, hollín, etc.

Los contaminantes atmosféricos se clasifican en primarios y secundarios.

Primarios:

1. Partículas sólidas y líquidas en suspensión, las mas grandes que pesan de 20u y las menos que su tamaño esta entre 1u y menos de 0.25u.
2. Gases y vapores, que comprenden los gases permanentes y los compuestos con puntos de ebullición inferiores a 200°C.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Los contaminantes primarios de más interés son: el SO_2 , partículas en suspensión, el CO_2 , el NO_2 , algunos metales tóxicos en partículas, el CO , los hidrocarburos, etc.

Los contaminantes secundarios de la atmosfera se forman a causa de que la masa atmosférica contaminada se comporta de una forma muy inestable física y química, así como a consecuencia de los distintos procesos de transformación natural de los contaminantes que dan lugar a la aparición de compuestos químicos secundarios. Una de las transformaciones más importantes que ocurre es la solución y oxidación del SO_2 , que produce ácido sulfúrico y sulfatos. La otra cadena de procesos de gran interés es la que se traduce en smog fotoquímico.

La disociación fotoquímica de peróxido de nitrógeno produce ozono (O_3) que a su vez reacciona con los hidrocarburos y forma compuestos con propiedades irritantes. Estos procesos se ven favorecidos con el poco movimiento del aire, insolación abundante, cuya eficacia es máxima en condiciones de anticiclón y altitudes relativamente bajas. Sobre todo cuando existe un obstáculo topográfico a la corriente de aire a gran escala.

El valor guía de la capa de ozono es de 150-250 unidades Dobson, según European Organization for Nuclear Research-Agencia Reuters-Diario El Universo, 13 de septiembre del 2000, Guayaquil-Ecuador.

El O_3 (Ozono) no se encuentra en cantidades apreciables durante la noche, su concentración aumenta en el aire neblinoso poco después de la salida del sol y alcanza su concentración máxima a las primeras horas de la tarde, lo cual demuestra que la luz solar forma ozono y oxidantes a partir de las impurezas atmosféricas.

Se ha comprobado que el SO_2 , el NO_2 y los aldehídos pueden absorber las radiaciones ultravioletas y reaccionar con el oxígeno molecular para producir oxígeno atómico y sucesivamente ozono. Con cantidades

reducidas de NO_2 se producen cantidades grandes de ozono el cual reacciona con los contaminantes orgánicos y producen compuestos que provocan irritación de los ojos y reducen la visibilidad.

El grupo intergubernamental de evaluación del clima de la tierra reunido en Buenos Aires (1998) señala que en siglo XXI se producirá un gran calentamiento del planeta, extensión de desiertos, debido al efecto invernadero excesivo, causado por la concentración fuerte de gases provenientes de la combustión de energía fósil que se desprende del gas carbónico (CO_2).

Los principales impactos son: un aumento de temperatura de 1 a 3.5° ; un fuerte crecimiento del nivel del mar de 15 a 95 cm – promedio 50 cm – riesgos crecientes de sequias e inundaciones, deshielo de glaciales, infiltración de aguas saladas en las napas freáticas.

El agua

Los gobiernos de los países de las Américas han venido participando en el Decenio Internacional del Agua Potable del saneamiento ambiental 1981-1990. Cuyo objetivo principal fue “mejorar la salud de la población” sabiendo que el control de la calidad del agua es la clave para reducir los riesgos de enfermedades transmisibles.

Parea el efecto, la OMS publicó “Las guías para la calidad del agua potable y recomendaciones”, que remplazaron a las normas internacionales para el agua potable que se habían aplicado desde 1971.

La Organización Panamericana de la Salud OPS en 1985 publica en español con modificaciones técnico-científicas actualizadas para que los países americanos utilicen el enfoque de riesgo-beneficio al establecer normas para el agua potable en cada uno de ellos.

Valor guía. - La cantidad de agua diaria que necesita un ser humano para su consumo es de 24.000 litros/día. Dr. Plutarco Naranjo, Diario El Universo, en página editorial, año 2000-Ecuador.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

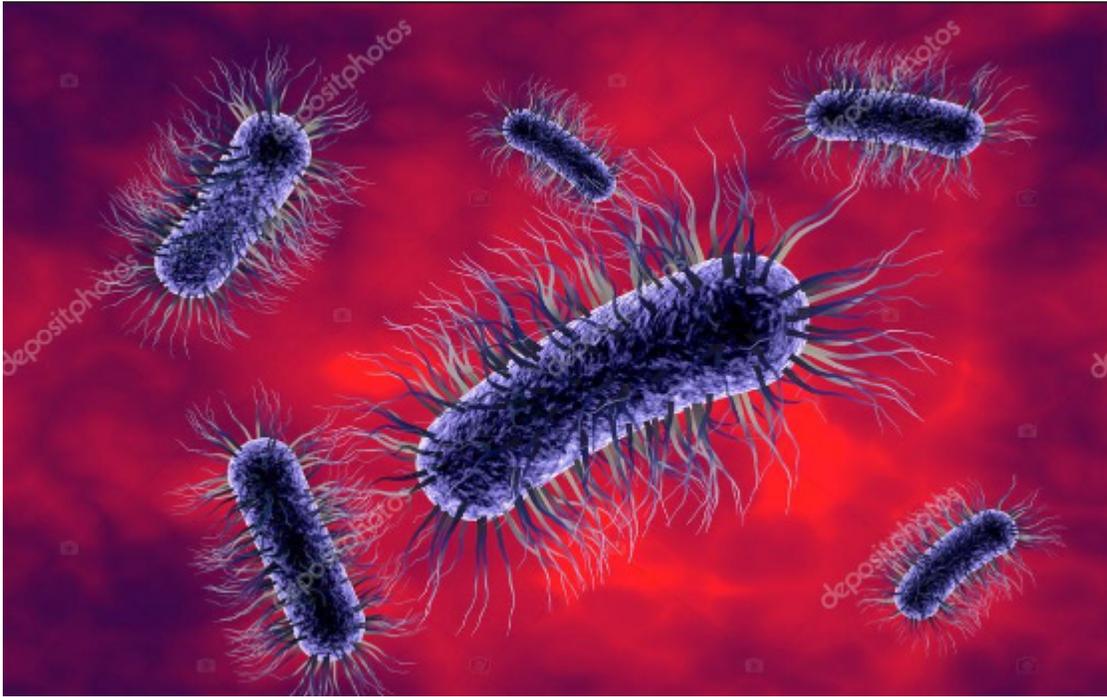
El agua en estado absolutamente puro no existe en la naturaleza, por tanto, tampoco en sus múltiples contactos al recorrer el ciclo hidrológico. La expresión “agua potable” se adoptó convencionalmente para indicar un agua apta para el consumo humano y doméstico, incluyendo la higiene personal. El agua potable como tal tiene requisitos que cumplir en base a valores-guía sobre calidad de orden:

1) Microbiológico

Siendo lo ideal no contener ningún microorganismo patógeno, libre de bacterias indicadoras de contaminación fecal, cuyo indicador específico es el grupo coniforme en su conjunto. Por estar tanto en las heces humanas y en animales de sangre caliente capaces de contaminar el agua potable. “la detección de organismos uniformes fecales (termoresistentes)”, en particular *Echerichia Coli*, brinda una evidencia definitiva de contaminación fecal.

Se ha demostrado que la cloración puede convertir agua proveniente de fuentes contaminadas con heces, en aguas libres de bacterias, siempre que la concentración de cloro libre residual sea por lo menos de 0.5 mg/litro durante un periodo de contacto mínimo de 30° minutos, a un Ph menor de 8.0 y con una turbiedad (UNT) equivalente a 1 unidad nefelométrica de turbiedad o menos. También es conveniente mantener un nivel de cloro libre residual de 0.2-05 mg/litros en el sistema de distribución para reducir el riesgo de una reactivación microbiana. La detección de cloro en valores que caigan en esta concentración indica ausencia de contaminación posterior al tratamiento. Si se detectan densidades de coliformes totales superiores a 3 organismos por 100 ml se debe incrementar inmediatamente la cantidad de desinfectante aplicado para obtener un nivel de cloro libre residual ya señalado.

Imagen 2. Organismo Fecal. Echerichia Coli



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017)

2) Biológicos

No es fácil brindar pautas al respecto, ni guías sobre sus peligros sobretudo en relación con protozoos y helmintos parásitos, por lo que la aplicación de guías o procedimientos se basaran en consideraciones EPIDEMIOLÓGICAS, por lo menos en dos aspectos: a) Muchos parásitos tienen una distribución geográfica compleja y puede no ser propia a nivel local. b) La mayoría de los parásitos transportados por el agua pueden también venir de otras rutas. Ejemplo: alimentos, vía fecal-oral. Los quistes no son destruidos por el cloro, entre otros.

Imagen 3. Helmintos Parásitos



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017)

3) Químicos y físicos

La contaminación química del agua puede emerger de la minería o de practicas agrícolas. Algunas de ellas incorrectas (ejemplo: uso y abuso de nitritos como fertilizantes) o provenientes de fuentes naturales (ejemplo: hierro, fluoruros). Para establecer si existen problemas de este tipo es necesario medir parámetros físicos-químicos, que para países pobres es costos, por lo que se limita a la inspección sanitaria y el análisis bacteriológico. Se utilizan valores guías para características físicas: turbiedad, color, sabor, olor y temperatura.

- a. Turbiedad:** los niveles elevados de turbiedad pueden proteger a los microorganismos de los efectos de la desinfección. La turbiedad debe ser baja o sea por debajo de 1 UNT para tener una desinfección efectiva o 5 unidades Jackson de turbiedad (UJT). La turbiedad de 5 UNT (5 UJT) puede ser perceptible y, en consecuencia, general reparos por el consumidor.
- b. El agua potable:** será incolora, lo contrario hace que el consumidor acuda a fuentes alternativas quizás inseguras. Su valor guía es de 15 unidades de color verdadero (UCV). Los niveles de color por encima de estos son detectados por las personas en un vaso de agua.
- c. Sabor y olor:** El olor del agua se debe principalmente a la presencia de sustancias orgánicas por indicar el incremento de la

actividad biológica en algunos casos y en otros por contaminación industrial. La percepción combinada de sustancias detectadas por los sentidos del olfato y del gusto se conocen con el nombre de sabor por lo tanto el criterio guía se define en “No ser desagradable a la población consumidora”

- d. Temperatura del agua:** Debe ser fresca, se mide en grados Celsius
- e. Desinfección del agua e importancia sanitaria:** Es el cloro el principal desinfectante utilizado en la mayoría de los países y esto se debe a su fácil disponibilidad, su bajo costo y su confiabilidad, así como la facilidad con que se puede usar y medir en los abastecimientos de agua. El cloro es medido en forma libre y total y el cloro combinado. Estos dos cloros son residuales, constituyen el cloro total o residual; desde el punto de vista de la desinfección la forma que mas interesa es el cloro libre pues su poder bactericida es mayor que el cloro combinado. Cuando existe un exceso de otros tipos de compuestos reactivos (en el agua) respecto al cloro agregado originalmente, el nivel de **cloro libre descenderá a 0** y esto es un valor guía.

Los riesgos de la salud derivados del agua destinados al consumo se pueden dividir en dos grandes grupos: biológicos y químicos.

Riesgos biológicos

Los principales agentes de este riesgo son: bacterias patógenas y virus, parásitos y otros organismos que dan origen a las enfermedades hídricas como diarreas agudas causadas por rotavirus, Echerichia Coli, enterotoxigénica, yersinia enterocolitica o bacilos entero patógenos, recién identificados, que en general constituyen una importante causa de morbi mortalidad en la mayoría de los países subdesarrollados que afecta a los menores de 5 años y constituyendo una de las 3 primeras causas de su muerte.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Otras enfermedades hídricas son: cólera, desintaría bacilar o shigelosis, disentería amebiana, fiebre tifoidea y hepatitis infecciosa.

Imagen 4. Riesgos Biológicos del Agua



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017)

Riesgos químicos

Algunos contaminantes químicos, si exceden de cierta concentración pueden resultar tóxicos cuando se ingieren con el agua, tal como el nitrato, el arsénico u el plomo.

Otros elementos disueltos en el agua como los fluoruros resultan beneficiosos, aunque pueden afectar la salud al variar las concentraciones. Existen otras sustancias que pueden afectar la aceptabilidad del agua para beber como aceites minerales, compuestos fenólicos, las sales de magnesio y hierro, así como los iones de sulfato y los cloruros.

El yodo: Su carencia impide la síntesis normal de las tiroxinas y esto ocasiona una hipersecreción de la hormona hipofisiaria tireotropa, que es la bociogena. El bocio endémico es una enfermedad carencial muy difundida.

Los fluoruros: Son elementos esenciales del agua potable particularmente para la prevención de caries en la niñez. La caries tiene una incidencia del 99% entre las edades de 15 a 19 años y es considerada entre las afecciones mas comunes de los humanos, es la primera causa de la perdida de los dientes hasta los 25 años. Sin mayor frecuencia se relaciona con contenido de fluoruros en el agua inferiores a 0.5 mg/l. Este es un valor guía muy importante en salud, cuando las concentraciones son de 2 mg/l o más, dan lugar a la fluorosis dental, caracterizado por un moteado del esmalte y ocurre durante el periodo de calcificación de la dentadura permanente.

Los nitratos: Las concentraciones en aguas superficiales es inferior a 5 mg/l, en aguas profunda es lo contrario. Las concentraciones superiores a 100 mg/l es patógeno para el organismo humano. Se conoce que varios compuestos nitrosos (nitosaminas y nitrosamidas) son carcinógenos, afectando sobretodo el estómago.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO



PARTE II

COMPONENTES USUSALES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

EDICIONES **MAWIL**

1. Población: número, estructura o composición, distribución espacial, ritmo de crecimiento.
2. La fecundidad: nivel, diferenciales, impacto en la salud de la sociedad, políticas y prácticas en su regulación.
3. Morbilidad: nivel, estructura, diferenciales, tendencia.
4. Mortalidad: nivel, estructura, diferenciales, tendencia.
5. Invalidez: nivel, estructura según causas, invalidez laboral.
6. Crecimiento y desarrollo: físico (talla, peso), funcional y neuropsíquico.

1) Población, salud y sus indicadores

La demografía es la ciencia sobre la población que tiene por objeto el estudio del número, estructura y desarrollo de la población humana desde el punto de vista cuali-cuantitativo. Para el uso de este indicador existen técnicas demográficas, que proporcionan información importante para análisis y planificación del desarrollo económico y social, planificación y aplicación de medidas para órganos e instituciones de salud, para elaborar los planes de profilaxis general y específicas, para determinar la cantidad, calidad y distribución de las unidades de servicios asistenciales (hospitales, policlínicos, consultorios) y para la formación de recursos humanos, científico-técnicos entre otros.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Tabla 3. Indicadores demográficos (1970-1990-1991). componentes básicos

INDICADORES	1970	1990 (F)	1991 (C)
Natalidad *	38.0	24.8	25.7
Mortalidad general *	10.0	4.8	5.0
Mortalidad infantil *	76.6	39.5	...
Mortalidad de 1-4 años	4.8	2.6	2.5
Mortalidad maternal **	2.3	1.5	1.7
Crecimiento poblacional	3.0	...	2.4
Esperanza de vida al nacer	...	67.1	...

(F) Datos provisionales sin ajustar

(C) Proyectado en base a datos provisionales del censo

* Tasa por 1000 habitantes

** Tasa por 1000 nacidos vivos

(F) Tasa por 1000 habitantes de 1-4 años

Fuente: Estadísticas vitales INEC

Tomado de: Informe del Ministerio de Salud a la Nación, agosto 1991-agosto 1992 Ecuador.

La demografía acude a la estadística como método de estudio y en lo sanitario se realiza en dos dimensiones principales para medir la estructura poblacional:

- El número de población para un momento y lugar dado: número absoluto, composición por sexo, edad, clases sociales, estado conyugal, nacionalidad, etnia, nivel de instrucción, ocupación, distribución espacial y densidad.
 - La dinámica poblacional: el movimiento en el espacio o migraciones (interiores y exteriores) y el movimiento natural o sea la fecundidad, nacimientos y la mortalidad.
- a. Ritmo de crecimiento poblacional, es acelerado cuando rebasa el 2% anual y es lento cuando esta entre el 1.1 % anual, en países pobres cuya economía no crece, es un factor que frena y obstaculiza su desarrollo, de aquí surge la necesidad de aplicar políticas reguladoras específicas. La técnica para conocer este indicador es el **CENSO**, este también sirve para conocer el nú-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- mero de población y su dinámica.
- Densidad de la población del país, relaciona el número de habitantes con su superficie territorial. Densidad muy alta son las de Japón y Puerto Rico (386-314 habitantes/Km²), y bajas son las de Argentina y Australia (10-2 habitantes/Km²)
 - El índice de masculinidad o distribución por sexo; es la relación por ciento entre la población masculina y femenina de una edad determinada y es de 105 hombres por 100 mujeres al nacer

$$nlM_x = \frac{n \tilde{N} \times \text{hombre}}{n \tilde{N} \times \text{mujer}} = \downarrow 0.5 \text{ a } 0.6$$

X= edad inicial del intervalo

n= Intervalo de edad

\tilde{N} = Población

Ejemplo: IM es la población entre 20 y 24 años

$$(5IM_{20}) = \frac{5 \tilde{N}_{20} \text{ hombres}}{5 \tilde{N}_{20} \text{ mujeres}} = 10.5$$

El valor guía aquí es 0.5 ↓ 0.65 (↑ 0.5 sobre natalidad masculina y una mortalidad de 0.65 para hombres y mujeres es de países subdesarrollados).

Siempre nacen más hombres o sobre natalidad masculina, en la edad media de la vida se nivelan con las mujeres y este índice disminuye para los hombres a medida que avanza la edad.

- El índice de masculinidad se cruza siempre con el anterior “IRE” Índice de regularidad de edades. Su valor guía:
 - Es 0.9 – 1.1 (es decir 1). Esto permite avalar un CENSO, el IRE, señala que en una determinada población donde no hay guerras, catástrofes, epidemias, no hay cambios bruscos de la mortalidad y la fecundidad, y a lo largo de varios años consecutivos se observa que no hay variación entre personas de 30 – 34 de 25 – 29 años (grafico de pirámides Alan Denver E. Adm. Salud)

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- La dinámica poblacional, se refiere a los cambios ocurridos a través del tiempo en una población. Los cambios ocurridos en la estructura (composición) responden a migraciones, fecundidad, nacimientos y mortalidad.

Aquí señalaremos brevemente las formas de medición básicas de la mortalidad y de migraciones, así como de la medición global de los cambios poblacionales:

- a. Fecundidad, se define como la capacidad fisiológica de reproducción efectiva (de dar a luz un hijo vivo), el indicador más común para expresar la fecundidad es la tasa bruta de natalidad, que indica el número de nacimientos vivos por cada 1000 habitantes, en un territorio dado durante un año.

$$\text{Tasa de natalidad} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos durante un año}}{\text{N}^\circ \text{ de habitantes a mitad del año}} \times 1000 \text{ hab.}$$

Valores guía para interpretar este indicador:

Alta mas de 25 x 1000

Media de 15 a 25

Baja menos de 15

El nivel máximo de natalidad observado esta alrededor de 50/1000 habitantes y corresponde con la alta natalidad a países con poco desarrollo económico-social.

Tabla 4. Tasa de natalidad por 1000 habitantes. Cuba. Años seleccionados

Años	Tasa
1965	34.3
1970	27.7
1975	20.8
1980	14.1
1985	18.4
1990	

1995	
------	--

Fuente: Estadísticas vitales INEC

Las tasas altas constituyen un riesgo para la salud de mujeres de alta parides o sea mas de tres partos y también para el feto y recién nacido, a mas de tener un alto costo económico y frena el desarrollo social cuando los nacimientos se elevan o incrementan el crecimiento poblacional.

Cuando se quiere calcular el crecimiento natural de la población se saca la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad.

b) $TCN = TN - TM$.

Para la correcta interpretación de las tasas de natalidad y mortalidad se utiliza la estructura por edad y sexo. Por esa razón surgen otras medidas de fecundidad para el estudio específico de fecundidad y mortalidad, entre las más frecuentes utilizadas están:

Tasas de fecundidad general cuyo denominador lo constituyen las mujeres de 15 a 44 años (aveces de 15 a 49 años, es decir en edad fértil)

$$TGF = \frac{\text{Nacidos Vivos}}{\text{Mujeres entre 15 - 44 años}} \times 1000$$

Esta tasa tiene el inconveniente que la estructura de la población, es decir las mujeres, están en agrupaciones por edades quinquenales y esto no permite hacer comparaciones con la estructura general de la población que usa otros intervalos.

El valor guía es:

- Que la tasa de fecundidad es 4-5 veces la tasa (bruta) de natalidad
- Las mujeres en edad fértil corresponden aproximadamente al 20-25% de la población.
- Se considera baja fecundidad cuando la tasa esta bajo 4 veces

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

la mortalidad y alta cuando esta cerca de 5 veces.

- El análisis de la fecundidad tiene hechos que lo condicionan e influyen en los diferentes niveles de fecundidad. Edad de la mujer, su escolaridad, ocupación, tipo de ocupación, residencia urbano o rural, grupos laborales y otras.
- Se acostumbra a estudiar por grupos quinquenales de edad: según el nivel de escolaridad, la fecundidad es mas elevada; grupos laborales (las trabajadoras manuales no calificadas mantienen tasas mas elevadas que las calificadas y las de mas bajas tasas son las universitarias); en los países desarrollados las mujeres tienen hijos en edades que sobrepasan los 19 años y las que están debajo de los 19 (15-19) solo aportan con el 5% de nacimientos; todo lo contrario sucede en los países pobres (excepto en los que existen políticas agresivas de planificación familiar), donde el reemplazo generacional barato, impreparado sobra hasta para traficar con niños en diferentes hechos ilegales y que señalan la crueldad humana.

Tabla 5. Tasa de Natalidad en Cuba

FECHA	TASA DE NATALIDAD %	INDICE DE FECUNDIDAD
2016	10.87	1.72
2015	10.97	1.72
2014	11.04	1.71
2013	11.08	1.70
2012	11.09	1.69
2011	11.07	1.66
2010	11.04	1.64
2009	11.03	1.62
2008	11.05	1.60
2007	11.11	1.58
2006	11.24	1.57
2005	11.43	1.57
2004	11.68	1.58
2003	11.97	1.58
2002	12.30	1.59
2001	12.64	1.61
2000	12.99	1.62
1999	13.33	1.63

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

1998	13.67	1.63
1997	14.00	1.64
1996	14.32	1.64
1995	14.64	1.64
1994	15.01	1.65
1993	15.42	1.66
1992	15.87	1.68

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017)

Ejemplo:

$$TFEE(15-19 \text{ años}) = \frac{\text{Nacimientos vivos de madres} (15-19 \text{ años}) \text{ durante el año}}{\text{Poblacion de mujeres de} (15-19 \text{ años}) \text{ a mit5ad del año}} 1000$$

Esta medida es muy importante porque:

1. Proporciona la intensidad o concentración de la fecundidad por edades simples e intervalo de edades de la madre.
2. Permite comparaciones debido a que no hay factores extrínsecos que lo afecten y brindan un panorama completo de las diferencias de fertilidad (15-19 años, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) en un momento dado.
3. El grado de concentración nos indica el grupo de riesgo al que educar y ejecutar medidas de prevención; por lo que debe elaborar previamente un plan educativo-preventivo, ejemplo: planificación familiar como previsión a explosión demográfica.

Formula de cálculo para la fecundidad o fertilidad por edades. Simple o de grupos.

$$nfx = \frac{nBx}{n\tilde{N}x \text{ mujeres}} 1000$$

Ejemplo:

$$5f25 = \frac{5B}{5\tilde{N}25} 1000$$

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Nota: Cuando se hace el cálculo para todas las edades de tasa de fecundidad en un momento dado.

Tabla 6. Tabla de fecundidad

Edades	Tasa: nFx	%	Concentración	Fecundidad Población
15-19	86.3	25.8	25.8 %	↑ El 15-19 años
20-24	116.8	34		↑ El 20-24 años
25-29	70.9	21	66 %	↑ El 25-29 años
30-34	37.4	11		En transición
35-39	16.2	4.8		20-24, 25-34 años
40-44	4.6	1.3	6.6 %	
45-49	1.8	0.5		Valores guía
	33.4			

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017)

Σ nfx: fa

Tasa de fertilidad total:

$$TFT \frac{5 \sum fa}{1000}$$

Valor guía es de 1.78 hijos durante toda la vida reproductiva de la mujer (países desarrollados).

Datos de tabla anterior

Σ fa o de Σ nfx= 334

$$TFT \frac{5*334}{1000} = 1.67$$

Esta tasa permite comparaciones entre distintas regiones (países, distritos, etc.). Cobra importancia esta información para un administrador de servicios de salud que piensa en cobertura de los servicios de obstetricia. Ejemplo ampliar una sala o que requiere reemplazo generacional adecuado para la fuerza de trabajo que se jubilara o morirá, o inhabilitara, etc.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Para señalar con aceptable precisión el reemplazo generacional están las medidas de intensidad y de **nivel de la fecundidad** cuyos valores guías son:

SNR o tasa global de fecundidad (osuma de nacimientos reducidos)	Baja (menos de 2.0) Media (2.0 a 3.4) Alta (3.5 a 5.0) Muy alta (más de 5)
R o tasas de reproducción	Igual 1

Los valores SNR es igual a 2.1 y R es igual a 1, garantizan el reemplazo generacional para países con baja mortalidad, en ellos en general tienen un hijo por mujer.

La tasa -2.1 no lo garantiza.

La tasa R es igual a 1.

Si R es mayor o igual que 1 aquí cada mujer deja 1 niña, por tanto, hay reemplazo generacional, si R es menor que 1 no garantiza el reemplazo y esto se comprueba a lo largo de 35 años (15-45 años).

- c. Mortalidad: es el otro indicador de la dinámica poblacional, tan trascendente como la fecundidad, y hay pocas dudas de que el nivel socioeconómico está asociado negativamente con la tasa de mortalidad general o tasa bruta.

$$TMG = \frac{N^{\circ} \text{ de defunciones en el territorio durante un año}}{N^{\circ} \text{ de habitantes en el territorio a mitad de periodo (30 de junio)}} \cdot 1000$$

Esta tasa y las estadísticas de mortalidad son útiles para los planes y programas en todas sus fases: planificación, ejecución y evaluación.

La tasa de mortalidad general o tasa bruta de mortalidad tiene los siguientes valores guía:

- Alta cuando esta sobre 15/1000 hab.
- Media de 9 a 15/1000 hab.
- Baja hasta 9/1000 hab.
- Muy baja menos de 8/1000 hab.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

La estructura por edades de la población influye en el nivel de esta tasa. Cuando las poblaciones son de tipo envejecido, es decir la población elevada de ancianos es mayor (la de los niños es menor que en los países pobres) y esto hace que esta tasa aumente. En los países desarrollados la tasa bruta de mortalidad es baja, porque ha aumentado el PNB (Producto Nacional Bruto per cápita/año) y el porcentaje dedicado a salud aumenta también, igualmente que los otros indicadores de bienestar (alimentos, vestido, vivienda adecuada, atención médica y dental o salud, telecomunicaciones, trabajo, educación y recreación entre otros).

La esperanza de vida ha sido mencionada aquí porque es afectada por la mortalidad general, en saneamiento ambiental, las condiciones de vida, el avance científico y los cambios económicos y las mismas variables afectan la tasa de mortalidad infantil. Es decir, niños y viejos son los que más mueren cuando la economía de un país es mala (Foro Mundial. Revista OMS. Vol. 15 N° 4. 1994).

El PNB per cápita/año indica la relación entre el valor monetario total de la producción nacional anual y el N° de sus habitantes y se presenta en dólares americanos. La esperanza de vida es el número de años que como promedio se supone que vivirá el conjunto de personas para la que hace el cálculo en un momento dado, siempre que las condiciones de mortalidad se mantengan iguales a las que sirvieron para el cálculo. Para calcular la esperanza de vida para Latinoamérica y el Caribe existen los siguientes valores guía:

- La década de los años 50 fue de 42 años
- En 1975 fue de 62 años
- En el quinquenio de 1980-1985 fue de 65 años
- En el quinquenio 90-95 fue de 68 años

En el quinquenio del 2000-2005 69.9 años

La esperanza de vida en países desarrollados es: América del Norte

- Quinquenio 1980-1985 con 74.5 años de vida

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Quinquenio 1990-1995 con promedio de 76.1 años

La esperanza de vida para países en 1996:

- Desarrollados es de 74 años promedio (Population Reference Bureau- Washington DC, USA)
- Menos desarrollados 64 años
- Muchos menos desarrollados (salvo China) 60 años

Como la mortalidad esta relacionada con el PNB tenemos también valores guía que varían según varíe la economía de los países mas desarrollados. Si estos entran en crisis, la economía neoliberal de globalización señala que los países pobres presentarían también crisis en cadena sobretodo por la dependencia económica y la deuda externa contraída por la corrupción política-jurídica y administrativa de los mismos. Según Population References Bureau el PNB para 1994 fue:

- En países desarrollados \$18.130 año/individuo
- En países menos desarrollados \$1090 año/individuo

Por tanto, el PNB esta entre los indicadores de desarrollo socioeconómico y humano que se verán más adelante pero que repercuten en los indicadores demográficos de lo que en este momento tratamos:

Mortalidad general; especifica por causa, edad y sexo

Tabla 7. Tasa bruta de mortalidad anual (1990-1995)
x 100 habitantes

Canadá	7.6
Estados Unidos de Norteamérica	8.7
México	5.2
Honduras	6.2
Salvador	7.1
Nicaragua	6.8
Panamá	5.3
Costa Rica	3.7
Guatemala	7.7
República Dominicana	5.6
Puerto Rico	7.5

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Cuba	6.8
Haití	12.0
Colombia	6.0
Ecuador	6.3
Venezuela	4.7
Perú	6.9
Brasil	7.5
Paraguay	5.5
Uruguay	10.4
Chile	5.7
Bolivia	10.2

Fuentes: OPS/OMS Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos. 1995

Tabla 8. Diez principales causas de muerte general Ecuador 1983-1993

N°	CAUSAS 1983	N°	TASA
1	Enfermedades infecciosas-intestinales	5620	65.1
2	Neumonía	3381	39.1
3	Enfermedades encéfalo vascular	2141	24.8
4	Bronquitis, enfisema y asma	2074	24.0
5	Accidente de trafico de vehículo a motor	1571	18.2
6	Otra desnutrición proteino-calóricas	1556	18.0
7	Enfermedad isquémica del corazón	1428	16.5
8	Tuberculosis	1327	15.4
9	Tumor maligno de estomago	1010	11.7
10	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	798	9.2

Fuentes: OPS/OMS Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos. 1995

Tabla 9. Causas de muerte

	CAUSAS 1993	N°	TASA
1	Enfermedad encéfalo vascular	3080	28.9
2	Neumonía	2816	25.6
3	Enfermedades infecciosas-intestinales	2401	21.9
4	Enfermedad isquémica del corazón	2287	20.5
5	Accidentes de tráfico de vehículos a motor	2224	20.2
6	Homicidio	1444	13.1
7	Bronquitis, enfisema y asma	1393	12.7

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

8	Diabetes mellitus	1354	12.3
9	Tumor maligno de estomago	1312	11.9
10	Tuberculosis	1209	11.0

Tasa por 100000 habitantes

Fuente: INEC, Anuario de estadísticas vitales 1993, Ecuador 1994

Tabla 10. Principales causas de muerte, todas las edades, Cuba años seleccionados

Causas	1970	1975	1980	1985
Enfermedades del corazón	140.6	148.3	166.7	189.8
Tumores malignos	98.9	99.3	106.6	117.0
Enfermedades cerebro vasculares	60.3	50.8	55.3	62.3
Influenza y neumonía	42.1	38.8	38.6	45.4
Accidentes	36.1	33.3	38.0	42.4
Suicidios y lesiones auto infringidas	11.8	17.2	21.4	21.7
Diabetes mellitus	9.9	10.2	11.1	15.3
Ciertas afecciones	41.7	25.2	13.2	12.7
Anomalías congénitas	14.1	12.0	8.1	8.8
Bronquitis, enfisema y asma	12.5	8.0	7.0	8.2

Tasa por 100000 hab.

Fuente: Narey Ramos Domínguez. Higiene Social y Organización de los Servicios de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública – Habana, Cuba, 1987.

La mortalidad por causas es de orden:

- **Exógenas:** La influencia más directa del medio ambiente y de enfermedades infectocontagiosas sobre todo para países subdesarrollados.
- **Endógenas:** indican que influyen más los factores biológicos degenerativos y prevalece en países desarrollados.

En los países en vía de desarrollo (no tan subdesarrollados), existe una transición epidemiológica y se encuentran ambas causas. Para la mayoría de los estados de salud es suficiente la determinación de la estructura de la mortalidad por causa; con 5 o 10 causas.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

El resto se agrupan: EMC: Causa N° %

Tasa específica de la mortalidad. - Se refieren a las tasas por edad y causa de muerte. Las tasas por edad se calculan con la siguiente fórmula general.

$$Tasa\ Edad\ TMEEX = \frac{N^{\circ}\ de\ defunciones\ de\ edad\ x\ un\ territorio\ y\ año\ dado}{N^{\circ}\ de\ hab.\ en\ edad\ x\ en\ un\ territorio\ y\ año\ dado} \cdot 1000$$

Para su cálculo lo más común es utilizar los siguientes grupos de edad

Menos de 1 año	25 a 34 años
1 a 4 años	35 a 44 años
5 a 14 años	45 a 54 años
15 a 24 años	55 a 64 años
	65 y más años

Para obtener las defunciones, se recurre a los registros de defunción y se expresan en números brutos y porcentajes que son útiles para la construcción de las tasas de mortalidad. En este caso de las específicas. Ejemplo:

Tabla 11. Porcentaje de defunciones de 50 años y más edad en Cuba

AÑOS	INDICE
1960	60.5
1970	65.9
1980	76.7
1985	78.2

Fuentes: OPS/OMS Situación de Salud de las Américas. Indicadores básicos. 1995

MORTALIDAD INFANTIL (Memores de un año)

La tasa de mortalidad específica por edad, indica el riesgo de morir en las diferentes edades. Es un indicador muy sensible y refleja la influencia de las condiciones económicas sobre la salud de la población y sirve de indicador cualitativo para evaluar los servicios de salud.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Los factores que condicionan la mortalidad infantil son múltiples, por ejemplo: escolaridad de la madre, peso al nacer, edad de la madre, tipo de ocupación de la madre, residencia urbana o rural de la madre, número de controles prenatales, etc.

La escolaridad de la madre: la tasa de mortalidad infantil es inversamente proporcional al nivel de escolaridad.

El peso al nacer: es un factor de relevancia importante, la mortalidad en pesos menores a 2500 gramos al nacer es varias veces mayor que en los pesos superiores a este valor.

El riesgo de morir de los recién nacidos es más de tres veces superior al de los de peso normal. Los periodos más utilizados en estas tasas y los nombres que se le dan a cada uno de ellos son los siguientes:

Mortalidad neonatal precoz o temprana	Menos de 7 días
Mortalidad neonatal tardía	De 7 a 20 días
Mortalidad post neonatal	28 días a 11 meses

Entre los de menor edad las causas de muerte de mayor influencia son las de tipo biológicas (endógenas). A medida que la edad avanza toman mayor influencia los factores sociales (exógenas).

La mortalidad de los menores de 7 días se estudia día a día y el primer día en grupos de horas.

Esta subdivisión obedece a que como regla y en especial donde la mortalidad infantil es baja a edades más tempranas corresponde a una mortalidad más alta.

Para todas estas tasas el denominador es el mismo, o sea nacidos vivos.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

.....

Recordando que nacidos vivos se refiere a la presencia de señales de vida en el recién nacido: respiración, latido del cordón umbilical, movimientos de músculos voluntarios. En el calculo de otras tasas a veces se excluyen las defunciones que, por su peso, edad gestacional, pero no em el calculo de la mortalidad infantil. Los valoresguías a nivel de estas tasas son:

Mas alto	Mas de 100
Alto	De 50 a 99
Medio	De 30 a 39
Bajo	De 15 a 29
Muy bajo	Menos de 15

Tasa de mortalidad perinatal: de periodo alrededor del nacimiento el mismo y subdivisiones se definen en términos de la edad gestacional o del recién nacido o del peso del feto o recién nacido.

Esta tasa esta constituida por la mortalidad fetal tardía, es decir, 28 o mas semanas y de los primeros días de vida, que son los 7 primeros.

Tabla 12. Tasa de mortalidad neonatal en América Latina

Argentina	16.3	11.194
Bolivia	55.0	14.030
Brasil	22.5	78.093
Chile	8.8	2.512
Colombia	24	23.357
Ecuador	45.0	13.266
Paraguay	40.0	6.976
Peru	23.0	14.382
Uruguay	16.5	942
Venezuela	23.7	13.796

Fuente: Organización Mundial de la Salud OMS (2017)

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

La tasa de mortalidad perinatal I es la más empleada. Esta mortalidad desciende a medida que aumenta el número de consultas prenatales y escolaridad de la madre entre otros.

$$TMPI = \frac{\text{N}^\circ \text{ de funciones fetales} \times \text{defunciones menores de 7 días de 100 y más gramos de peso}}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos} + \text{N}^\circ \text{ de nacidos muertos de 1000 y más gramos de peso}} 100$$

TMF: La tasa de mortalidad fetal mide la mortalidad fetal, independiente del tiempo de gestación. La mortalidad fetal se divide de acuerdo con el periodo de gestación en:

Grupo I	20 semanas o mortalidad fetal temprana
Grupo II	20-27 semanas o mortalidad fetal intermedia
Grupo III	28 o más semanas o mortalidad fetal tardía
Grupo IV	No clasifica en los grupos anteriores

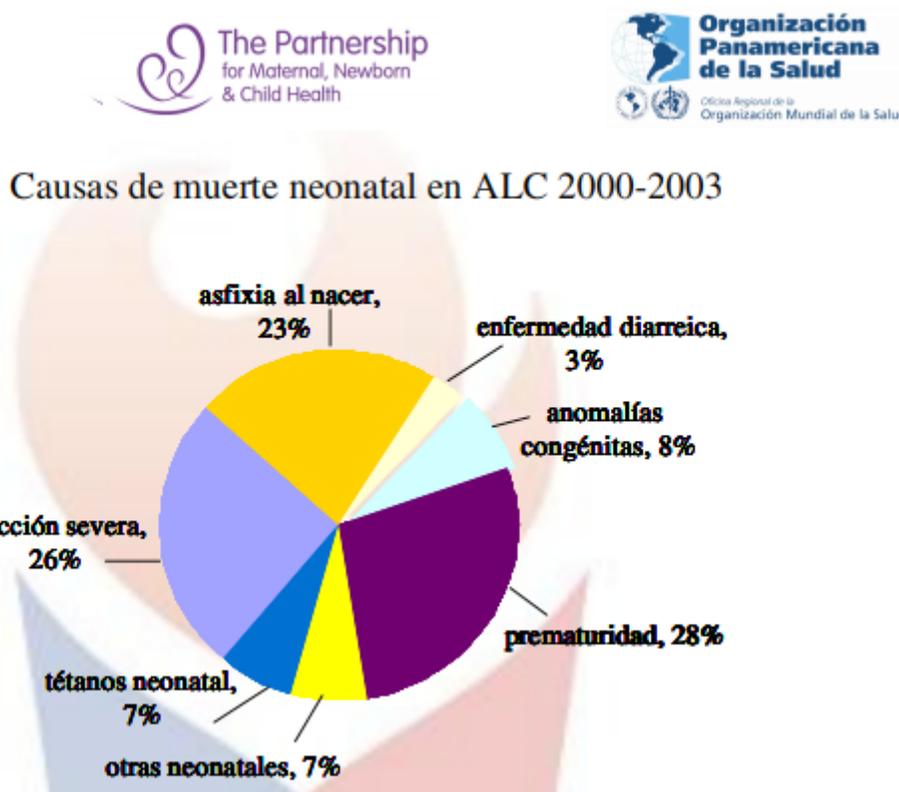
Estas tasas son muy usadas en los servicios de maternidad y se relacionan con el control prenatal y calidad de atención gineco obstétrica del servicio de salud

$$TMF = \frac{\text{Muertes fetales de más de 28 semanas} + \text{Mortalidad precoz}}{\text{Nacimientos vivos}} 1000$$

$$TMF = \frac{DFT + DNP}{B + DFT} 1000$$

D: Defunciones; F: Fetal; T: Tardía; P: Precoz; B: Nacidos Vivos
 DFT: Defunciones fetales tardías ≥ semanas
 DNP: Defunciones neonatales precoces, 0-6 días

Imagen 5. Muerte Neonatal. Causas



Fuente: Informe de Organización Mundial de la Salud OMS (2017)

Valores guías para interpretar los resultados de esta tasa:

Baja mortalidad	Cuando es baja la defunción NP (< 50%) Y cuando es ↑ la defunción FT (> 50%)
Elevada mortalidad	↑ NP > 50% Y ↓ FT < 50%
DFT ≤ 66 %	Esto indica que no se ha respetado la definición de la OMS sobre nacidos vivos, es decir, que se certifican como nacidos muertos niños que nacen vivos

Tasa de mortalidad preescolar (1-4 años): es un indicador socioambiental que se afecta por problemas nutricionales, higiénicos, entre otros. Se interpreta así:

Si ↓ el indicador ↑ o mejoran las condiciones socioambientales (como nutrición, higiene, trabajo, etc.).

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

$$4MI = \frac{4D1}{\text{Poblacion de } 1-4 \text{ años}} 1000$$

En los países subdesarrollados este indicador se afecta por los problemas nutricionales, enfermedades infectocontagiosas y los desarrollados por accidentes domésticos, leucosis (tumores). A esta tasa se le puede relacionar con la mortalidad infantil y se logra detectar los problemas nutricionales y como estos se van produciendo.

$$\frac{TMI}{\text{Años } 4M1 \text{ año}}$$

Pueden los resultados brutos o los porcentuales (valores relativos o porcentajes) de la tasa de mortalidad preescolar aproximarse a 10, entonces esto señala que hay muchos problemas. Cerca o por encima de 20 señala que tiene resueltos los problemas.

Imagen 6. Tasa estimada de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe



Fuente: Informe de la Organización Panamericana de la Salud (2015)

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Tabla 13. Causas de defunción por etapas de vida, estados unidos, 1975-1977 varones blancos

INFANCIA (PRIMER AÑO)			PRIMERA NIÑEZ (1-4 AÑOS)			SEGUNDA NIÑEZ (5-12 AÑOS)		
#	Causas de defunción	Tasa	#	Causas de defunción	Tasa	#	Causas de defunción	tasa
1	Condiciones al nacimiento	439.3	1	Accidentes varios	19.3	1	Accidentes varios	10.1
2	Anomalías congénitas	286.7	2	Accidentes automovilísticos	10.8	2	Accidentes automovilísticos	9.9
3	Enfermedades infecciosas y parasitológicas	61.6	3	Anomalías congénitas	8.5	3	Leucemia	3.3
4	Influenza y neumonía	52.6	4	Cáncer (excepto leucemia)	3.8	4	Cáncer (excepto leucemia)	3.1
5	Accidentes varios	30.3	5	Influenza y neumonía	3.1	5	Anomalías congénitas	2.3
6	Enfermedades del sistema circulatorio	27.6	6	Enfermedades infecciosas y parasitológicas	3.0	6	Enfermedades infecciosas y parasitológicas	1.0
7	Enfermedades cardíacas	21.9	7	Leucemia	2.3	7	Influenza y neumonía	0.9
8	Meningitis	15.7	8	Meningitis	2.0	8	Enfermedades cardíacas	0.7
9	Accidentes automovilísticos	7.8	9	Homicidios	1.8	9	Homicidios	0.7
10	homicidios	4.3	10	Enfermedades cardíacas	1.7	10	apoplejía	0.5
	Causas totales	947.8		Causas totales	56.3		Causas totales	32.5

Fuente: Informe de la Organización Panamericana de la Salud (2015)

Tasa de mortalidad proporcionada por edades

Fórmulas

$$\frac{\text{Defunciones en determinado grupo de edad}}{\text{Total de defunciones}} \cdot 100$$

Ejemplo

$$\frac{\text{Defunciones en personas de 50 y mas años}}{\text{Total de defunciones}} \cdot 100$$

Tabla 14. Tasa de mortalidad proporcionada en Venezuela en 1936 y 1961

GRUPO DE EDAD	TASA DE MORTALIDAD 1936	PROPORCIONADO 1961
- 1 mes	8.7	15.4
1-11 meses	14.2	17.3
1-4 años	14.6	10.6
5-19 años	10.6	5.8
20-49 años	29.5	15.9
50 y más años	22.4	34.9
TOTAL	100.0	100

Fuente: Informe de la Organización Panamericana de la Salud (2015)

Esta tasa sirve para comparar la mortalidad en los diferentes grupos etarios, permitiendo apreciar en cuales edades se ha logrado un mayor descenso a través de los años. En Venezuela se observa que el descenso **no es uniforme** porque puede y en efecto aumenta para determinados grupos de edad.

Para las defunciones de 50 años y más, el índice sería:
 100 si ninguna defunción ocurriera antes de los 50 años
 0 si todas las personas fallecieran antes de dicha edad

$$\frac{\text{Defunciones de personas de 50 y mas años}}{\text{Total de defunciones de todos los grupos de edades}} \cdot 100 = 100 \text{ o } 0$$

Este indicador sirve para comparar la evolución de la mortalidad en diversas regiones o en determinado país. Los países pobres son los que tienen un mayor porcentaje de personas mayores de 50 años y son ellos los que presentan la mayor tasa de mortalidad (M infantil y de

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

la niñez), siendo diferente o baja la de países desarrollados por tener buenas condiciones sanitarias y cuya población es vieja.

La tasa de mortalidad proporcionada se puede elaborar por sexo:

AÑOS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
1936			
1940			
1945			
1950...			

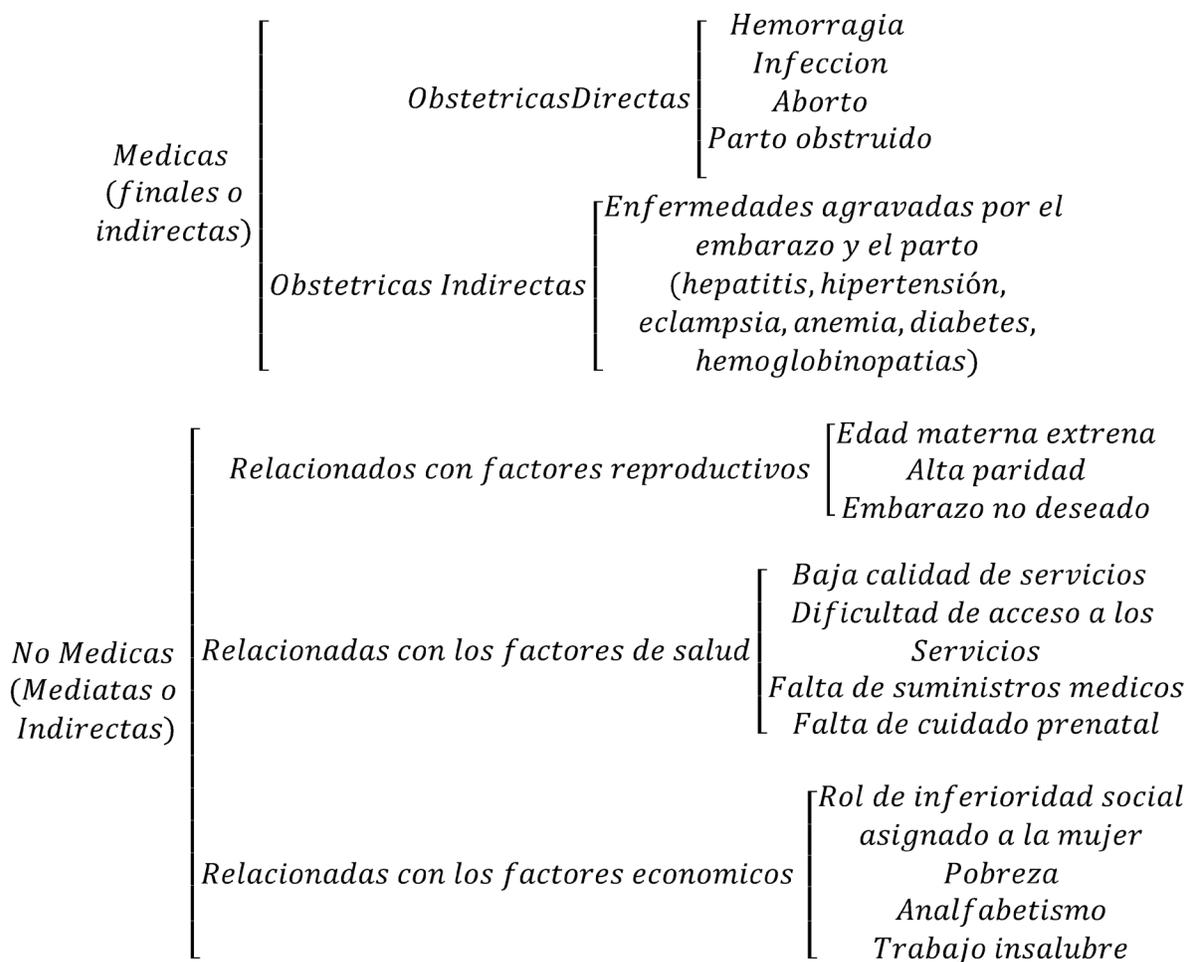
Además del estudio de la mortalidad por edad, esta la mortalidad por causas. Entre ellas, una muy importante y de uso frecuente es la mortalidad materna. La mortalidad materna se refiere a la muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (40 semanas). Su fórmula es:

$$T. Indirecta = \frac{\text{N}^\circ \text{ de mortalidad materna en} \\ \text{determinado lugar durante el año}}{\text{Nacimientos vivos ocurridos en dicho lugar} \\ \text{durante el año de estudio}} 1000$$

En la obtención de esta tasa, se diferencian dos formas de cálculo. La llamada **tasa indirecta** que incluye en el numerador todas las defunciones de mujeres embarazadas, parturientas y puérperas y la **tasa directa** que solo considera o depende de la condición de embarazadas o sea las complicaciones gineco obstétricas de embarazo, parto y puerperio. Los valores guía de mortalidad materna (con una tasa por 100000 nacidos vivos) son:

- Baja Menores de 20
- Media 20-49
- Alta 50-149
- Muy alta 150 o mas

Imagen 7. Causas de la mortalidad materna



Fuente: Prevención de la Mortalidad Materna, OMS, 1985

Imagen 8. Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe

Cuadro 1

Mortalidad materna región bolivariana

País	Año	nMM	Tasa MM por cien mil NV
Bolivia	2003	650	230
Perú	2001	612	185
Ecuador	2005	143	85
Colombia	2005	526	73,03
Venezuela	2005	351	59,9
Total		2 282	Prom 126,58

Fuente: Informe de la Organización Mundial de la Salud (2010)

Gráfico 1. Causas de Mortalidad Materna



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2016)

III CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS EXISTENTES

- Inadecuada oferta y utilización
- Abuso de tecnologías sofisticadas y de alto costo
- Registrada aplicación de criterios de riesgo
- Existencia de barreras antropológicas, sociales, geográficas y económicas
- Inadecuada formación de recursos humanos
- Inadecuada coordinación intersectorial y participación comunitaria

BAJAS COBERTURAS DE:

- Atención ginecológica
- Regulación de la fecundidad
- Control prenatal
- Atención técnica del parto
- Control puerperal
- Atención del RN
- Supervisión de crecimiento, y
- Desarrollo del niño

Tabla 15. Cinco principales causas de mortalidad materna (Ecuador 1992)

	CAUSAS	NÚMERO	TASA
1	Otras causas	107	0.54
2	Toxemia del embarazo	105	0.52
3	Hemorragias del embarazo y del parto	58	0.29
4	Complicaciones del puerperio	33	0.16
5	Abortos	29	0.14

Fuente: Anuario de estadísticas vitales

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Tabla 16. Mortalidad materna en países seleccionados de la región de las Américas (tasa 100000 nacidos vivos)

PAÍS	BAJA <20	MEDIA 20-29	ALTA 50-149	MUY ALTA 150 O MÁS
Canadá	4.0	Cuba 26	El Salvador 148	Bolivia 332
EE. UU.	9.8	Uruguay 26	Brasil 140	Perú 303
		Costa Rica 26	Nicaragua 117	Paraguay 270
		Chile 48	Honduras 117	Haití 230
		Panamá 49	Guatemala 104	Ecuador 160
			R. Dominicana 100	
			Colombia 100	
			México 82	
			Venezuela 60	

Fuente: OPS-OMS. Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos. Cuaderno técnico N° 14. 1988. Washington, D.C.

Tabla 17. Causas principales de mortalidad materna (Ecuador 1990)

CAUSAS	TOTAL	% (1)	% (2)
Hemorragia del embarazo y parto	912	9.4	4.5
Toxemia del embarazo	652	1.0	3.2
Abortos	30	9.7	1.5
Complicaciones del puerperio	26	8.5	1.3
Las demás	115	31.4	4.8

(1) Porcentaje entre el total de muerte materna

(2) Muertes por 10000 nacidos vivos

Fuente: Estadísticas vitales INEC, "Informe a la nación, 1992". Dr. Plutarco Naranjo V., Ministro de Salud Pública

Tabla 23. Mortalidad materna en Cuba

AÑO	TASA
1970	70.4
1975	68.4
1980	52.6
1985	31.2
1988	26.0*

Fuente: MINSAP-CUBA

* OPS – OMS Mortalidad Materna, Región de las Américas

Tasa de mortalidad materna por causa específica

$$\frac{Dx}{P} 100000$$

$$\frac{D : N^{\circ} \text{ de muertes por causa } X \text{ ocurridas en determinada región durante un año}}{P : \text{ Poblacion de dicha region para el } 1^{\text{ero}} \text{ de julio del año en estudio}} 100000$$

Mortalidad materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio

A nivel mundial hay una disminución de esta problemática y por tanto de este indicador, las causas que lo aumentan son: hemorragias, aborto y sepsis.

$$\frac{\text{Defunciones por complicaciones de EPP}}{\text{Nacidos vivos}} \frac{10000}{100000}$$

En general, concluimos que las tasas de mortalidad con su evolución en el tiempo son un elemento importante para evaluar el estado de salud de la población.

Tabla 19. Morbilidad

ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. NAREY RAMOS DOMÍNGUEZ – CUBA. FUENTES DE CONOCIMIENTO DE LA MORBILIDAD			
Morbilidad	Morbilidad general (población total)	Total, de causas	Mortalidad general Diagnóstico de egresos hospitalarios Diagnóstico de consulta ambulatoria Exámenes masivos de población Otros.
		Causas particulares	Enfermedades transmisibles Registros de enfermedades dispensarizadas Otros registros (cáncer, amputaciones) Accidentes, suicidios Vigilancia epidemiológica Exámenes masivos para enfermedades específicas: epilepsia, minusvalía Otras
	Morbilidad específica (parte de la población)	Grupos de edad (1)	Morbilidad infantil, perinatal, de menores de 5 años, mayores de 5, otros Morbilidad perinatal, de menores de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y resto de los grupos Morbilidad de adolescentes, adultos, ancianos (previa definición de edades) Otras
		Grandes grupos de población (1)	Morbilidad y mortalidad laboral, escolar, materna Morbilidad según sexo, escolaridad, urbano-rural, tamaño de las ciudades, características geográficas, agrícolas y otras

(1) Grupos de edad y grupos de población, pueden subdividirse a su vez en total de causas particulares. Para estas últimas, salvo en perinatología y en morbilidad laboral presentan poco interés (membrana hialina, enfermedades profesionales).

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2017)

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Tabla 20. Principales problemas de salud específicos por edad

ETAPAS DE LA VIDA Y EDAD	PROBLEMAS DE SALUD	ETAPAS DE LA VIDA Y EDAD	PROBLEMAS DE SALUD
Infancia (desde el nacimiento hasta el primer año)	Anoxia e hipoxia Bajo peso al nacimiento Anomalías congénitas Neumonía Accidentes Síndrome de muerte súbita en la infancia Síndrome de Down Enfermedad de la membrana hialina Fenilcetonuria (PKU)	Jóvenes adultos (30 a 44 años)	Cirrosis hepática Estado nervioso Lesiones en la espalda, cadera y extremidades Enfermedades de la vesícula Enfermedades cardioisquémicas Accidentes automovilísticos Cáncer Apoplejía Ataques cardiacos Homicidio Suicidio Enfermedades mentales Depresión
Primera niñez (1 a 4 años)	Accidentes Enfermedades infecciosas Maltrato Intoxicación con plomo Retardo en el desarrollo	Adulthood media (45 a 59 años)	Enfermedades cardioisquémicas Ataques cardiacos Cáncer Apoplejía Cirrosis hepática Diabetes Accidentes automovilísticos Suicidios Deficiencias respiratorias Hipertensión

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Segunda niñez (5 a 12 años)	Accidentes Cáncer Influenza y neumonía Homicidio Leucemia Morbilidad (infecciones de oído, nariz, garganta u otras) Desnutrición Enfermedades dentales	Adulthood posterior (60 a 74 años)	Úlcera Constipación frecuente Hipertensión Hernia Trastornos gastrointestinales Trastornos vesiculares Deficiencias respiratorias Enfermedades cardio isquémicas Apoplejía Ataques cardíacos Diabetes Cáncer Influenza y neumonía Enfermedad pulmonar Obstruccion crónica (EPOC)
Adolescencia (13 a 19 años)	Embarazo en la adolescencia Alcohol Uso de drogas Accidentes automovilísticos Otros accidentes Suicidio Homicidio Enfermedades venéreas Enfermedades dentales Problemas mentales o emocionales Lesiones deportivas	Senectud (75 años en adelante)	Hernia Dependencia Constipación frecuente Trastornos vesiculares Senilidad Artritis Reumatismo Deficiencias cardiacas
Primera adultez (20 a 29 años)	Homicidio Suicidio Angustia Depresión Enfermedad mental Accidentes automovilísticos / otros accidentes Cáncer Enfermedades cardíaco-isquémicas Complicaciones del embarazo		

Fuente: G.E Alan Dever, "Passages Predictability of Mortality through the life Stages", departamento de Recursos Humanos de Georgia. División Salud Pública, 1980, 399.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Tabla 21. Diez principales causas de morbilidad por enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Ecuador, 1987-1991

#	CAUSAS	N°	TASAS*
1	Enfermedades diarreicas	153347	1384
2	Influenza (gripe)	123106	1111
3	Paludismo	57531	519.3
4	Cólera	463220	418.1
5	Angina estreptocócica	22803	205.8
6	Hipertensión arterial esencial	13296	128
7	Otras salmonelosis	8739	78.9
8	Tricomoniasis urogenital	7553	68.2
9	Varicela	7065	56.3
10	Candidiasis urogenital	6241	56.3
11	Tuberculosis pulmonar	4808**	44.6**
12	Fiebre tifoidea y paratifoidea	4965**	46.1**

* tasas por 100000 hab.

** cifras del año 1989

** cifras del año 1990

Fuente: INEC

Tabla 22. Numero de casos y tasas de incidencia de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica – Ecuador 1989 – 1990

#	ENFERMEDADES	1989	1990		
		CASOS	TASAS*	CASOS	TASAS*
1	Enfermedad diarreica	146001	1391.7	156697	1453.3
2	Influenza	110743	1055.6	129421	1200.3
3	Paludismo (1)	309936	294.9	71818	666.1
4	Angina estreptocócica	22069	210.3	24429	226.5
5	Hipertensión arterial esencial	11753	112.0	14535	134.8
6	Salmonelosis	8754	83.4	9908	91.9
7	Tuberculosis pulmonar	4759	45.3	4808	44.5
8	Fiebre tifoidea y paratifoidea	4591	43.7	4965	46

(1) Placas positivas a Plasmodium en 5 meses del año. El resto del año se paralizó por huelgas

* tasa por 100000 hab.

Fuente: Informe del Ministerio de Salud Pública

Tabla 23. Diez principales causas de morbilidad por egresos hospitalarios. Ecuador 1991

#	CAUSAS
1	Afecciones obstétricas directas
2	Enfermedades infecciosas intestinales
3	Abortos
4	Fracturas
5	Enfermedades del aparato urinario
6	Hernia de cavidad abdominal
7	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo
8	Trastornos mentales
9	Apendicitis
10	Neumonía

Fuente: INEC. Anuario de Estadística Hospitalaria, 1992

Tabla 24. Egresos hospitalarios según grupos de causas, Ecuador, 1993

GRUPO DE CAUSAS BÁSICAS	EGRESOS HOSPITALARIOS		
	N°	Tasa	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	57229	52.1	10.2
Tumores (neoplasma)	20557	18.7	3.7
Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo o inmunidad	9250	8.4	1.6
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	2315	2.1	0.4
Trastornos mentales	8253	7.5	1.5
Enfermedades del sistema nervioso de los sentidos	11359	10.3	2.0
Enfermedades del aparato circulatorio	22289	20.3	4.0
Enfermedades del aparato respiratorio	29412	26.8	5.2
Enfermedades del aparato digestivo	49678	45.2	8.8
Enfermedades del aparato genitourinario	35408	32.2	6.3
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	21124	20.1	3.9
Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	4452	4.1	0.8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	10155	9.2	11.8
Anomalías congénitas	5975	5.4	1.1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18528	16.9	3.33
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	6693	6.1	1.2
Traumatismo y envenenamiento	44514	40.5	7.9

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Otras afecciones de la salud	4678	4.3	0.8
Total	561878	511.7	100.0

Fuente: INEC Anuario de Estadísticas Hospitalarias, 1993. Ecuador, 1994

La morbilidad es el conjunto de enfermedades, traumatismos y secuelas, incapacidades y otras alteraciones de la salud diagnosticadas o encontradas en la población durante un intervalo dado. El intervalo es usualmente de un año.

La morbilidad sirve fundamentalmente para la planificación del estado de salud de la población y las demandas por morbilidad de los servicios de salud.

Aspectos que determina:

- N° de personas enfermas y duración de la enfermedad
- Demanda de los servicios de salud
- Perdidas económicas generales por morbilidad
- Gravedad de la enfermedad o “letalidad”
- Determinación de los grupos de riesgo
- Análisis comparativo histórico de la enfermedad o morbilidad (tendencias)

Los tipos de morbilidad son: la conocida o demandada y la desconocida o no demandada, la aguda y la crónica, la incidencia y prevalencia.

Las fuentes para el estudio de la morbilidad se complementan y las fuentes de morbilidad conocida son:

- Mortalidad.
- Registros de los servicios de urgencia.
- Registros de las consultas externas.
- Enfermedades de declaración obligatoria o cuarentenales.
- Programas verticales de atención a enfermedades.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Para conocer la morbilidad desconocida se hacen estudios especiales que pueden ser para una sola enfermedad, se utilizan encuestas, exámenes médicos con los que se logra determinar los factores de riesgo; los mismos que con programas de atención a la salud, se evitan enfermedades e incapacidades.

Los sistemas de formación de morbilidad permiten cumplir objetivos:

- Para las enfermedades de declaración obligatoria “permite establecer la vigilancia epidemiológica en aquellas enfermedades que están dentro de tratados internacionales o que es de interés de cada país controlar”
- Egreso hospitalario, el objetivo es obtener información que permita la planificación de camas, recursos humanos y materiales necesarios para la atención y permite tener una visión de los diagnósticos más frecuentes en este tipo de atención.
- Atención ambulatoria, permite conocer la magnitud, distribución y características de las enfermedades por las cuales la población solicita atención ambulatoria. Se levanta esta información cada quinquenio en base a muestras.
- Atención dispensarizada, permite la atención de enfermedades por programa. Ejemplo: asma, diabetes, hipertensión arterial, etc., según edad y sexo.

La estimación de la morbilidad se hace por muestreo cada 10 años.

Medición de la morbilidad

Incidencia, es el número de casos nuevos de la enfermedad, ocurridos en la población a mitad del periodo, de ese lugar y tiempo por 10^n (se usa en enfermedades agudas). Y sus indicadores más usuales son: tasa de incidencia, tasa de prevalencia, tasa de ataque secundario, tasa global de morbilidad, duración media de la enfermedad, invalidez, indicador de morbilidad laboral e indicadores hospitalarios.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{Numero de casos nuevos en el territorio durante el periodo}}{\text{Numero de habitantes a mitad del periodo en el territorio}} 100000$$

Prevalencia, es el total de casos (nuevos o viejos) existentes en un periodo o momento dado de una enfermedad, traumatismo, incapacidad, etc. (Se usa en enfermedades crónicas).

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{Numero de casos durante el periodo (o momento dado) en el territorio}}{\text{Numero de habitantes a mitad del periodo en el territorio}} 100000$$

Letalidad, es el riesgo de morir por una enfermedad de los enfermos de esa enfermedad, generalmente multiplicada por 100

$$\text{Tasa de letalidad} = \frac{\text{Numero de enfermos que mueren por una enfermedad}}{\text{Total de enfermos por esa enfermedad}} 100$$

Esta tasa mide la gravedad de la enfermedad y sirve para mejorar el diagnostico, pronostico, tratamiento y determinar el subregistro de notificación de la enfermedad. Ejemplo:

$$\text{T.L. de sarampion} = \frac{\text{Numero de enfermos muertos por sarampion}}{\text{Total de sarampionosos}} 100$$

Tasa de ataque secundario, es el indicador de riesgo de contagio de una enfermedad transmisible. Su fórmula es:

$$\frac{\text{Suma total de personas enfermas (-caso indice) en una familia}}{\text{Suma total de personas expuestas a la enfermedad (-el caso indice y - los inmunizados)}} 100000$$

Nota: Signo – menos

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Caso índice o primer caso diagnosticado en esa familia, esta tasa sirve para investigaciones epidemiológicas.

Ejemplo:

Familia	N° de personas de cada familia	C. Índice	Casos secundarios
A	5	1	2
B	7	1	3
C	6	1	4
D	8	1	4
E	4	1	2
Total	30	5	15

$$Tasa A.S. = \frac{15}{30-5} 100$$

T.A.S. = 60% de personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad (suponemos que no hay casos inmunes).

En la Salud Pública Internacional, las comparaciones de indicadores del estado de salud de la población son obligadas y abundantes; sin embargo, los diferentes modos de registrar los casos, la variabilidad de las fuentes, el desnivel en el desarrollo científico-técnico entre los países y sistemas de salud, en la no existencia de un sistema único de salud, ni siquiera coordinación entre ellos en cuanto a sus estadísticas, esto hace **poco fiable las comparaciones sobre morbilidad**.

Una excepción es lo relativo a enfermedades transmisibles, que tiene una larga tradición de registro, transmisión, procesamiento y presentación, las **tendencias** en lo internacional en la morbilidad por las enfermedades transmisibles muestran los siguientes hechos:

La erradicación de la viruela a nivel mundial

- El incremento de las enfermedades de transmisión sexual sobre todo venéreas
- El resurgimiento del paludismo, incluso en zonas donde estaba erradicado
- La disminución de las enfermedades prevenibles mediante in-

munizaciones

- La disminución en general, de las enfermedades infecciosas en los países desarrollados
- Cambio en los patrones de enfermedades infecciosas a crónicas u otras
- Las pandemias de enfermedades respiratorias agudas

Cabe aclarar que el estado de salud de la población se averigua a través de:

- Morbimortalidad
- Investigaciones sobre los servicios de salud
- Conocimientos de factores demográficos, económicos, sociales y otros que permiten realizar un análisis integral de la situación de salud poblacional

Tasa global de morbilidad

$$\frac{\text{Numero de personas enfermas por cualquier causa}}{\text{Población total a mitad de periodo}} 10^n$$

Duración media de la enfermedad

$$\frac{\text{Suma de días perdidos por una enfermedad X}}{\text{Total de enfermos de una enfermedad X}}$$

Invalidez (Dr. A. Carmona, Facultad de Salud Pública – Habana – Cuba)

Una consecuencia de la morbilidad es la invalidez. Esta es también morbilidad o sea es la invalidez un caso particular de ella que se estudia por separado por la importancia social y económica y sirve para estudios de prevalencia, diagnóstico del estado de salud de la población, planificación de los servicios de salud y para la intervención con medidas médico sanitarias.

Las fuentes de información son:

- Registros demográficos y de los servicios de salud

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Censos generales de población
- Censos de invalidez
- Encuestas de salud domiciliarias
- Encuestas de nacimientos con discapacidades (invalidez)
- Muestreo de invalidez por encuesta domiciliaria
- Estudios específicos de invalidez

Indicadores de invalidez (poblacional)

- Tasas globales de deficiencia, discapacidad, minusvalía
- Tasas específicas: edad, sexo, causa, enfermedad, puesto de trabajo
- Tasas específicas de deficientes por aparatos y daños específicos
- Tasas específicas de discapacidad por funciones
- Tasas específicas por tipo de discapacidad
- Tasas globales y específicas de discapacidad múltiple
- Distribución de la discapacidad según: pronóstico, necesidades, atención y causas (principal y asociadas). Estos sirven para la planificación del servicio.

La evaluación de la escala de deficiencias se hace sobre aparatos y sistemas para relacionarlo con la morbilidad. La invalidez puede ser temporal o permanente, a la primera pertenece la morbilidad de obreros y empleados impedidos de concurrir al trabajo por algún tiempo. Este último determina su importancia económica, ya que el costo representa el trabajo dejado de realizar por el enfermo, se añade al costo del tratamiento de la enfermedad y del subsidio a cargo de la seguridad social.

En estos casos es de responsabilidad y ética del médico, el esforzarse por devolver en el menor tiempo posible al trabajador a su puesto, totalmente recuperado. Dentro del trabajo están la inasistencia escolar y docente, donde lo perdido es la asistencia a clases u otras tareas docentes.

Los indicadores de morbilidad laboral con incapacidad laboral más utilizada son:

$$\text{Casos de incapacidad laboral por trabajadores} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de incapacidad laboral}}{\text{N}^\circ \text{ de días de incapacidad laboral}} 100$$

$$\text{Días de incapacidad laboral por trabajadores} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de días de incapacidad laboral}}{\text{N}^\circ \text{ medio de trabajadores}} 100$$

Estos índices se calculan generalmente para un año y pueden transformarse en específicos cuando se consideran: sexo, edad, enfermedad, puesto de trabajo y otros.

Las causas más importantes de ausentismo en Cuba en el último decenio fueron (80-90): epidemias de dengue, conjuntivitis hemorrágica y enfermedades respiratorias agudas; los accidentes es otra causa relevante.

Otra forma de invalidez es la permanente que puede originarse por causas congénitas (como varias formas de retraso mental) o adquiridas (enfermedades y traumatismos). A veces son causas que impiden la vida laboral o estudiantil de una persona o que aceleran la jubilación u obligan a la salida de la escuela. Son las enfermedades crónicas que ocupan los lugares más importantes entre las causas de este tipo de invalidez.

Indicadores hospitalarios que miden el aprovechamiento del recurso cama

Cama real, es la que se encuentra realmente instalada y dispuesta las 24 horas del día para recibir a una persona, este ocupada o no. Se excluyen de la emergencia, reconocimiento, cirugía menor, investigaciones (EKG, Rx, laboratorio, etc.), Banco de sangre, recuperación, recién nacidos normales y personal que residen en el hospital.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

.....

Día cama: Disponibilidad de una cama real las 24 horas.

Egreso: paciente que habiendo ocupado una cama real del hospital la abandona vivo o muerto.

Día paciente: Unidad de servicio prestado por el hospital a un paciente en un día, o sea periodo de servicio prestado a un paciente ingresado comprendido entre las horas del censo (12 de la noche y 12 de la noche del día siguiente), más el número de pacientes que ingresan ese mismo día y resto los egresados tabulados para ese día.

Ejemplo:

Censo

el 12 de noviembre a las 12 PM ingresan	345 pacientes
El 13 de noviembre a las 12 PM ingresan	27 pacientes
	372 pacientes

372 ingresos – 25 egresos = 347 pacientes (13 de noviembre)

Días estadía: Mide el tiempo transcurrido desde el momento que el paciente ingresa hasta que egresa, siendo la unidad del tiempo utilizada el día.

Si permanece horas se contabiliza como un día. Es decir, se cuenta el día de ingreso o el del egreso por cada paciente, pero no los dos.

$$\frac{\text{Numero total de dias estancia de los pacientes egresados}}{\text{Numero total de egresos en un periodo}}$$

A partir de estos conceptos se señalan los indicadores básicos hospitalarios:

- Intervalo de sustitución * 1 – 2 días
- Índice de ocupación 80 %
- Índice de rotación 85 pacientes/año
- Promedio de estadía * Hospitales agudos – crónicos

Estos indicadores se evaluarán de forma integral, sin embargo, los más importantes son el intervalo de sustitución y el promedio de estadía, porque determinan el valor de los otros.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

1) **Promedio de estadía:** Es el promedio de días de asistencia hospitalaria recibida por cada paciente en un periodo de tiempo.

$$PE = \frac{\text{Días de estadía}}{\text{Egresos}}$$

La estadía vendrá determinada por el tipo de servicio, la distribución de camas y la morbilidad.

Valores guía	Hospital clínico	4-6 días
	Hospital de crónicos	10-20 días
	Hospital gineco obstétrico	Partos: 2-3 días Ginecología: 7 días
	Índice de cesáreas	16% OMS-OPS

Etapas de la Estadía (sirve para medir la estadía)

- I. Desde el ingreso hasta el examen medico
- II. Examen clínico y diagnostico (excepto en cirugías urgentes)
- III. Tratamiento
- IV. Desde el alta hasta que se va del hospital

2) **Intervalo de sustitución:** Tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.

$$\frac{Cd - Co}{\text{Egresos}} = \frac{\text{Días cama} - \text{días paciente}}{\text{egresos}} = 1 \text{ valor guía}$$

Es fundamental su análisis para el uso racional de recursos cama/cd: cama desocupada y co: cama ocupada.

Su valor optimo debe ser 1 (uno). Cuanto más se acerca a 0 (cero), indica que hay presión asistencial en ese servicio, cuando el valor es mayor o igual a 2 (dos), indica subutilidad de la cama.

3) **Índice de rotación / Giro de cama o coeficiente de renovación:** Mide el número de pacientes que rotan por una cama, durante un periodo de tiempo dado (365 días).

$$\frac{\text{Egresos de un periodo } n}{\text{Promedio de camas reales del mismo periodo}}$$

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

.....

Para la planificación el más utilizado es:

$$IR = \frac{\text{Total de días del periodo}}{(\text{PE} - \text{IS}) \text{ del mismo periodo}} = 85 \text{ ptes} - \text{cama} - \text{año} (\text{valor guía})$$

En donde PE es el periodo de estadía R, IS es el índice de sustitución. A más estadía menor índice de rotación.

4) Índice ocupacional o porcentaje de ocupación o grado de utilización: expresa el por ciento de ocupación de la cama en un periodo de tiempo y sirve para la planificación de camas hospitalarias.

$$\frac{\text{Días paciente en la cama en un periodo dado}}{\text{Días cama del mismo periodo}} 100$$
$$\frac{\text{Camas ocupadas en 1 tiempo dado}}{\text{Camas que existen (llenas o vacías en el mismo tiempo)}} 100$$

Cuando el índice de ocupación es mayor, el periodo de estadía también es mayor y menor el índice de rotación. Cuando el periodo de estadía es constante, pero aumenta el intervalo de ocupación, aumenta también el índice de rotación.

El índice de ocupación discrimina poco el aprovechamiento del recurso cama por ello se lo valora junto con los demás indicadores.

Otra fórmula del índice de ocupación es:

$$I. \text{Ocup.} = \frac{\text{Promedio de estadía} \times \text{Índice de rotación}}{\text{Promedio de camas reales} \times \text{días del periodo analizado}} 100$$

El índice de ocupación sirve para la planificación.

Calcular el número de ingresos que puede haber en un momento dado.

La fórmula es:

$$\text{Ingresos estimados} = \frac{(\text{Ingreso} \times 100) \times \text{Población a atender}}{100}$$

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

El resultado señala los ingresos que se esperan en un tiempo dado.

Ejemplo:

Ingreso por habitante en una población femenina de menores de 15 años o de mayores de 15 años o de niñas en edad preescolar, etc.

Ejercicio:

Traer datos de su institución, analizando según valores guía y obtener su diagnóstico del recurso cama:

Institución	Días de estadía	I. Ocup.	P. Estadía	I. Rotac.	I. Sust.	Camas

Indicadores de recursos y servicios: sirven para una planificación, ejecución, control y evaluación de los programas.

En estos indicadores el numerador y denominador deben tener correspondencia de tiempo y lugar.

Indicadores de recursos en relación con la población:

- Médico por habitante
- Enfermera por habitante
- Cama por habitante
- Estomatólogo por habitante, etc.

Los indicadores se pueden ir haciendo más específicos.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Tabla 25. Tasa de recursos humanos en salud por 10000 habitantes Ecuador y países seleccionados: 1990-1993

PAÍS	MÉDICOS	ENFERMERAS	AUX. ENFERMERÍA
Ecuador	14.2	5.0	10.6
Chile	11.0	4.2	21.2
Costa Rica	12.6	9.5	12.5
Cuba	43.3	68.9	0.3
Estados Unidos	24.5	87.9	54.9

Fuente: OPS/OMS. La situación de Salud en las Américas, 1994

Tabla 26. Distribución de recursos humanos en salud, Ecuador, 1994

PROFESIÓN	TOTAL	URBANO	RURAL		
		N°	%	N°	%
Médico	14271.00	12924.00	90.56	1347.00	9.44
Enfermera	4941.00	4591.00	92.92	350.00	7.08
Odontólogo	1751.00	1364.00	77.90	387.00	22.10
Obstetriz	755.00	647.00	85.70	108.00	14.30
Aux. Enfermería	12673.00	11329.00	89.39	1344.00	10.61

Fuente: OPS/OMS. La situación de Salud en las Américas, 2000

Tabla 27. Médicos por provincias, tasa por 10000 habitantes y déficit teórico, Ecuador, 1994

PROVINCIAS	MÉDICOS	TASA POR 10000	DÉFICIT TEÓRICO
Pichincha	3788	21.6	1481
Guayas	3171	12.6	4314
Azuay	988	19.7	520
Pastaza	74	117.7	51
Galápagos	14	14.3	15
Morona Santiago	111	13.2	142
Cañar	242	12.8	326
El Oro	466	11.3	772
Tungurahua	381	10.5	705
Loja	380	9.9	774
Imbabura	247	9.3	549
Esmeraldas	280	9.1	640
Chimborazo	322	8.8	772
Manabí	899	8.7	2197

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Carchi	118	8.3	306
Napo	84	8.1	226
Bolívar	120	7.7	345
Zamora Chinchipe	49	7.4	150
Cotopaxi	196	7.1	633
Sucumbíos	41	5.3	190
Los Ríos	266	5.0	1317
TOTAL, PAÍS	12237	328.4	16425

Fuentes: INEC. Inversión Estatal en Salud por región y provincia. 1988-1993. INEC, 1995

Indicadores que relacionan los distintos tipos de recursos:

- Enfermeras x Médicos. Es decir:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Enfermeras}}{N^{\circ} \text{ de Médicos}}$$

- Auxiliares de Enfermeras x Enfermeras
- Técnico Estomatólogo x Estomatólogo
- Médico por Policlínico
- Enfermera x Hospital

Indicadores que miden el aprovechamiento de recursos, indican en general el servicio que se presta en el tiempo de trabajo:

N° de consultas médicos/día

N° de pacientes atendidos/horas de trabajo, etc.

Productividad de médicos o técnicos

$$\text{Promedio Médico en consulta} = \frac{\text{Total de consultas efectuadas}}{\text{Total de horas trabajadas o contratadas}}$$

$$\text{Promedio Médico en sala} = \frac{T. \text{ de horas médico contratado o trabajadas}}{\text{Días paciente}}$$

$$\text{Promedio cualquier tipo de técnico} = \frac{T. \text{ de horas de un técnico contratado o trabajadas}}{\text{Total de unidades de trabajos del técnico en un tiempo dado}}$$

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Indicadores que miden el uso del recurso material:

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de horas que se utilizo el equipo}}{N^{\circ} \text{ de horas establecidas para su uso}} \times 100$$

(horas que puede haberse utilizado el equipo)

Por ciento de placas no útiles para el diagnóstico:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de placas no útiles}}{\text{Total de placas utilizadas}} \times 100$$

Indicadores que miden el volumen del servicio: % o número de consulta por habitante

$$\frac{\text{Total de consultas}}{\text{Total de habitantes}}$$

- Egresos por habitante
- Vacunas por habitante
- Consultas de puericultura por habitante
- Consultas de embarazadas por habitante
- Consulta de menores de un año, etc.

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de camas del Dpto. o de servicio}}{\text{Total de camas}} \times 100$$

Indicadores que miden la calidad del servicio:

- Relación (%)
- Consulta externa / servicio de emergencia
- Por % de pruebas citológicas útiles / total mujeres
- Obturaciones / Extracciones

Tabla 28. Indicadores hospitalares agudos MSP - ECUADOR

INDICADORES	1987	1988	1989	1990
Rotación normal de camas	7279	7274	7395	8898
Egresos	245189	246504	247453	255473
% ocupación	72.5	69.0	68.6	68.6
Promedio día estancia	5.7	5.5	5.4	5.3
Giro de camas	40.3	30.2	39.3	40.7
Mortalidad + 48 horas	1.3	1.3	1.2	1.0
Número de partos	90248	93113	92762	94334
Numero de cirugías	65549	75283	71881	77278

Valor guía: Para hospitales Agudos el incremento no sobrepasa el promedio de 30 días.

Tarea: Analizar los indicadores expuestos en el cuadro basándose en los valores guía dados en páginas anteriores (Indicadores Hospitalarios).

$$\frac{\text{Captacion de embarazadas en el primer trimestre}}{\text{Total de embarazadas}} \cdot 100$$

$$\frac{\text{Educacion de embarazadas en el primer trimestre}}{\text{Total de embarazadas}} \cdot 100$$

Mortalidad Bruta (neta)

$$\frac{\text{Total de fallecidos en el hospital}}{\text{Total de egresos}} \cdot 100$$

$$\frac{\text{Total de fallecidos en 18 horas de ingresos}}{\text{Total de egresos}} \cdot 100$$

Mortalidad materna (ver contenido de mortalidad)

$$\text{Mortalidad fetal tardia (28 semanas o +)} = \frac{\text{Muertes fetales tardías}}{\text{Total de nacidos vivos}} \cdot 100$$

$$\text{Mortalidad del recién nacido} = \frac{\text{Defunciones de recién nacidos}}{\text{Total de nacidos vivos}} \cdot 100$$

$$\text{Indice de necropsias} = \frac{\text{Total de necropsias}}{\text{Total de fallecidos}} \cdot 100$$

$$\text{Indice de cesáreas} = \frac{\text{Total de cesáreas realizadas en un tiempo dado}}{\text{Total de partos en el mismo periodo}} \cdot 100$$

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Valor Guía: Índice Global de Cesáreas = 16%

$$\% \text{ de complicaciones postoperatorias} = \frac{\text{Total de complicaciones postoperatorias}}{\text{Total de operaciones realizadas}} \cdot 100$$

$$\text{Índice de evaluación cualitativa de hist. clínicas} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de HC de un grado dado}}{\text{Total de HC evaluadas}} \cdot 100$$

Índice de bajo peso al nacer:

$$\frac{\text{Total de nacidos vivos de menos de 2500 g.}}{\text{Total de nacidos vivos}} \cdot 100$$

$$\frac{\text{Valores guías " país subdesarrollado" (FAO)}}{\text{2300 calorías individuo adulto activo}} \cdot \frac{\text{62 g de proteínas}}{\text{62 g de proteínas}}$$

Indicadores socioeconómicos

Sirven para medir los fenómenos sociales y la repercusión en lo biopsicosocial, además permite determinar la estructura social, los sistemas nacionales de salud y las condiciones de vida.

Indicadores Básicos de Salud y las condiciones de vida

- Porcentajes de analfabetismo o nivel de educación (matriculas, deserción)
- Ocupación o porcentaje de empleo y del ingreso real por empleado
- Disponibilidad de calorías diarias per cápita (como % del nivel requerido) igual para proteínas y hierro
- Porcentajes de población con servicios de abastecimiento de agua potable urbano y rural.
- Porcentaje del PNB invertido en salud, educación y producción
- Porcentaje de población, servicios de alcantarillado y evacuación de excretas urbano y rural

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Esperanza de vida al nacer
- Tasa de mortalidad infantil
- Producto Nacional Bruto per cápita
- Porcentaje del crecimiento acumulado del Producto Interno Bruto
- Porcentaje de población con seguridad social
- Porcentaje de población en pobreza

Los indicadores tanto los demográficos, socioeconómicos y de morbi-mortalidad tienen valores guía o indicadores de resultados.

Se señalarán a continuación algunos indicadores económicos de resultados:

1. Inversión interna como % del PIB
2. Ahorro interno
3. Contribución al crecimiento del PIB
4. Producto real por empleado
5. Exportación de bienes y servicios como % del PNB
6. Exportaciones de manufacturas como % de exportaciones total de bienes y servicios.

Significados de algunas variables:

1. Cultura: Religión,
Hábitos y costumbres (estilos y modo de vida),
Manifestaciones culturales, su relación sanitaria.
2. Educación: Nivel de educación
Grado de escolaridad (matriculados, deserción, pérdidas de año)
3. Ocupación: Nivel o % de ocupación
Población activa empleada (no subempleada)
Población activa no empleada
Conflictividad laboral
Edad laboral
Profesión: especializado o no
Estructura laboral o de ocupación: ama de casa, jubilado,

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- trabajador.
Afiliado a la seguridad social o aseguradora
Centros de trabajo, número y % en relación con la edad laboral.
- 4. Urbanización: Vivienda (estructura, tipo, estadía)
Índice de hacinamiento
Nº de habitaciones en un dormitorio de 9 m² y en lo horizontal de 2.50 m² mas closet por habitante (OMS)
Valor guía de no hacinamiento= 1 habitante/dormitorio
De hacinamiento= + 3 de personas/dormitorio
Grado de urbanización (recursos básicos, infraestructura sanitaria),
Transporte,
Zonas de esparcimiento.
- 5. Ingresos: Salario,
Subsidios,
Pensiones
Negocios
Fondos sociales y otros más difíciles de medir.
- 6. Consumo: Alimentación,
Luz, agua
Vivienda,
Vestidos, calzados,
Servicios,
Bienes duraderos,
Bienes de lujo.
Para el consumo es indispensable el salario
- 7. Participación: Organizaciones, Asociaciones, Partidos,
Formas de gobierno (democrático).
- 8. Movilidad: Estructura ocupacional
- 9. Comunicación: Medios masivos, Publicidad,
Servicios: correo, télex, etc.
Tecnología satelital.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Las nueve variables señaladas están íntimamente relacionadas con la economía y con la vida misma, así tenemos que cuando hay niveles bajos del PNB per cápita por año y del porcentaje de este dedicado a la salud también es bajo, la esperanza de vida baja y la mortalidad infantil se eleva, son excepciones algunos países de gran organización, disciplina fiscal y donde son políticas prioritarias lo relacionado a lo social y a la producción.

Valores guías del PNB:

PNB de \$3000 y más per cápita	Elevado
PNB entre \$3000 y \$1300	Medio
PNB entre \$1300 y \$400	Medio bajo
PNB bajo \$400 por habitante al año	Bajo

En el año 2000 el PIB de Ecuador fue de \$1050 por habitante/año.
Fuente: Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Diario El Universo, 16 de septiembre de 2000

Tabla 29. PNB PER Cápita, mortalidad infantil y esperanza de vida 1990

PAÍS	\$USA PNB	MORTALIDAD INFANTIL	ESPERANZA DE VIDA (AÑO DE VIDA)	
			HOMBRE	MUJER
Hong Kong	6910	8	74.1	79.6
Francia	10720	8.3	71.2	79.3
Holanda	10020	8.1	72	79
Canadá	14120	7 (7.6)	73	79
Noruega	15400	10	76	79
Suiza	17680	7.1	72.5	79
Suecia	13160	6	74	76.8
Estados Unidos	18630	10.4	71.3	78.3
Puerto Rico	5615	14.2	70.2	77.2
Panamá	2330	23	70	74
Cuba	443	6	73	73
Costa Rica	2856	18	73	73
México	1860	46	64	68

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Colombia	1230	8	63	63
Brasil	1810	9	61	63

Fuente: Federación Internacional de Hospitales, 1990

Tomado de: Guillermo Fajardo Ortiz "El precio de la salud". OMS.

Tabla 30. Esperanza de vida y mortalidad infantil en Ecuador

PERIODO	PNB y % en salud (llenar datos)	Esperanza de vida (Años de vida)	Mortalidad infantil (tasa por 1000 NV)
1955 – 60		51.38	129.37
1965 – 70		56.76	107.12
1975 – 80		61.41	82.36
1985 – 90		64.27	69.55
1990 – 95		68.8	
1994		68.8	44.00
1996			
2000			
2005			

Fuente: Dirección Nacional del Seguro Campesino. Los problemas del Ecuador, 1987 (CONADE-INEC-CELADE, etc.)

Tareas para los discentes:

1. Llenar datos del PNB y % en salud del cuadro anterior
2. Buscar el PNB en los periodos de 1955 al 95
3. Buscar el % de PNB dedicado a la salud de 1955 al 95
4. Analizar las tendencias y sacar conclusiones y sugerir soluciones en base a valores guías de 1955 al 95 de PNB. Mortalidad infantil-Esperanza de vida, etc.
5. Establecer las diferencias entre PNB y PIB
6. Buscar la tabla de requerimientos calóricos, proteicos y vitamínicos y minerales para países desarrollados (EE. UU.) y comparar con la ecuatoriana.

Valores guías " país subdesarrollado" (FAO)
 $\frac{2300 \text{ calorías individuo adulto activo}}{62 \text{ g de proteínas}}$

62 g de proteínas

Ecuador

AÑO CONSUMO

1980 1755 Calorías adultos activos
44 gramos de proteínas

Tabla 31. Requerimientos de la población ecuatoriana, 1980

Calorías (millones)	
Consumo estimado	5200000
Consumo recomendado	6800000
Déficit anual	1600000
Proteínas (millones de gramos)	
Consumo estimado	130000
Consumo recomendado	180000
Déficit anual	50000

Tabla de recomendaciones nutricionales diarias – Ecuador

PATRÓN GUÍA DE ESTATUS SOCIOECONOMICOS:

**D.J.P. BARKER, G.A. ROSE; GRAN BRETAÑA
(EPIDEMIOLOGÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA)**

Clase social 1: altos profesionales y administrativos

Clase social 2: profesionales menores y empleados en industrias y comercio

Clase social 3: empleos cualificados: a) no manuales, b) manuales

Clase social 4: empleos parcialmente cualificados

Clase social 5: empleos no cualificados

En Gran Bretaña, el Register General, la profesión del jefe de familia como una medida aproximada del estatus o nivel de vida y las profesiones se la ordenaron en cinco clases.

Tareas discentes:

Averiguar en el INEC – Ecuador, los criterios para determinar las clases sociales y sus estatus, como clases altas, medias, baja o rica, media y pobre, etc.

El nivel de vida esta constituido por muchos factores, ejemplo: vivienda, nivel de educación, la renta, el cuidado de los niños, actitudes res-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

pecto a la salud y otros indicadores de bienestar.

El nivel de vida marca las diferencias en la forma de vivir, enfermar y morir en las diferentes etapas de la vida. Es determinante principal la renta (economía) que ingresa a la cabeza de la familia.

Por tanto, en el documento se ha tratado hasta el momento:

- A. Las bases socioeconómicas.
- B. Los determinantes como estilo de vida y organización de los servicios de salud.
- C. Lo biológico y factores de riesgo.
- D. El daño que corresponde a la morbilidad y discapacidad.

La mayoría de estos contenidos poseen valores guías o formulas señaladas en cada una de ellas y permiten realizar al gerente de salud de cualquier nivel (macro, meso, micro) el diagnóstico de salud.

Guía de trabajo discente

Objetivo: Describir mediante indicadores seleccionados la situación de salud (de una Institución, servicio, comunidad) tomando en cuenta la cadena causal.

A) Base socioeconómica:

1. Ubicación espacial y geografía (Institución, servicio, comunidad).
2. Organización político-administrativa (organigrama).
3. Presupuesto nacional (PNB o PIB) porcentaje para la salud, presupuesto institucional (IESS, Solca, JB, HSP), y, el de educación.
4. Seguridad social (afiliados o no).
5. Educación (nacional, local y de los que demandan atención, ejemplo en el IESE).
6. Aspecto demográfico: población nacional, regional, local y de la que demanda.
7. Atención en la institución (estructura por sexo y grupo de edades).

- Pirámide población nacional y de la que demanda atención en la institución.
- Índice de regularidad de las edades.
- Índice de masculinidad.
- Medición de la fecundidad (actualmente los grupos de las edades quinquenal se ha incrementado en un intervalo o sea de 10 a 14 años según el Ministerio de Salud del Ecuador).
- Tasa bruta de natalidad.
- Tasa de fecundidad general.
- Tasa de fecundidad por edades (TFEE).
- Tasa global de la fecundidad.
- Índice de abortos (espontáneos, provocados) por grupos de edades.
- Ocupación de ingresos de los que demandan atención, así como el consumo.

B) Determinantes (En la comunidad, en el instituto, en el servicio):

1) Estilo de vida

- En la conducción de vehículos.
- En la ingestión de alimentos y otros productos.
- En la conducta sexual y afectiva.
- En la utilización del tiempo libre.

2) Medio ambiente

- Distribución y calidad del agua de consumo (Exs de laboratorio).
- Disposición de desechos solidos.
- Vectores (índice de moscas, mosquitos, cucarachas, roedores, y otros vectores como pulgas, etc.)

Contaminación atmosférica

- N° de estaciones para medirlas
- Índice de corrosividad
- Polvo sedimentable

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Contaminantes más emitidos.

Centros laborales

- Números.
- Características y condiciones higiénicas de estos.

Hogares de ancianos

- Números.
- Características y condiciones higiénicas de estas.
- Situación de los albergados.

Característica general de urbanización

- Urbanismo.
- Características generales de vivienda.
- Índice de hacinamiento.

3) Organización de los servicios de salud

- Unidad por niveles de atención (primaria, secundaria, terciaria), la del IESS, Solca, Junta de Beneficencia, etc.
- Recursos Humanos, financieros y materiales.
- Humanos (cobertura por habitantes).
- Financieros (presupuesto).
- Los recursos clasificados en:
 - Curaciones
 - Rehabilitación
 - Promociones y
 - Protección
 - Materiales
 - Equipamiento
 - Transporte
- Atención brindada a la población (comunidad demandante a la institución, servicio) como consultas externas, ingresos, otros servicios, etc.
- Nivel de satisfacción de la población atendida o demandante.

4) Biología humana

- Resultados de pruebas prenatales
- Incidencia de anomalías congénitas.

C) Factores de riesgo:

- Dispensarizados grupos: mal hábito de fumar, sedentarismo, sobrepeso, alcoholismo, hipertensión, diabéticos
- Riesgo perinatal:
- Prematuridad
- Nacidos con bajo peso
- Embarazadas menores de 20 años
- Embarazadas mayores de 40 años
- Multíparas
- Conductas suicidas (intentos)
- Accidentes de tránsito sobre todo por ingesta de bebidas alcohólicas
- Información sobre violencia.

D) Daño:

1) Morbilidad

- Tasa de incidencia de enfermedades infecciosas y no infecciosas de mayor significación.
- Tasa de prevalencia de enfermedades infecciosas y no infecciosas de mayor significación.
- Tasa de accidentes laborales y escolares.
- Tasa de incidencia y prevalencia de enfermedades profesionales.

2) Prevalencia de deficiencias, discapacidad y minusvalía según causas.

3) Mortalidad

- Tasa de mortalidad general
- Tasa de mortalidad por causa
- Tasa de mortalidad por edad y sexo
- Tasa de mortalidad infantil por componentes y causas

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Tasa de mortalidad perinatal por componentes y causas
- Tasa de mortalidad preescolar
- Tasa de mortalidad escolar
- Tasa de mortalidad de 15 a 49 años por causas
- Tasa de mortalidad de 50 a 64 años por causas
- Tasa de mortalidad de 65 y más años por causas
- Tasa de mortalidad materna
- Esperanza de vida

Fuente: Facultad de Salud Pública – MINSAP – Habana, Cuba. 1993

Nota. - 1: Los datos de la cadena causal se toman de anuarios estadísticos, se obtienen por encuestas, entrevistas, criterio de expertos, etc.
2.- Los discentes con orientación del profesor adaptaran su guía de trabajo acorde a sus necesidades del servicio o institución.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO



PARTE III SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Definición: Sistema de Salud es un todo coherente que está compuesto de muchas partes relacionadas entre sí, tanto sectoriales, intersectoriales, además de la comunidad, y que produce un efecto combinado en la salud de la población. Para crear un sistema que tenga un propósito determinado, todas las partes han de funcionar juntas y ajustarse unas a otras. Esto puede conseguirse por medio de una comunicación constante y de una división de trabajo entre las partes. Componentes:

- Desarrollo de recursos de salud.
- Disposición ordenada de los recursos.
- Prestación de atención de salud.
- Apoyo económico.
- Gestión.

En el nivel más elemental la estructura y las interrelaciones funcionales del sistema de salud de cualquier país puede analizarse con arreglo de modelo sistémico (Bodgan M. Kleczhowsky y otros) y a sus factores y componentes.

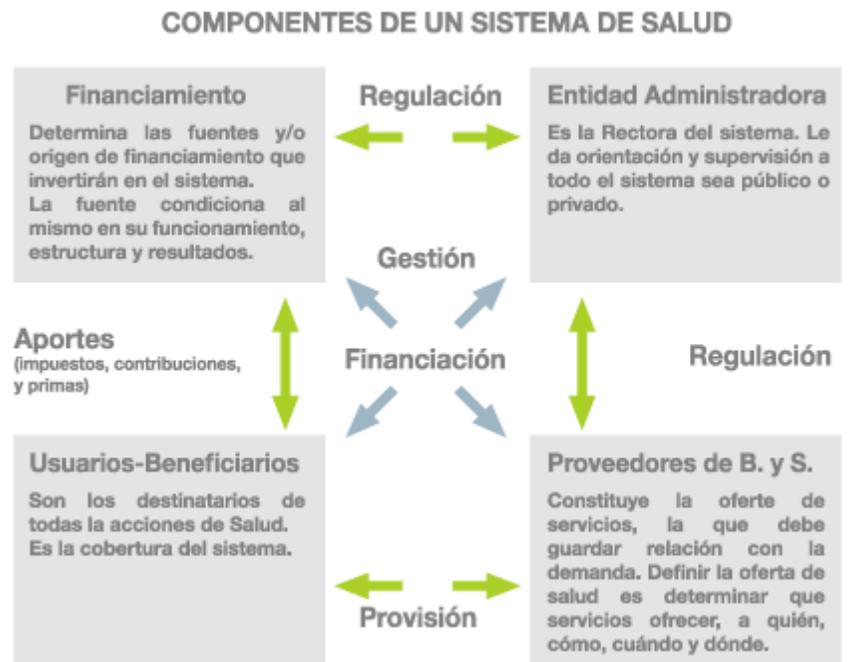
Modelo de un sistema nacional de salud: estructura e interrelaciones funcionales

Imagen 9. Sistema de Salud en Ecuador ISAGS



Fuente: ISAGS (2017)

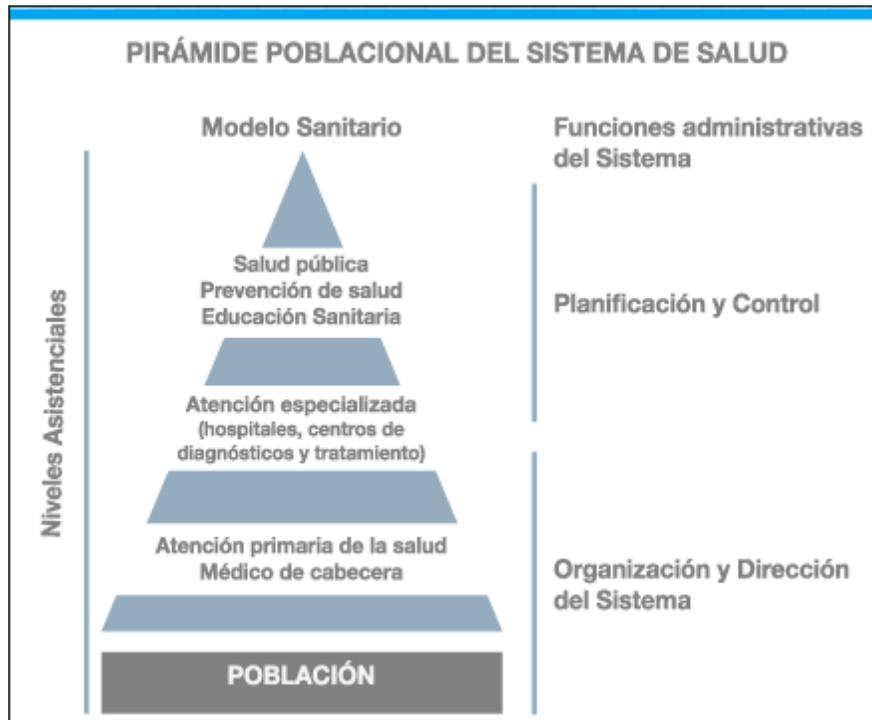
Imagen 10. Componentes principales de la infraestructura de un sistema nacional de salud



Fuente: Hersett (2016)

En los sistemas nacionales es más frecuente que se considere la atención de salud con arreglo a su grado de complejidad (atención primaria, secundaria y terciaria) o al orden por el que se van atendiendo sucesivamente las necesidades de salud de la población. Los enfoques para la atención obedecen a supuestos filosóficos, económicos que considera la atención sanitaria como una mercancía cotizada en el mercado y el otro supuesto como un derecho social.

Imagen 11. Pirámide Poblacional del Sistema de Salud



Fuente: Hersett (2016)

En el tercer mundo se mezcla los supuestos.

Tipos de Sistemas Nacionales de salud

Esta clasificación se hace de acuerdo con las características socioeconómicas y sociopolíticas, es decir, una importante influencia básica es el tamaño y la potencia de la economía nacional que se manifiesta con el PNB o con el PIB por habitante. Dividiendo este indicador para la población total nos da el PNB o PIB por habitantes. De hecho, estos nos sirven de medidas general del bienestar humano, es decir, también de la salud.

$$\frac{PNB \text{ o } PIB}{Población \text{ total}} \text{ } PNB \text{ o } PNB \text{ por habitante}$$

- Los países con alto PNB per cápita son predominantemente paí-

- ses industrialmente desarrollados, y
- Los países con PNB bajo per cápita son predominantemente agrícolas o en desarrollo

Los problemas de salud han pasado en los países industrializados por varias fases de evolución:

Fase inicial:

en esta fase, las enfermedades infecciosas, la mal nutrición y la vivienda insalubre fueron combatidos mediante mejoras socioeconómicas combinadas a medidas de salud pública como el abastecimiento de agua potable pura y la instalación de servicios de evacuación de aguas residuales. A medida que fueron progresando las ciencias, se dominaron mejor las enfermedades bacterianas y víricas por medio de la inmunización y la quimioterapia, así como por la asistencia mayor a los individuos.

La segunda fase

de evolución ha venido dominada por las enfermedades crónicas, particularmente por las cardiovasculares, cerebrovasculares y el cáncer. Los adelantos científicos y técnicos han traído consigo un gran arsenal de intervención médica para el diagnóstico y la curación, mayor especialización en el ejercicio de la medicina y la transferencia de gran parte de la asistencia antes prestada en los gabinetes de los médicos y en los domicilios de los pacientes a hospitales cada vez más complejos y costosos. Tan costosos que en la mayoría de los países es motivo de preocupación para el público.

La tercera fase

que se observa en algunos países industrializados es la patología social y ambiental. Las amenazas a la salud provienen no de desórdenes intrínsecos de la estructura y funcionamiento del cuerpo sino de peligro ambiental relacionados con el desarrollo urbano y la exposición a sustancias tóxicas, así como a los cambios del comportamiento social

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

asociados a la violencia, consumo de alcohol y uso indebido de medicamentos en proporciones epidémicas.

Los países industrializados han pasado por estas tres fases en un periodo que ha durado mas de un siglo. Los países en desarrollo hacen o han de hacer frente al reto de tener que soportar las tres fases simultáneamente, con solo una fracción de los recursos humanos y materiales de que se disponen los países industrializados que sufren los mismos problemas. Por tanto, nuestro sistema de salud que no es unificado necesita coordinar esfuerzos para optimizar los recursos en la atención de salud.

Los tipos o clasificación de los sistemas de salud se hacen con arreglos a:

- Lo económico, que se mide por el PNB por habitante
- Lo sociopolítico, es decir, por las tres fases evolutivas antes mencionadas y autocráticas o democráticas.
- Por sus estructuras administrativas, es decir, gubernamentales o privadas; centralizadas, descentralizadas, pluralistas o unificadas

Tabla 32. Sistemas Nacionales de Salud: Tipología Basada en el grado de desarrollo Económico y en el grado de organización de los servicios de salud. (Bodgan M. Kleckowski y otros – OMS)

Desarrollo económico	Organización del Sistema de Salud		
	Poco	Moderada	Mucha
Desarrollo (rico)	1	2	3
En desarrollo (transición)	4	5	6
Menos desarrollado (pobre)	7	8	9

Este cuadro puede servir para dar una orientación general sobre el desarrollo de estrategias con el objeto de reorganizar los Sistemas Nacionales de Salud.

La mayoría de los Sistemas de Salud pertenecen a la categoría intermedia (2, 4, 5, 6 y 8). Características de ellos.

- Categoría (1, 2, 3) son ricos, con un PNB por habitante de US \$3000 o más, **siendo 1** países ricos y pocos organizados. Con una administración muy descentralizada, las reglamentaciones o legislación son muy rígidas y la evaluación muy desarrollada. La **categoría 2** países ricos y moderadamente organizados, tiene recursos y bastantes abundantes, los propicia el gobierno, contrario a la categoría 1. Los recursos humanos y materiales están en gran parte organizados en forma de programas de salud patrocinados por el gobierno, a fin de que haya servicios para casi todos los habitantes.
- Los servicios medico hospitalarios están principalmente a cargo de grupos organizados de médicos y de personal afín empleados en la institución. El sosténeconómico a todos los servicios en gran parte tiene supervisión del gobierno a través del empleo de seguridad o seguro medico y de mecanismos costeados con fondos públicos. No obstante, funciona un importante sector privado. Los procedimientos administrativos o de gestión están más unificados que en los países de la categoría uno y en el gobierno nacional quien ejerce la autoridad de conjunto, aunque delega funciones a autoridades locales.
- La categoría 3, países económicamente ricos y muy organizados, el personal de salud sobre todo los médicos son mas numerosos que en las otras categorías, así mismo las instalaciones de salud, sin embargo, los equipos y suministros de medicamentos están más limitados. Los recursos funcionan como parte de un sistema organizado de servicios de salud bajo la dirección central de un Ministerio unificado de Salud. La forma de prestación de asistencia medica es muy uniforme, tanto para los enfermos hospitalarios como para los ambulatorios, su tratamiento esta a cargo de personal asalariado que trabaja en instalaciones públicas. Los servicios de fomento y prevención están integrados en los tratamientos públicos nacionales y por tanto la atención de

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

salud se considera un servicio público gratuito (salvo para los medicamentos).

- Los países de la categoría, 4, 5 y 6 o en desarrollo están con un PNB per cápita entre US \$4000 y US \$3000 con un promedio de US \$1500 al año faltan médicos, enfermeras bien capacitadas y son en lo rural por empíricos o auxiliares sanitarios. Abundan la practica privada y solo una fracción de tiempo del que se dispone se dedica a programas organizados de salud. Un Ministerio de Salud Central gubernamental es responsable en su materia, pero otros departamentos del estado son responsables de servicios de salud. Ejemplo: la dirección de los grandes hospitales clínicos está a cargo de las autoridades universitarias. El gobierno local tiene pocas delegaciones de responsabilidades. Los gastos gubernamentales en salud son inferiores al 50% del total general. Las categorías 5 y 6 van mejorando en lo económico, sociopolítico y en la estructura de gestión o administrativas.
- Los países pobres o de categoría 7, 8 y 9 tiene
- N un PNB per cápita inferior US \$300, poco organizados, con recursos humanos y materiales menores que la categoría 4. Los médicos se concentran en la capital y se dedican a la atención privada. La rural tiene atención sobretodo empírica. En esta categoría tiene bajo presupuesto de salud y sus PNB promedio per cápita año están bajo los US \$200, etc.

Administracion o gestión, gerencia, management, dirección de los servicios de salud

Concepto

es el proceso mediante el cual se supervisa la producción de los servicios, en este caso salud (Denver).

Definición

En el trabajo de dirigir los recursos materiales y humanos hacia los objetivos comunes de la Organización (ICAP).

Es el trabajo implicado en la combinación y dirección del uso de recursos para lograr propósitos específicos en una organización de trabajo público, privado, etc. (ICAP).

Es una función inherente a los sistemas complejos, orientada al logro de los objetivos de este. (Narey Ramos).

Modelo o enfoques de gerencia

Modelo clásico o funcionalista. -Examina el proceso de trabajo de los administradores en términos de funciones o áreas de actividad, siendo estas cinco:

1. Planificación
2. Organización
3. Dirección
4. Coordinación
5. Control

Ciclo administrativo (Narey Ramos)

Lo que Luther Gulick y Luther Urwick, siguiendo a Fayol en un acrónimo denominaron “POSDCOB” (Planeación, Organización, Integración de personal, Dirección, Coordinación, Información y Presupuesto).

Enfoque sistémico (Narey Ramos), es un método del conocimiento científico y de la teoría general del sistema, que posibilita en un momento dado estudiar un objeto fenómeno, proceso considerado como un sistema, mediante sus análisis y síntesis.

En el concepto de dirección “es el efecto consciente que se ejerce sobre sistemas de índole biológico, social, de máquina y mecanismo automático, para conducir a la consecución de los objetivos, en este caso construir a mejorar la salud de la población” “mejorar la atención integral de los servicios de salud”, etc.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Este modelo consta de cuadros, fases o etapas.

Entradas – Procesos – Salidas – Retroalimentación

Las entradas están en dependencia de su tipo y finalidad obtenida por indicadores, encuesta, personas, etc. En el caso de un hospital a este puede entrar pacientes, insumos, información bioestadística o diagnóstico de situación de atención, personal médico, programas, etc.

En un hospital el proceso fundamental es la atención preventiva, curativa, medico social y clínico quirúrgico de los pacientes en el cual se requiere un conjunto de acciones de los diferentes recursos humanos para alcanzar el fin que es la salud de los demandantes.

Una vez concluido el proceso, a la salida del sistema arriban los productos objeto de su funcionamiento. En el hospital sería el paciente recuperado, compensado incapacitado o fallecido. Se llama retroalimentación al análisis de los resultados o productos que el sistema como medio de evaluar su eficiencia, lo que sirve para enmendar o perfeccionar el sistema en forma global o en cada uno de sus componentes.

Por ejemplo:

Entrada: el diagnostico de situación de un servicio, la planificación, los programas, etc.

Proceso: la ejecución, el control, la coordinación de los programas, etc.

Salida: los resultados o productos acordes a los objetivos, metas de lo planificado, programado, porque consideraron en la entrada que eso era lo prioritario para resolver el problema o porque eso era factible hacer, en ese momento o circunstancia.

El enfoque de proceso (deber). - es una forma pragmática de analizar la administración, para lo que se le subdivide en procesos. Levin

identifica tres tipos de procesos que en conjunto describen el área de la administración:

- El proceso técnico
- El proceso administrativo, y
- El proceso político

El proceso técnico,

especifica las acciones que se pueden poner en práctica.

El proceso administrativo,

posibilita la realización de dichas acciones y se ocupa de los métodos para lograrlo

El proceso político

se encarga de hacer lo necesario para lograr los objetivos de la organización, de la institución, de los servicios, de los programas. Es decir, movilizar el apoyo que esas acciones requieren.

En todo nivel (Macro, meso, micro) la acción organizada es el resultado de una combinación de procesos técnicos, administrativos y políticos.

Toma de decisiones

Cualquiera que sea el enfoque que se adopte, lo más importante es la toma de decisiones, esta es la esencia de la administración. Las decisiones se toman en base a la información, al diagnóstico, a la retroalimentación, luego de la decisión viene la planificación.

Planificación

Concepción clásica. – planificar, es decir, anticipadamente lo que se va a hacer, por lo que determina un curso de acción para el futuro. El objetivo de la planificación es lograr un conjunto de acciones coherente para alcanzar ciertas metas.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Dever. – la planificación constituye la guía para el cambio dentro de un sistema social.

Es el proceso en virtud del cual las decisiones actuales se relacionan con los resultados futuros deseados y su objetivo es enriquecer la toma de decisiones. Sus propósitos fundamentales son profundizar la comprensión y ampliar la visión de los responsables de la toma de decisiones a cualquier nivel.

Es un proceso orientado a la acción, por medio del cual la institución se adaptará a los cambios por tanto en su estructura como en su ambiente exterior.

En resumen, la planificación es un proceso que se ocupa de reunir información del diagnóstico de situación, planeación, programación, etc. Y utilizarla para la elaboración y desarrollo de las acciones y actividades de la organización, instituciones, servicios, programas, etc.

ICAP. – planeación se puede definir como la especificación de los medios necesarios para el logro de las metas y fines antes de que se inicie la acción estos objetivos y la base de la evaluación son los objetivos y metas si se cumplieron o no.

La planeación cumple algunas funciones importantes tales como:

- A. Articular los medios racionales hacia los objetivos organizacionales, proporcionan indicadores para las acciones y decisiones de los empleados;
- B. Permiten un uso eficaz de los recursos y prever los problemas;
- C. Desempeña una función reguladora y permite adaptarse a la organización y a sus ambientes futuros.

Los controles se establecen al fin del plan; plan y control son independientes y los planes se establecen en base a las necesidades y proble-

mas que surgen de la misma y que han sido identificadas o diagnosticadas por la información, bioestadística, encuestas, etc.

Las estrategias y las políticas son planes de alto nivel y bastante generales que se utilizan para guiar las actividades de una organización y su asignación de recursos.

La estrategia se concentra principalmente en la relación de una organización y su asignación de recursos.

La estrategia se concentra principalmente en la relación de una organización como su ambiente externo y la situación competitiva mientras que la política se ocupa principalmente de las disposiciones organizacionales internas.

Narey Ramos – V.G. Afanasiev. – Planificación, es la preparación y adopción de decisiones de gestión y este proceso esta constituido por funciones o fases consecutivas, relacionadas entre si a manera de un ciclo administrativo: Planificación, organización, dirección (regulación) y control; al comenzar el ciclo se establece los objetivos, priorizando los de significación social y se determinan las tareas que se han de cumplir. Para alcanzar los objetivos se establecen un conjunto de actividades que deben realizarse y que se plasman en diferentes tipos de documentos.

- Programas
- Leyes o normas
- Disposiciones

Planes de desarrollo o de trabajo a corto (1 año) mediano (sobre un año) y largo plazo (quinquenios y decenios). La función de planificar comprende diferentes acciones:

- Materializar las decisiones y políticas mediante los documentos necesarios.
- Orientar la dirección principal del trabajo a desarrollar (fomento,

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

prevención, etc.).

- Definir los objetivos necesarios.
- Determinar las metas, las tareas, los indicadores a alcanzar, mediante las acciones correspondientes, métodos, tiempo en que se desarrolla y responsabilidades.

Métodos de la planificación de la salud. – estos son tres:

- a. Método de análisis
- b. Métodos de balances
- c. Método normativo

a) **El método de análisis:** se basa en el estudio y análisis de la información estadística.

Para su aplicación se estudian dos grandes grupos de información:

- La estadística sobre el estado de salud de la población (basado en anuarios de estadísticas)
- Los datos estadísticos sobre la red y los servicios

Cada uno de estos elementos se analizan en:

1. Su evolución anterior
2. Su estado actual
3. Su proyección hasta el final del periodo planificado

Es decir, todos los indicadores utilizados y expuestos al principio de este folleto.

b) **Método de balance,** utilizado ampliamente en la economía de los países socialistas y permite mantener las proporciones adecuadas y el desarrollo armónico de todas las actividades de la sociedad, los servicios de salud de los distintos territorios. Estos balances son:

1. De los crecimientos de la red y de los servicios
2. De los recursos humanos, su racionalización, creación de nuevas profesiones de salud, etc.

3. Balance de los recursos financieros de presupuestos.

c) **Métodos normativos** (también utilizado en este cursillo), consiste en el uso de indicadores cuantitativos para expresar tareas, metas y proposiciones que se pretenden alcanzar en los planes y que se llaman normas (valores, guías, parámetros, etc.). Pueden definirse como norma a aquella unidad de medida que se establece con fines de precisar los requerimientos, utilización y efectividad de los recursos humanos, materiales y financieros que se emplean en salud.

La norma es un indicador real, debe ser alcanzable y esto se asegura cuando se prevén los recursos. Las normas de mayor uso son:

1. Norma de aseguramiento de la atención médica a la población, organización, individuos.
2. Normas de utilización del horario de trabajo y del aseguramiento de los recursos humanos
3. Norma de aseguramiento de los materiales financieros

1) **El aseguramiento de la atención médica a la población.** – Esta norma expresa el volumen de servicio que ofertan o demandan. Están limitadas y se corresponden con la capacidad de las instituciones, disponibilidad de recursos, etc. Y se expresan en indicadores relativos (por cientos).

Las de uso mas frecuentes son las siguientes:

- Normas de consultas médicas por habitantes al año
- Normas sobre el numero de ingreso por 100 habitantes
- Normas para calcular las demandas de camas de asistencia medica
- Normas para medir el aprovechamiento de las camas

Las normas mas empleadas para medir la utilización del fondo del tiempo de los trabajadores son las de:

- Rendimiento de medico en consulta, o sea numero de casos

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

vistos por hora; número de pacientes hospitalizados de atender por un médico en una jornada o sea número de camas por médico. También existen normas para el trabajo de otros profesionales y para otros componentes de la salud.

2) Para calcular el número de trabajadores de una institución se utilizan las normas de plantilla

3) Las normas de aseguramiento de material permiten calcular, a partir de los consumos estimados, los planes de abastecimiento, también se utilizan normas **financieras, que expresan gastos por día/pacientes, gastos por habitantes, etc.**

Una vez finalizado el tratamiento de los métodos de planificación, se tratará **ligeramente la planificación ambulatoria y la hospitalaria**. Por su importancia, dado que este tipo de atención es la más masiva, la que se brinda más cerca de la población y por un número mayor de unidades de la red. Está comprobado que el volumen de los servicios preventivos que se ofrece en este nivel ambulatorio da lugar a que más del 80% de las necesidades curativas se resuelvan.

Planificación ambulatoria. – su indicador más importante es el número de consultas o su índice relativo (por ciento). Número de consulta por habitantes al año.

- Otro indicador es el número de locales de consulta y el número de cargos médicos dedicados a la actividad.

Para planificar el número de consultas a ofrecer en un período en el país, una provincia, ciudad, institución o por una especialidad, hay que tener en cuenta tres tipos de consulta:

- a. Curativas
- b. De dispensarización y
- c. Profilácticas

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

a) **Consultas curativas:** están en relación con la morbilidad de la demanda; para cálculos a largo plazo será necesario conocer los pronósticos de cambios en la misma. Para planes a corto plazo (planes anuales y operativos) podrá considerarse una cifra igual al año anterior, solo incrementando los posibles aumentos de la población, de la demanda institucional o de la especialidad, etc.

b) **Consultas de dispensarización (diabéticos, cardiacos, etc.):** pueden planificarse para el siguiente año, de acuerdo con la población clasificada y dispensarizada, según la frecuencia con que van a ser citados los pacientes.

c) **Consultas profilácticas:** pueden proveerse también anticipadamente por un periodo dado y son las que se brindan a estudiantes y trabajadores (IESS), relacionados con consultas preempleo, empleados, certificados para ingreso a escuelas, etc.

Conocemos el número de consultas a ofrecer en el periodo planificado, se pueden calcular los recursos humanos, materiales y financieros que se necesitan para brindarlas:

- Número de cargos médicos
- Número de gastos por una consulta

En el cargo médico se comprende a un médico trabajando a tiempo completo en consultas durante un año, su número se calcula así:

$$\text{Número de cargos médicos} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de consultas a ofrecer}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas que puede impartir un cargo médico en el periodo según normas vigentes}}$$

Para evaluar la **eficiencia** de utilización del cargo médico, se emplea el rendimiento médico en consulta, que puede expresarse en número de casos por hora planificada y compararse con la norma (40 casos por día).

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

.....

$$\text{Rendimiento médico en consulta} = \frac{N^{\circ} \text{ de consultas médicas realizadas}}{N^{\circ} \text{ de horas medicas en consultas planificadas}}$$

Para el cálculo del número de locales y de su eficiencia, se expresa así:

$$N^{\circ} \text{ de locales necesarios} = \frac{N^{\circ} \text{ total de consultas a ofrecer}}{N^{\circ} \text{ de consultas que puede ofrecer en un local al año de acuerdo a la norma (40 casos x día local)}}$$

La evaluación de su eficiencia se hace en porcentaje de utilización del local, que se calcula así:

$$\text{Promedio casos vistos x local x día} = \frac{N^{\circ} \text{ total de consultas realizadas}}{N^{\circ} \text{ de locales (280 días)}}$$

$$\text{Ubicación del local} = \frac{\text{Promedio de casos vistos por local por día}}{40 \text{ casos por día}}$$

Planificación de la atención hospitalaria:

su importancia radica en que brinda servicios de mas alta complejidad, y, el elevado costo de estas unidades, tanto por los valores de las inversiones para nuevas camas, como por gastos de operación y manutención de los hospitales.

Para calcular el volumen de asistencia hospitalaria a la población, se utiliza el indicador del numero de ingresos, mejor, su índice relativo de ingreso por habitantes (porcentaje de hospitalización).

Calculando el porcentaje de hospitalización al final del periodo para el cual se elabora el plan, y, considerando el promedio de estadía y los días de ocupación de la cama al año, establecidos como norma para igual fecha, puede obtenerse la cantidad de camas necesarias si se procede de la siguiente manera:

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- a. Dividiendo el porcentaje de hospitalización entre 100, se obtendrá el número de ingresos que generará como promedio cada habitante.
- b. Multiplicando los ingresos que demanda un habitante por el total de la población al final del periodo planificado, permite conocer el número de ingresos esperados.
- c. Entonces se puede conocer el número total de días que permanecían hospitalizados todos los ingresos que se producirán en el año, multiplicando el número de ingresos esperados por el promedio de vida que permanece hospitalizado cada ingreso (promedio de estadía). La cifra obtenida de esta multiplicación también se denomina número de días – pacientes.
- d. Cuando se conoce ya esta última cifra se puede calcular el número de camas necesarias, si se divide el total de días – pacientes entre el número de días que cada cama está utilizando como promedio.

Estos pasos pueden integrarse en la siguiente fórmula:

$$C = \frac{H \times P.E \times N}{100 \times P.O}$$

Donde:

C: camas

H: porcentaje de hospitalización

PE: promedio de estadía

N: número de habitantes (país, provincia, cantón, etc.).

PO: promedio de ocupación de las camas al año

Utilidad, estas apreciaciones de cálculo pueden ser empleadas para conocer los requerimientos de camas de todo el país, provincia, cantón, así como un hospital. Si conocemos el número de habitantes existentes en el territorio al cual presta su servicio.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

También **nos permiten conocer las necesidades de camas de una especialidad y determinar las estructuras de camas por especialidad que demanda un territorio dado.**

Por último, es importante la planificación de la utilización o el aprovechamiento de camas existentes en un territorio, hospitalidad, especialidad o servicio. En la medida en que la dotación de camas disponibles se emplea con una mayor efectividad mayor será el volumen de servicios que recibe la población necesitada del mismo y mayor será la racionalidad económica con que se utilizaran los recursos.

Los principales indicadores que se utilizan en este plan hospitalario son:

- Ingreso por 100 habitantes.
- Promedio de ocupación de las camas al año.
- Promedio de estadía.
- Número de camas.
- El gasto por día paciente.

La planificación de recursos no se trata por la cantidad de tiempo

Tipos o niveles de planificación: normativa, estratégica y operativa

La planificación normativa: política de salud. Es un proceso que aporta a lograr un cambio social deliberado.

La planificación estratégica: es la que nos proporciona un marco general para la acción organizativa. El objetivo de este proceso es establecer los principales objetivos a plazo y prioridades de una entidad y servicios por especialidad, etc. Selección de actividades, indicadores de resultados y la estructura específica.

La planificación operativa: es la encargada de desarrollar planes, programas y proyectos desarrolladas para ejecutar las estrategias (prioritarias) desplegadas en el nivel anterior. Esta planificación describe el proceso interactivo en el cual se plantean las posibilidades

acerca de cómo, cuándo y dónde se desarrollan las actividades y en el cual se controlan, evalúan y orientan los resultados cuando se detectan desviaciones con respecto a los objetivos. Un plan operativo para que funcione requiere de recursos acorde a la realidad.

Tareas discentes:

Obtener información en la institución en que trabaja sobre algunas normas e indicadores que le permitan conocer parte de su producción:

Normas de aseguración de la atención médica de su especialidad:

- Normas de consultas medicas por habitantes al año
- Normas sobre el número de ingresos por 100 habitantes
- Normas para calcular las demandas de cama de asistencia médica
- Norma para medir el aprovechamiento de las camas
- Normas de rendimiento medico
- Números de consultas, o sea número de casos vistos por ahora
- Numero de pacientes hospitalizados y atendidos por un médico en una jornada de trabajo, o sea numero de camas por médico.

Datos de planificación ambulatoria, según sus indicadores más importantes:

- Números de consultas curativas por habitantes al año, del año anterior
- Numero de cargos médicos dedicados a las actividades curativas
- Numero de locales de consultas curativas
- Numero de consultas dispensarizadas (diabéticos, cardiacos, obesos, embarazadas en riesgo, etc.) por paciente / año
- Numero de cargos médicos dedicados a las actividades dispensarizadas
- Número de consultas profilácticas por trabajador al año (niños menores de 1 año, preescolares, escolares y demás grupos en etapas de la vida).

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Numero de cargos médicos dedicados a las actividades profilácticas
- Rendimiento medico en consulta

$$\frac{\text{Número de consultas medicas realizadas}}{\text{Número de horas médicas en consultas planificadas}}$$

- Numero de cargos médicos

$$\frac{\text{Número total de consultas a ofrecer}}{\text{Número de consultas que puede impartir un cargo médico en el periodo, según normas vigentes}}$$

Datos de planificación de la atención hospitalaria (medición del volumen al año):

- Numero de ingresos (o por ciento de ingresos por habitante o por ciento de hospitalización)
- Promedio de estadía
- Índice de ocupación de cama

Medición de la calidad de “eficiencia”: El docente puede revisar el libro “Garantía de calidad – acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe”. OPS/OMS. Federación Latinoamericana de Hospitales. Enero 1992. Autores: José María Paganini, Humberto de Moraes. NOVAES.

Guía de trabajo grupal

Objetivo: Elaborar juntamente con el profesor un programa de educación de salud (en su especialidad), en relación con el diagnóstico de la situación de salud al que llego el grupo de trabajo. Para ello utilizaran el siguiente esquema:

- Necesidades o necesidad priorizada, o sea diagnóstico de situación (determinantes, factores de riesgo y daños).
- Problemas que surgen de la (s) necesidad (es) no satisfecha (seleccione un problema sea: de los determinantes, o de los factores de riesgo o daño)
- Objeto

- Objetivo
- Contenido (selección y organización)
- Métodos y estrategias de intervención (activos, participativos, lógicos y analógicos)
- Técnica de educación (enseñanza – aprendizaje), como: conferencias, sociodramas, talleres, etc.
- Recursos: humanos y materiales (financieros en hojas aparte)
- Evaluación: test, trabajos, participación, interrogatorio sobre cada grado de satisfacción, etc.
- Bibliografía (anexar en hoja aparte).

Glosario de términos de la guía de trabajo y otros indicativos:

Necesidades (Donabedian), es cierta alteración de la salud y bienestar o condición que requiere de un servicio; son: del usuario, de los encargados de proporcionar servicios y de la comunidad. Los métodos para su evaluación son:

- Cliente... Encuestas (curado, incapacitado, satisfecho)
- Encargado de los servicios...examen clínico bien o mal realizado
- Sociedad...Análisis de políticas de salud en sus resultados.
- **Problemas**, situación difícil inherente a un objetivo, susceptible de varias soluciones (diccionario “Pequeño Larousse Ilustrado”)
- Los problemas surgen de las necesidades no satisfechas, se redactan con términos como: deficiente, carencia, deficiencia, inadecuado, insuficiencia, escasa, falta, inexistencia, desactualización, etc.

Ejemplos:

- La inadecuada ingestión de ciertos alimentos y otros productos por los demandantes ambulatorios, hospitalizados, etc.
- Los malos hábitos diabéticos y la atención al sedentarismo de la población.
- La insuficiente potabilización del agua de consumo de la pobla-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

ción.

- La insuficiente información sobre los riesgos perinatales en las mujeres en edad fértil.
- La escasa difusión de medidas de prevención sobre accidentes de tránsito a la población.
- **El problema** tiene una doble base, objetiva y subjetiva: objetiva por ser una situación del objetivo y subjetiva por ser una necesidad del hombre o sujeto.
- La formulación del problema debe basarse en un conocimiento previo (diagnóstico de situación)
- El problema debe redactarse y resolverse aplicando el contenido de la rama que se estudia y los métodos a utilizar (educativos, administrativos, investigativos, etc.)
- La solución que se alcance debe contribuir a la transformación del objeto, al enriquecimiento del conocimiento o al desarrollo de la ciencia y tecnología.
- Las características que debe tener un problema son:

1)**Objetividad.** - Tiene que responder a una necesidad real de la sociedad (demandantes de salud de la institución, del servicio; y tiene que ser expresión de un desconocimiento, insuficiencias, carencias, etc.)

2)**Debe ser formulado o redactado con claridad y precisión.**

El objeto, es aquella parte de la realidad sobre la que o sobre la cual actúa el sujeto (determinante, riesgo o daño seleccionado en este caso para el programa educativo) para solucionar el problema, debiendo ser en el campo de acción de la especialidad.

EJEMPLO:

Objeto general del higienista (salubrista), el estado de salud de la población y sus principales determinantes, **destacado entre estos a la organización de la salud pública.**

EJEMPLO:

El objetivo particular del médico es: la conservación, afectación (morbilidad y su recuperación) y recuperación de las estructuras y funciones del organismo humano, en condiciones y desarrollo en su relación con el medio.

El objetivo específico del especialista médico está en su campo de acción (sobre: sanos, enfermos, discapacitados).

El objetivo (Roger Mager), es una meta comunicada mediante un enunciado en el que se describe un cambio operado en la persona (s) grupo, institución, servicios, colectividad. Es la formulación en la que se expresa lo que llegara a ser la persona una vez terminado un proceso (aprendizaje, trabajo, etc.). el objetivo (CEPROF – HABANA, CUBA), es la aspiración, el proceso, el fin que se plantea, la persona, grupo, sociedad, etc. Y que debe llevar implícito el resultado a obtener.

Características de los objetivos:

1. Es orientador o sea sirve de guía para desarrollar un trabajo (en este caso un programa).
2. Se debe formular con claridad y precisión.
3. Debe reflejar el resultado que se prevé alcanzar.
4. Debe ser evaluable y alcanzable, teniendo en cuenta los recursos que existen para desarrollar el trabajo (programa, investigación, etc.).

TIPOS DE OBJETIVOS:

General, todo lo general corresponde a lo macro o sea al planeta, al continente, al país, a la región, a la provincia, al cantón, a la institución de particular o meso, a sectores de la división territorial, de la institución, etc.

Específico o micro a los departamentos, servicios, unidades: centros, subcentros, puestos de salud, etc.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Los objetivos de la ciencia a lograr por el profesional médico, puede ser de carácter general, particular y específicos (Dr. Emiliano Rodríguez Guerra – Asesor de Reforma Curricular – FFCCMM).

1. Objetivo general, para todos los profesionales de la salud: la elevación del estado de salud y de la calidad de vida de la población.
2. Objetivo particular y contempla para los médicos: la protección, mejoramiento y control de riesgo, el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones estructurales y funcionales del organismo humano, sus causas, consecuencias y desarrollo en su relación con el medio.
3. Objetivo específico, los objetivos específicos a lograr por el médico (según sea general o especializados) quedan sistematizados así:
 - Promoción y educación en salud
 - Prevención de las enfermedades
 - Diagnóstico del estado de salud individual y colectiva
 - Tratamiento y seguimiento de la elevación de la enfermedad
 - Rehabilitación de discapacidades y secuelas
 - Utilización de tecnologías en diagnósticos, tratamientos y rehabilitación
 - Reinserción familiar, social y colectiva del enfermo crónico y rehabilitado
 - Control y vigilancia epidemiológica
 - Educación y adiestramiento en servicio
 - Administración de los servicios de salud
 - Normas legales y procedimientos técnicos en salud
 - Actualización científica y tecnológica en función de los problemas de salud

Para el programa a desarrollar por los Docentes en promoción o fomento y en educación en salud, los objetivos a utilizar son de orden o dominio:
1) Cognoscitivo:

- Información
- Comprensión
- Aplicación
- Análisis
- Síntesis
- Evaluación

2)Psicomotor (Habilidades, destrezas mentales o motrices)

3)Afectivas o sea incrementar lo ético, el cariño, el amor, etc.

Tabla 33. Ejemplos de verbos conductuales (operativos) de acuerdo con la Taxonomía de Bloom

	NIVEL	VERBO CONDUCTUAL
1	Conocimiento	Definir, identificar, reconocer, recordar, adquirir, etc.
2	Comprensión	Reorganizar, diferenciar, demostrar, completar, predecir, determinar, etc.
3	Aplicación	Organizar, aplicar, enlazar, hacer, transferir, emplear, etc.
4	Análisis	Separar, distinguir, clasificar, diferenciar, discriminar, ordenar, deducir, contrastar, comparar, verificar, etc.
5	Síntesis	Construir, producir, crear, narrar, exponer, proponer, proyectar, derivar, sintetizar, formular, modificar, etc.
6	Evaluación	Juzgar, evaluar, decidir, comprometer, argumentar a favor o en contra de, defender, etc.

Fuente: Autor.

Normativas para construir objetivos:

1)Objetivo general

- Debe ser coherente con el fin (el problema, la necesidad a satisfacer en la sociedad)
- Describir el tipo de orden de aprendizaje a dominar (cognoscitivo, afectivo, psicomotor, todos, etc.)
- Expresar tácitamente el desarrollo de varias capacidades de realizar, interpretar exámenes pertinentes y dar su pronostico al cliente bajo normas establecidas.
- Definir claramente conductas complejas. Ejemplo: en niños menores de un año desnutridos o en riesgo.
- Contenidos amplios. Ejemplo: inmunización y niveles, desnutrición y riesgos.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Servir de criterio para la elaboración del programa, la organización, ejecución, y control (meso y micro curricular)
- Para formular los objetivos se utilizan verbos en infinitivo (dos o más, no más de cuatro) que indican lo que se espera; los verbos usados son de carácter abstracto o general. Ejemplo: desarrollar, cultivar.

2)Objetivo específico (concreto o instruccional)

Expresa la habilidad o capacidad que el/los estudiantes, logran desarrollar mediante la realización de actividades. Ejemplo: Objetivos específicos de: promoción, prevención, diagnóstico, etc.

- a. Promoción de educación sanitaria para: la obesidad, la drogadicción, el alcoholismo, hipertensión, diabetes, etc.

Obesidad

Conseguir que el 10% de los pacientes obesos de la consulta externa del servicio de riesgo de trabajo utilicen normas higiénicas dadas por el medico como ejercicio y alimentación, de tal manera que al cabo de un año (o menos) ese 10% haya bajado de peso sin dificultad.

Características del objetivo específico:

- Debe describir lo que tiene que hacer el alumno, el paciente, el individuo en riesgo (ejemplo obeso), la comunidad, sin ambigüedad.
- La acción descrita debe ser observable directamente (baja de peso)
- Cada objetivo debe tener un solo tipo de resultado (baja de peso sin dificultad). Responde al ¿para qué? Y ¿Para quién? (obesos)
- Debe determinar que meta o parámetros a alcanzar (tiempo y porcentaje) sea medible.
- Son a corto plazo, es decir, hasta un año o menos.
- Debe responder por tanto a: ¿Qué hacer? ¿para qué? ¿Para quién? ¿Cuánto? ¿en dónde? Y ¿Cómo hacer? (actividades para el logro del objetivo.

- El contenido se refiere a los conocimientos teóricos y a la práctica de habilidades o destrezas. Responde a las preguntas: ¿Qué cosa enseñar? ¿Qué aprender? Y es el conjunto de conocimientos y/o prácticas organizadas en forma lógica y sistemática, seleccionados en función de los fines, objetivos, valores, problemas y necesidades del usuario, alumno, grupo y sociedad, etc.

EJEMPLO:

Tomado del manual de Normas y Procedimientos para el Control de las Enfermedades R. Agudas – Ministerio de Salud Pública, Ecuador

2) Infecciones respiratorias agudas

- Concepto
- Signos y síntomas
- Reconocimiento: Datos de la historia de la enfermedad, evaluación del estado nutricional y el esquema de vacunas, examen del niño en los siguientes aspectos:
 - Piel y mucosas
 - Ojos
 - Boca y faringe
 - Oídos
 - Respiración
 - Temperatura

3) Conducta frente a la infección respiratoria aguda

- Diagrama de los planes de tratamiento
- Plan “A”, Plan “B” y Plan “C”. Manejos

4) Recomendaciones generales para las madres y familiares

5) Glosario de términos

6) Cuadro clínico con compromisos respiratorios

Nota. - los contenidos pueden estructurarse por unidades y temas o prácticas, y cada uno tiene su objetivo, actividades, recursos y evaluación; se expresan en el desarrollo del plan de clase, la estructura o

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

esquema general y considera los siguientes aspectos:

¿Qué tema?

¿Para qué?

¿Cómo?

¿Con qué?

¿Cuál es?

Objetivo

Actividades

Recursos didácticos

El resultado (producto)

Evaluación

Plan de clase modelo N° 1 (U.T.P. Loja – Ecuador)

1. Datos informativos:

Nombre del profesor

Nombre del establecimiento

Lugar

Especialidad

Grupo docente: usuario

2. Metodología (estrategias metodológicas) Ejemplo:

3. Métodos lógicos, analógicos, activos – participativos

4. Técnicas grupales como talleres, conferencias, seminarios, etc.

5. Material didáctico: manuales, acetatos, filmes, anuarios, etc.

6. Objetivo de clase

7. Proceso metodológico

8. Actividades previas en relación con el tema o prácticas a desarrollar

9. Prerrequisitos o sea averiguar conocimientos y habilidades anteriores sobre el tema o práctica. Motivación inicial o sea despertar interés sobre la clase.

10. Evaluación

11. Información científica

12. Material didáctico

13. Bibliografía

14. Observaciones

Las demás etapas del proceso administrativo en lo sanitario no se desarrollan por cortedad del tiempo.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO



PARTE IV MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD

EDICIONES **MAWIL**

Marketing en salud

Existen una gran cantidad de definiciones dadas sobre marketing que han sido desarrolladas a lo largo de los últimos años, entre ellas cita Samaniego Chávez, Gilbert (2012):

Clark en 1926 definió el marketing como “conjunto de esfuerzos que efectúan transferencia en la propiedad de bienes y se ocupan de su distribución física”

Ralph S. Alexander (1948) dijo que el marketing consiste en la “ejecución de ciertas actividades en los negocios, que dirigen el flujo de mercancías y servicios del productor al consumidor o usuario”

Para 1959 Felton, expuso: el “marketing es un principio o una actitud del espíritu que tiene por objeto integrar y coordinar todas las funciones de comercialización íntimamente unidas con todas las demás funciones de la empresa”

En los años 60, Pierre Hazebroucq, expresó que “el marketing es un estado de espíritu, una concepción unitaria de objetivos y programas, que impregnan toda la empresa en la óptica del mercado, con vistas a su expansión y sirviéndose de la manera más inteligente de sus recursos”

Ruiz Benítez, en los años 70, manifestó que “es una óptica, un enfoque de la gestión empresarial que se caracteriza por una proyección de la empresa hacia la demanda, constituyendo un puente entre la producción y el consumo”

Kotler, P. definió en 2001 “La Administración o Dirección de Marketing es el análisis, planificación, ejecución y control de programas destinados a producir intercambios convenientes con determinado público, a fin de obtener ganancias personales o comunes. Depende considerablemente de la adaptación y coordinación del producto, precio, promoción y lugar, para lograr una reacción efectiva”.



Imagen 12. Proceso de Mercadotecnia basado en Kotler.

Fuente: Elaboración propia basada en Kotler (2001)

La literatura indica que en estas definiciones suponen una interpretación errónea basándose en que el marketing consiste únicamente en el dominio de ese conjunto de herramientas, técnicas y actividades (lo cual es muy importante) pero que estos elementos constituyen sólo una parte, y, por tanto, limitada del concepto de marketing.

En este sentido, asumiendo lo indicado por Cowell en 1984 Grönroos, C. (1984) advierte sintetizando las ideas y en orden de importancia, expone que el marketing es:

- Una “actitud mental” o “filosofía” que guía el pensamiento global de la organización, tanto en la toma de decisiones como en la realización de los planes que se hayan decidido antes.
- Una “forma de organizar” diversas funciones y actividades en cualquier organización.
- Un “conjunto de herramientas, técnicas y actividades”, que es a lo que están expuestos los clientes y otros públicos de la organización.

La Enciclopedia Libre Wikipedia (2021) en materia de salud define el marketing, de la siguiente manera: “La mercadotecnia en salud, mercadotecnia sanitaria o mercadotecnia de servicios de salud es una especialización de la administración en salud y enfoque de la salud pública que aplica principios y teorías de la mercadotecnia tradicional junto a las estrategias basadas en la ciencia de la prevención, promoción de la salud y la protección de la salud. La mercadotecnia en salud es la técnica que permite que los avances en medicina y en servicios de salud, como los seguros de salud se hagan ampliamente conocidos por un mercado objetivo”.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

En este sentido, Priego Alvarez, Heberto (49) expone que los usos de la Mercadotecnia Sanitaria pueden ser externos o internos a la organización de salud:

a. En el ámbito externo permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrae recursos y personas hacia la institución, y regula el nivel de la demanda, estimulándola o revitalizándola; o por el contrario desincentivando un uso o consumo excesivo haciendo lo que se conoce como desmercadotecnia o contramercadotecnia (demarketing).

b. A nivel interno, se aplica para hacer un mejor uso de los recursos existentes, en el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud y, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando la mejoría en los aspectos humanos o interpersonales de la calidad.

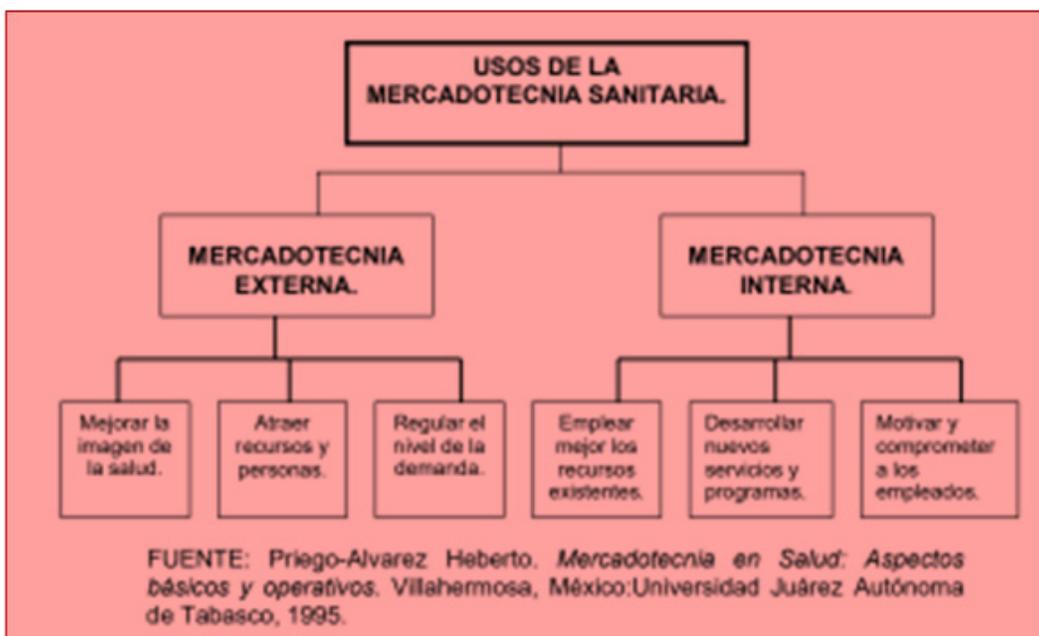


Imagen 13. Usos de la mercadotecnia sanitaria.

Fuente: Priego Álvarez. Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos* [Internet]. 2002 [citado 21/03/2022]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Mercadotecnia%20en%20salud.%20Aspectos%20b%C3%A1sicos%20y%20operativos.pdf>

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Asimismo, señala el autor, es importante “considerar que una empresa de salud aumenta su capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes externos (consumidores, usuarios, asegurados), si satisface previamente la de sus clientes internos (trabajadores, profesionales)”.

Por otro lado, en el mercadeo de salud se hace necesario el uso de cuatro teorías muy utilizadas en otros sectores económicos y que poco a poco se han convertido en una herramienta útil en la prestación de servicios de salud:

1. Teoría de la calidad total: propone hacer las cosas bien desde el principio hasta el final de una manera estandarizada, bajo las normas de calidad y técnicas, y en función de las expectativas del cliente.
2. Teoría del mejoramiento continuo: busca concientizar a los trabajadores de que la calidad se construye y se mejora a diario, y que para lograrlo es fundamental escuchar a los clientes.
3. Teoría de la reingeniería: expone la necesidad de hacer mejoras radicales y continuas, rediseñando los procesos de la empresa para construirlos totalmente nuevos, buscando la satisfacción del cliente.
4. Teoría de la gerencia de servicio: enfatiza en dos elementos fundamentales, los procesos y las personas de la empresa, orientados siempre hacia el cliente.

Importancia del marketing en salud

De las lecturas realizadas se puede deducir la importancia del Marketing de Salud:

El marketing de Salud constituye una nueva perspectiva para la gerencia de la salud, es una herramienta de la gerencia más amplia para trabajar en función de llevar al mercado instrumental médico y tecnología, medicamentos, ofrecer y reorientar servicios, diseñar y poner en marcha programas de salud, conciliando los objetivos y propósitos de la institución sanitaria con los del usuario, consumidor y paciente, para de esa forma, lograr los fines de todos.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Es una orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con la finalidad de satisfacer necesidades, deseos y expectativas bajo un enfoque social y ético en materia de salud.

Permite orientar el intercambio entre clientes y profesionales de la salud para satisfacer necesidades y expectativas en lo que concierne a la salud, para lograr que se alcance el bienestar individual y social y en esa medida se satisfacen también los objetivos de la organización sanitaria.

Su uso es vital y persigue una utilidad porque tiende a mejorar la prestación de los servicios, es decir, en razón de su protección en dos vertientes:

- Impulsar de forma activa el interés y la satisfacción de las necesidades de salud
- E incrementar la eficacia de los servicios.

Al estar orientado al sector médico y los servicios sanitarios, analiza y presenta informaciones referentes a la salud, avances en medicina y promociona servicios específicos.

Objetivos y ventajas del marketing en salud

Un objetivo, se puede conceptuar como un fin hacia el cual ha de dirigirse toda la organización. De aquí que se hable de objetivos generales como aquellos que expresan las metas que a nivel global se propone alcanzar una organización y de objetivos operativos como concreción de esas metas, se fijan de manera operacional a las distintas unidades que a nivel de decisión configuran la organización, dando lugar posteriormente a otros subobjetivos que se establecen en los niveles inferiores para posibilitar el logro de los operativos a mayor nivel y con ello el de los generales.

El marketing en una organización juega un papel estratégico y debe basarse en el cumplimiento de ciertos objetivos, tales como:

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Captar, retener y fidelizar mejor a los pacientes.
- Mejorar la acción integral de la atención al paciente.
- Estandarizar el proceso de atención al paciente en las primeras visitas.
- Mejorar los servicios online e integrarlos dentro de la gestión hospitalaria.
- Elaborar una estrategia de comunicación potente y diferenciadora.
- Desarrollar modelos de negocio únicos, diferenciados y enfocados al paciente.
- Saber manejar la comunicación ante una situación de crisis.

Herramientas de marketing en salud

Las herramientas de marketing, en líneas generales, son aquellas encargadas de permitir el empleo del marketing digital y mercadeo en el internet, las cuales están compuestas por una gama variada de posibilidades de implementación. Desde la aplicación de acciones que no requieren de ninguna inversión monetaria, hasta estrategias un poco más complejas donde se puede emplear la combinación de distintas técnicas y recursos. Al realizar un buen uso de ellas, se tiene la posibilidad de manejar un alto volumen de información, consiguiendo agilizar los procesos y mejorando los resultados que se vayan a obtener al igual que la productividad en las ventas. Dentro de las principales herramientas se enuncian:

- **a. Website:** El sitio web ser una de las herramientas fundamentales al momento de desarrollar una campaña, el marketing digital o inbound marketing, siendo el lugar donde la empresa realizará la oferta y venta de su servicio o producto. Éste debe estar diseñado de una forma dinámica y visualmente atractivo para tu público objetivo, que le brinde al usuario una navegación fácil y cómoda, y al mismo tiempo que cuente con elementos informativos que le permitan al usuario acceder a contenidos relevantes de tu negocio y que al mis-

mo tiempo le ayude a entender qué es lo que se tiene para ofrecer como organización o institución, este generara buen seguimiento de prospectos.

- **b. Blog.** Un blog es aquel que da la posibilidad de lograr la captación de una audiencia de interés por medio de artículos que resulten útiles para tal propósito, permitiendo la oportunidad de desarrollar un contenido fresco y que calidad que ofrezca un mejor posicionamiento dentro de los motores de búsqueda. Permite además exhibir una variedad de contenido en diversos formatos, bien sea por medio de textos, videos, imágenes, entre otros.
- **c. E-mail Marketing.** Es una estrategia de comunicaciones online de forma directa, basada en la difusión masiva de correos electrónicos en grandes cantidades y al mismo tiempo, los cuales suelen estar compuestos por un contenido promocional con respecto a los productos o servicios que ofrece la empresa, así como descuentos y ofertas que tenga la misma. Generalmente, las organizaciones, acuden a la implementación de ésta herramienta con la finalidad de estrechar relaciones entre el consumidor y la empresa, al mismo tiempo que brinda la oportunidad de generar una fidelidad con los clientes actuales y la posibilidad de captar nuevos prospectos, lo que usualmente trae consigo un aumento en los ingresos.

El marketing en salud cuenta además con sus propias herramientas. A continuación, se citan algunas de éstas:

- a. **Vídeo Salud:** Es denominado comúnmente vídeo marketing es una aplicación de gran valor, ya que logra un mayor impacto en los pacientes y usuarios. Con él se logra compartir información útil, genuina y relevante o de interés para hacerla viral y llegue al público. Permite que se conozcan a los profesionales y un centro de salud y que los contenidos sean aprovechados en beneficio propio por las personas que lo visualicen. El vídeo marketing en la salud suele impregnar ciertas cualidades, entre ellas, las siguientes:
 - a.1. Informativo y educativo. El contenido visual debe llevar una

línea informativa y educativa. La idea tiene como fin acercarse al público mediante una oferta basada en el valor y no específicamente en vender. El video hace que el contenido sea más flexible y adaptable para ofrecer al consumidor lo que quiere y desea saber.

- a.2. Vídeos/Motores de búsqueda. Al contenido de video le sigue su profesional optimización. A los principales motores de búsqueda les encantan los videos, un video con un buen posicionamiento en Youtube.
- a.3. Vídeos en tiempo real. Entre los principales factores que busca la audiencia actualmente se encuentra la inmediatez y la cercanía. Los vídeos cortos en vivo, mediante diferentes plataformas poseen grandes beneficios: potencian la confianza, actualización de contenidos e interacción y posibilidad de crear un valioso feedback.
- b. Vídeos interactivos: un vídeo Interactivo funciona en dos direcciones ya que el espectador deja de serlo y se convierte en actor. Entre las acciones que puede realizar están:
 - Acceder a más información sobre un producto o servicio
 - Decidir qué quiere ver o qué no ver el usuario
 - Responder preguntas
 - Opinar sobre un servicio
 - Inscribirse en un curso o una conferencia.
- c. Marketing Digital: la creación de una estrategia de marketing digital basada en la captación de pacientes gracias al contenido de valor que se coloca en Internet y que se refuerza con anuncios en Facebook y Google. Se considera imprescindible para captar nuevos pacientes.
- d. Email Marketing: desarrolla bases de datos con lead segmentados que permite mandar información de salud periódica y automatizada a través de plataformas digitales.

- e. E-Commerces de Salud: el sector sanitario se ha ido adaptando a los nuevos tiempos, al igual que otras áreas. Por ello, ya es posible realizar acciones de comercio electrónico y online con productos y servicios de salud, con todas las garantías y la seguridad.
- f. Chatbots: un chatbot: es un programa que automatiza ciertas tareas, generalmente, al chatear con un usuario a través de una interfaz de conversación. El usuario responde de forma satisfactoria a este recurso. Los chatbots pueden usar contenido visual como videos e imágenes para mantener a los clientes interesados y mantener “conversaciones” en busca de la necesidad o deseo del público objetivo. La respuesta es interactiva e inmediata con el público.
- g. Context Marketing y publicidad nativa. Son estrategias de marketing digital u online que proporcionan publicidad dirigida basada en la información del usuario. Esta información del usuario puede inspirarse en diversas fuentes, como, por ejemplo, los términos de búsqueda que se están usando o la actividad reciente de navegación web. Por otro lado, la publicidad nativa se basa en contenidos publicitarios que respetan la experiencia del usuario. Suelen basarse en una estrategia no intrusiva, muchos de ellos muestran su carácter publicitario bien visible para suavizar su imagen. Forman parte activa en el valor de la web ofreciendo una experiencia de usuario positiva a la vez que da a conocer la marca y el mensaje: promoted tweets, infografías, videos de larga duración, etc.

El valor del marketing en la salud y sus características

El valor del marketing en la salud o sanitaria como herramienta o instrumento de trabajo radica fundamentalmente en que no se limita a las posibilidades en la promoción de salud y fomentar estilos de vida saludables, sino que abarca además la calidad de los servicios de salud, el uso racional de medicamentos, el planteamiento y contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan como consecuencia de la desigualdad.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

El valor de la mercadotecnia en salud con respecto a sus dos dimensiones, se puede resumir en:

- La mercadotecnia aplicada a la salud, dentro del contexto de la dimensión social, la cual es la primera y esencial, está encaminada a mejorar la calidad de vida con un enfoque ético y sustentado en promover salud, la detección precoz y el tratamiento oportuno, adecuado y eficaz. Asimismo, permite aumentar el número de pacientes, dar a conocer los servicios sanitarios ante el público, etc.
- Desde la dimensión económica, está encaminada a lograr la rentabilidad y el uso racional de los recursos en función de lograr los objetivos previstos.

La potencialidad se evidencia cuando se valora como la aplicación de la mercadotecnia posibilita, entre otros:

- Mejorar la utilización de los recursos
- Generar e implementar nuevos servicios y programas con base en las necesidades
- Motivar y comprometer a los trabajadores
- Regular la demanda a partir de la adecuada producción de los servicios y productos requeridos
- Atraer recursos en función de mejorar la salud y la calidad de vida
- Mejorar la imagen de las instituciones de salud.

En referencia a sus características, se señala que tiene ciertas similitudes con el Marketing Social, aunque éste último tiene una finalidad filantrópica, ambos comparten la filosofía de concientizar, cambiar conductas, movilizar grupos y generar calidad de vida. Algunas características del Marketing de Salud son:

- La promoción en el área de la salud debe fomentar el bienestar de la sociedad.
- Los servicios sanitarios se deben adaptar para brindar el máximo apoyo logístico y psicológico a los pacientes quienes tienen diferentes patologías y necesidades particulares.
- La atención humanitaria al paciente por parte del personal clínico debe estar presente en todo momento.
- Se rige por el marco legal de cada país. Por ejemplo, en las redes sociales solo los productos, procedimientos o servicios médicos con permisos sanitarios pueden ser promovidos para su venta en Internet. Los médicos deben estar debidamente registrados en el Ministerio de Sanidad.
- El Marketing de Salud, vende un intangible: mantener o recuperar el estado físico y mental y social, lo cual implica no solo la ausencia de enfermedades, sino su estado de completo bienestar. Generalmente, los resultados se verán a largo plazo y dependerán por ejemplo del compromiso del paciente en seguir un tratamiento y del médico en hacerle seguimiento.
- Evitar la insatisfacción del paciente pues podría generar opiniones negativas hacia el médico o la clínica.

De paciente a cliente, un cambio de perspectiva

En este aspecto, es importante traer a colación lo expuesto por Priego Álvarez, Heberto (2005), quien resume un cambio de perspectiva “de paciente a cliente” cuando sostiene: “en la medida que los pacientes se involucran más en los aspectos preventivos y curativos de su condición de salud, se han convertido en “clientes” que saben bien lo que buscan y exigen ser atendidos con la mejor calidad existente en el mercado sanitario privado, que ha tenido un repunte porque se adapta a las necesidades manifestadas por los usuarios del sector salud, en contraposición de los hospitales públicos que se orientan más a cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población general que en satisfacer expectativas individuales”.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Asimismo, expresa que, a nivel mundial, el servicio sanitario ha tendido a ser privatizado, “y son muchas las clínicas y médicos que luchan por captar la atención de los clientes en un área altamente competitiva. La Web pone a disposición muchas opciones y requiere que los clientes interesados en un servicio de salud determinado, investiguen y evalúen cuál le ofrece las mejores ventajas”.

Es así, con esta perspectiva, expone: “se rompe con la clásica relación interpersonal médico-paciente para dar paso a la relación médico-cliente, que reconoce la corresponsabilidad y autonomía del enfermo”. Por tanto, el consumidor de los servicios de salud, es bastante exigente y toma sus decisiones las cuales basa en los criterios siguientes:

- Referencias del profesional medico
- Formación y experiencia del médico
- Ubicación del centro, clica, etc.
- Costo de los servicios
- Planes de financiación
- Calidad de los servicios ofertados.

Las dos dimensiones del marketing

En el marketing existen dos dimensiones susceptibles de ser apreciadas:

1. Concepción tradicional. Esta concepción tiende a encasillar al marketing en una serie de actividades no relacionadas directamente con la fabricación del producto y que, en consecuencia, interpreta el marketing como una técnica basada en un conjunto de herramientas a través de las cuales es posible:

1. Estudiar el mercado (potencial y posibilidad de ventas)
2. Determinar las características del consumidor o usuario (deseos, motivos, hábitos y comportamiento)

3. Analizar la situación de la competencia (puntos fuertes y puntos débiles)
4. Recomendar el diseño y embalaje del producto (y/o el desarrollo de nuevos productos y servicios)
5. Determinar el precio correcto de mercado y ajustar los costes de distribución, calibrar la efectividad de la publicidad y promociones de venta, etc.

Bajo esta premisa, es como se configuran las diversas políticas de marketing, tales como: política de mercado, política de productos, política de precios, etc. sin embargo, se reconoce que con tal concepción se abunda de manera consciente o inconsciente en el criterio de que el marketing es una tarea que compete exclusivamente a un grupo de especialistas.

2. El marketing conceptualizado como un enfoque de la gestión. Esto conlleva consigo el tener que establecer la forma más idónea de dirigirlo en la práctica. Bajo este esquema, existen una gran diversidad de opiniones y se ha generado mucha bibliografía al respecto, pero -según diversos autores- no se desprenden del concepto tradicional. Eso puede explicar que a la gestión de marketing se la considere inmersa en el marco que introdujo Neil Borden en 1964: el de las famosas “4 P”: producto, plaza o punto de venta, precio y promoción.

Es criterio dominante en este marco de ideas que la esencia del marketing consiste en mezclar esos ingredientes (“Marketing Mix”) como medio adecuado de planificar diversas formas de competir. Para quienes se apuntan a tal criterio, el marketing se concreta en un proceso de planificación y realización de la concepción, precio, promoción y distribución de ideas, bienes y servicios para crear un intercambio, y satisfacer los objetivos individuales y organizativos. En un principio, el Marketing Mix se pensó para la industria manufacturera, pero estas 4 variables no son suficientes o no se acomodan de forma necesaria a las organizaciones de servicios, donde la característica de Marketing Mix Servicios, la intangibilidad del servicio, la tecnología utilizada y el tipo de cliente principal son fundamentales.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Existe evidencia cada vez mayor, que el Marketing Mix, puede que no tenga campo suficiente para las necesidades del sector servicios, motivado precisamente a las características propias de los mismos: intangibilidad, carácter perecedero, heterogeneidad, etc.

Dicho de otra manera, las dimensiones del Marketing Mix pueden no ser lo suficientemente amplias para el marketing de servicios, porque no se consideran una serie de elementos esenciales para la generación y entrega del servicio.

Surge la idea, entonces, de un Marketing Mix adaptado especialmente para el marketing de los servicios que posee 3 elementos adicionales, formando una combinación final de 7 elementos, que son: producto, plaza, promoción, precio, personas, procesos y presentación. En salud se trabaja sobre la base de las 7 “P” de la mercadotecnia de servicios:

1. Producto: Se refiere al servicio de salud promovido tales como una vacuna o un procedimiento quirúrgico.
2. Plaza: Se refiere a la forma de acceso al servicio de salud.
3. Promoción: Se refiere a la creación de conciencia o al cambio de actitud frente a un hábito no saludable, como la prevención de una enfermedad, el uso de preservativos o el dejar de fumar. De esta manera, se crea la demanda del servicio o campaña social.
4. Precio: Se refiere al coste del servicio de salud, por ejemplo, dinero, tiempo, reputación, etcétera.
5. Personas: Se refiere a la imagen, comportamientos y actitudes del personal asistencial responsable del servicio de salud.
6. Procesos: Se refiere a los procedimientos, mecanismos y rutinas necesarios para producir el servicio de salud.
7. Presentación: Se refiere a la evidencia física del servicio de salud, tales como la arquitectura del hospital, el diseño del uniforme del personal asistencial.



Imagen 13. Las 7 "P" de la mercadotecnia de servicios.

Fuente: Elaboración propia.

Sobre los servicios cabe señalar algunos aspectos que allanan el camino para la comprensión del porque en salud se trabaja sobre las 7 "P" de la mercadotecnia de servicios.

Los servicios son por definición un intangible y se basan en que alguien haga una actividad para otro alguien, produciéndose y consumiéndose o entregándose en el mismo acto. Desde un enfoque de marketing, un servicio es en sí, una actividad económica que un prestador de servicios ofrece a un cliente. Los servicios no constituyen un bien material y por tanto su comercialización y venta plantea una serie de peculiaridades específicas. Entre las características esenciales del marketing de servicios, se tienen:

- **Variable.** Una prestación de un servicio nunca tendrá otra igual.
- **Inseparable.** Los servicios se visibilizan, se venden y luego se producen y consumen simultáneamente. El marketing de servicios for-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

ma parte del servicio en sí mismo. Ambos conforman una experiencia integral y desde el momento que lo das a conocer, el cliente empieza a consumirlo.

- **Intangibles.** Los servicios son intangibles, el marketing de servicios, en esencia, también lo es. A la hora de planear y definir acciones de marketing para servicios se debe tener en cuenta que el servicio no se podrá tocar, generalmente no se podrá probar y una vez realizado, podría ser imitado.
- **Perecedero.** Los servicios no se pueden almacenar, son aquí y ahora. El plan de marketing para comercializar tus servicios, debe tenerlo en cuenta, la fase de producción y entrega son prácticamente simultáneas y debes cuidar cada detalle.

En conclusión, el marketing para organizaciones de servicios o marketing de servicios, está caracterizado por construirse en torno a tres dimensiones:

1. El marketing externo. Mediante el cual la empresa comunica hacia el cliente las bondades y valores de sus servicios
2. Marketing interno. A través del cual la empresa se relaciona con sus empleados y equipos de trabajo y pone a su disposición las herramientas adecuadas para prestar los servicios que oferta la empresa
3. Marketing interactivo. El cual cobra protagonismo cuando los empleados y trabajadores se comunican directamente hacia el cliente en el momento de la prestación misma del servicio.

Surgimiento del mercadeo de servicios de salud

El marketing a pesar de nacer como una expresión particularmente económica, con el paso del tiempo se ha venido fortalecido y ha llegado a ser considerada desde diversas perspectivas, la social, la empresarial y la individual o del consumidor.

Su campo de acción se ha ampliado, pasando de tener una aplicación muy concreta frente a la promoción de bienes tangibles en sus inicios,

a obtener hoy en día un papel importante en la promoción de servicios e inclusive a la promoción de empresa sin ánimo de lucro.

El marketing o mercadeo en salud surge como respuesta a las necesidades de diseñar ofertas que tengan un impacto alto en el manejo o ejecución de programas destinados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y bienestar de la poblaciones, con alto grado de calidad sustentados en herramientas de mayor precisión en la ubicación de los pacientes según sus características demográficas, geográficas y epidemiológicas, todo esto para diseñar ofertas que tengan un alto impacto en el manejo de los programas. El marketing se implementa en las instituciones de salud desde los inicios de los años 70 en los principales hospitales de Estados Unidos. Es conocido que en los Estados Unidos para el año 1979 existían alrededor de un 10 % de hospitales grandes con cargos de mercadeo en su estructura organizacional. Hacia el año de 1995 ya el 65 % de estos hospitales tenían en su estructura empresarial cargos de mercadeo dirigidos por personas especialistas en el tema. Para la década de los años 90, a finales del siglo XX, existían alrededor de 12 revistas especializadas en el tema del mercado en salud, desde diferentes enfoques como la investigación de mercados, el *journal of hospital marketing*, *journal of marketing healthcare*, y otras especializadas todas de publicación mensual. La práctica de mercadeo en salud se ha generalizado en América Latina en la primera década del 2000, dirigido a la oferta de los servicios de hospitales públicos y privados.

Por tanto, en su evolución histórica se reconoce que el marketing surge en los primeros años del siglo XX y es relativamente reciente. En las de cambio, McCarthy propone que el mercadeo está conformado por cuatro áreas: Precio, Producto, Plaza y Promoción, siendo estos los primeros elementos que se establecieron con individualidad para crear ofertas de valor para los clientes que demandan productos y/o servicios. Posteriormente, Kotler, adiciona tres elementos al esquema de McCarthy de las conocidas 4 Ps del marketing (producto, precio, plaza y promoción), se anexan tres: el proceso, el personal y la presentación, conocidas como las 7 Ps del marketing en instituciones de servicios, entre ellas las de salud.

Promoción de un centro de salud

Los centros de salud son los lugares que brindan cuidados para la salud. Incluyen hospitales, clínicas, centros de cuidados ambulatorios y centros de cuidados especializados, tales como las maternidades y los centros psiquiátricos.

La promoción es una valiosa e indispensable herramienta del marketing cuya función consiste básicamente en establecer comunicación con los potenciales clientes con la finalidad de lograr determinados objetivos.

La promoción en mercadotecnia debe ser considerada como una visión, un proceso, una forma de encarar el mercado, de emprender relaciones con públicos variados. Varios autores la definen entre ellos:

- McCarthy y Perreault, definen la promoción como la acción de transmitir información entre el vendedor y los compradores potenciales u otros miembros del canal para influir en sus actitudes y comportamientos
- Stanton, Etzel y Walker, definen la promoción como todos los colores personales e impersonales de un vendedor al representante del vendedor para informar, persuadir y recordar a una audiencia objetivo.

El hecho es que la promoción se refiere a la comunicación con el objetivo específico de informar, persuadir y recordar una audiencia objetivo. Por tanto, compete a lo que es promoción en mercadotecnia interferir en el comportamiento y las actitudes de las personas a favor del producto o servicio ofrecido por una empresa. Por lo tanto, la promoción sirve para dar empuje y fuerza al producto o servicio, hacerlo conocido, convincente e insuperable.

De allí que, las estrategias de promoción en mercadotecnia o marketing tienen el objetivo de informar, persuadir y recordar al público objetivo o meta, sobre los productos o el producto o el servicio, que maneja la organización o empresa. Entre sus funciones generales, se citan:

- En la etapa de informar se da a conocer las características, ventajas y beneficios del producto o servicio.
- En la etapa de persuasión tendrás que conseguir que los prospectos procedan a comprar tus productos o servicios.
- En la etapa de recordar el objetivo es que tu marca se encuentre siempre en la memoria de tus clientes o usuarios.

Uno de los principales propósitos de lo que es promoción en mercadotecnia es entregarle al consumidor un producto o servicio que resuelva su problema o satisfaga su necesidad. Para cumplir este objetivo se hacen distintas investigaciones de mercados y estudios para identificar la mejor solución para lo que busca el consumidor.

Antes, y acorde a una visión bastante arcaica, se entendía que el marketing tenía como propósito primordial vender y crear una imagen determinada de la empresa. Hoy en día, la mercadotecnia cuenta con funciones variadas y múltiples tales como: convencer, captar la atención del público, acompañar las tendencias y aclarar dudas.

La estrategia en lo que es promoción en mercadotecnia tiene el propósito de influir en la actitud y comportamiento del cliente o prospecto utilizando herramientas como:

- Publicidad
- Promoción de ventas
- Relaciones públicas
- marketing directo
- Ventas personales.

Entre las principales herramientas estratégicas de promoción en el marketing, se indican:

Tabla 34. Herramientas estratégicas de promoción en el marketing.

Herramienta	Características esenciales
Publicidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se refiere a cualquier forma de presentación y promoción de ideas, bienes o servicios. A través de la publicidad, puedes informar, dar a conocer, persuadir o estimular el consumo del producto o servicio. ✓ Se puede posibilitar también que los consumidores recuerden tu producto o servicio a través de medios impersonales. ✓ Los canales más recurrentes de la publicidad son: anuncios en TV, radio, internet o impresos. ✓ Para la adopción de canales de publicidad, es importante seguir 5 pasos para una toma de decisión eficiente: <ol style="list-style-type: none"> a. Definir objetivos. Lo que estoy buscando a través de la publicidad. b. Decidir sobre el presupuesto. Cuánto se dispone para gastar con publicidad c. Adopción de mensaje. Qué mensaje se desea transmitir a través de la publicidad. d. Decisión sobre los medios que se utilizarán. Cuál es el alcance, frecuencia e impacto que se está buscando para la publicidad. e. Evaluación. Las estrategias de publicidad adoptadas alcanzaron mi objetivo.
Promoción de Ventas o Merchandising	<p>La promoción de ventas se refiere a un conjunto de técnicas, incentivos o actividades para estimular la afluencia de público y maximizar la compra o venta de un producto o servicio.</p> <p>Las principales formas de merchandising son: montar puestos de degustación, regalar artículos publicitarios que lleven consigo el logo o la marca de la empresa como: camisetas, gorras, llaveros, ferias de exhibición de productos, concursos, rifas, paquetes promocionales, promociones en los puntos de venta, etc.</p> <p>La promoción de ventas también puede ser de 3 tipos, según el blog Promoción Empresarial: Promoción Comercial (tiene el objetivo de conseguir el apoyo del revendedor e incrementar sus deseos por vender); Promoción para la fuerza de ventas (tiene el objetivo de estimular la fuerza de ventas y conseguir resultados más eficaces en los canales de ventas del grupo); y Promoción para establecer una franquicia con el consumidor (tiene el objetivo de promover el posicionamiento del producto y un mensaje de venta en el trato).</p>
Eventos	<p>A través de eventos se puede hacer conocido el producto o servicio y ofrecer la posibilidad al consumidor de estar en contacto y experimentar con el producto o servicio. Los eventos más estratégicos de promoción en el marketing son: exposiciones artísticas, visitas a fábricas, museos de la empresa, eventos deportivos y actividades en la calle.</p>
Venta Personal	<p>La venta personal es una estrategia de promoción en el marketing por la cual promueves un producto o servicio a través de una interacción directa y personal entre vendedor y consumidor individual.</p> <p>Para adoptar la estrategia de venta personal es importante seguir los siguientes pasos: a. pensar en clientes potenciales; b. clasificar a los clientes potenciales en orden de importancia; c. recoger información sobre los clientes potenciales y planificar la forma de abordarlos; d. presentarse a los clientes potenciales; e. presentar el producto a los clientes potenciales y planificar una buena argumentación; f. hacer negocios y cerrar la venta y g. mantener el contacto con el cliente para realizar un seguimiento.</p> <p>Las principales estrategias de venta personal son: programas de incentivo, representaciones de venta, muestras, reuniones de venta y espectáculos comerciales.</p>
Marketing Directo	<p>El marketing directo permite que promuevas el producto o servicio a un consumidor individual a través de medios que permiten comunicarte directamente con él. Esta estrategia de promoción permite una mayor adaptabilidad del producto o servicio a la necesidad o interés del consumidor.</p> <p>Los principales canales de marketing directo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ e-mail ✓ internet ✓ telemarketing ✓ correo ✓ compras por internet.
Relaciones públicas	<p>Las relaciones públicas son una herramienta importante para la imagen de una organización. Consisten en un conjunto de actitudes cuya finalidad es crear y mantener una buena imagen del producto o servicio ante el público y ante los propios trabajadores. Los principales mecanismos para mantener relaciones públicas son: boletines de prensa, donaciones, relaciones con la comunidad, participar y apoyar eventos culturales y deportivos.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Las técnicas de para promoción en el marketing, tienen como objetivo principal ofrecer un incentivo al consumidor para que se vea estimulado a comprar un cierto producto o servicio, aumentando las ventas de la organización. La literatura enumera algunas de estas:

1. Programas de fidelización. El cliente es el eje central de la estrategia profesional y comercial, donde el programa hace que la persona sea como parte de un grupo selecto de la empresa, lo que genera un tipo de importancia para el cliente.
2. Promociones económicas. Se incluye todas las promociones que tienen algún tipo de recompensa económica: descuentos, vales o cupones, por ejemplo.
3. Promociones del producto. Son las promociones de atracción directa al producto: Entrega de muestras gratuitas, mayor entrega del producto con un mismo precio, degustaciones, regalos, etc.
4. Redes sociales. Es una herramienta básica para todos de la actualidad, ya que es gratuito o de bajo costo. Además, es de poco uso y de gran atracción. Pero aquí se exige más que solo publicar y esperar que llegue al cliente. Hay que desarrollar estrategias que ayuden a tu negocio a llegar a los clientes correctos.
5. Campañas por correo electrónico. Un buen email marketing es aquel donde se explora bien el correo, sabiendo cuáles clientes alcanzar y la mejor manera de hacerlo. Se selecciona lo que mejor llama la atención de los clientes, atendiendo a las necesidades y aplicando en el envío de los correos.

La Gestión de marketing. Función y objetivos del marketing

En líneas generales y básicas, la gestión del marketing implica un doble enfoque:

- Un sistema de análisis o marketing estratégico, cuya misión es el estudio de las necesidades del mercado y de su evolución, como paso previo para orientar a la empresa hacia su satisfacción.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Un sistema de acción o marketing operativo, cuya misión específica es la conquista de los mercados existentes a través de acciones concretas de producto, precio, distribución y comunicación.

a. El marketing estratégico

Definición y pasos para elaborar un plan de marketing estratégico

El marketing estratégico es la vertiente del marketing enfocada al medio y el largo plazo, que emplea diferentes técnicas de análisis del mercado para detectar oportunidades que permitan a la organización crecer y destacar frente a sus consumidores, teniendo siempre como norte las necesidades del usuario. Se basa en el análisis continuo de las necesidades de los individuos y las organizaciones, como algo previo para orientar la gestión de la organización hacia la satisfacción de las mismas.

Al tratarse de una visión a futuro, el marketing estratégico se caracteriza por elaborar el plan de marketing de la organización. Para ello, es necesario llevar a cabo una serie de pasos previos:

a. Estudio del mercado. Antes de lanzar productos y servicios al mercado, es necesario tener en cuenta cuál es el panorama al que se enfrenta la organización. Por ejemplo: analizar cómo es la situación de la economía en general y del sector en particular que interesa valorar, existencia de productos similares o complementarios y necesidades no cubiertas que la organización pueda detectar.

b. Definición y segmentación del público objetivo. En este aspecto elaborar el buyer persona o cliente ideal de nuestros servicios. Un buyer persona es una descripción abstracta de tu consumidor ideal. Se puede basar en datos cualitativos y cuantitativos de una investigación de mercado, competidores y perfiles de clientes existentes. Sin embargo, generar un buyer persona no consiste en describir una potencial audiencia de compra de un negocio. Sino en generar un conjunto de datos que puedan ser utilizados por los departamentos de marketing, ventas y productos para crear campañas basadas en datos e inversiones inteligentes. Es decir, buyer person, atendiendo a sus necesida-

des, retos y características psicodemográficas. También se estudiará si se puede distinguir entre diferentes subtipos que sea necesario segmentar de manera separada. El objetivo es acabar con una idea clara de a quién se quiere dirigir la organización para así poder segmentar las campañas adecuadamente.

c. Estudio de la competencia. El estudio de la competencia no deja de ser un factor más del estudio del mercado, pero conviene profundizar en él porque puede aportar mucha información de valor. Por lo menos, se necesita investigar a las organizaciones más importantes que son competencia directa y averiguar cuál es su catálogo de productos, posicionamiento, precio y estrategias. El objetivo final será saber cómo puede la organización distinguirse de ellos y mejorar su oferta.

d. Definición de la estrategia. Obtenida toda la información se puede escoger entre diferentes estrategias que permitan que la organización alcance sus objetivos. Es decir, dicho de otra manera, consistiría en:

- Saber dónde está la organización. El marketing estratégico permite obtener un panorama general del mercado, de la competencia y de los clientes potenciales. Si se parte de ahí, las acciones tendrán muchas más probabilidades de éxito que si se dispara a ciegas.
- Conocer mejor al consumidor. En el marketing de hoy en día, los consumidores siempre están en el centro. Cada vez se cuenta con usuarios más exigentes e informados, por lo que será necesario conocer a fondo sus necesidades y preferencias y tenerlas en cuenta en cada paso de nuestro marketing.
- Fijar objetivos claros. El marketing estratégico aporta una investigación sólida sobre la situación. A partir de ahí, es más fácil ver qué es lo que se quiere y cómo se puede cuantificarlo en una serie de objetivos alcanzables.
- Distinguir la marca de la competencia. Si no se realiza un buen análisis de la situación, se corre el riesgo de acabar sacando a la venta productos muy similares a la competencia y que no suponen una ventaja para los consumidores. Con los análisis previos, se puede sa-

ber cuáles son exactamente los huecos del mercado para dar justo en la diana.

- Identificar oportunidades. Si se está al tanto de las características y las tendencias del mercado, se podrá detectar de manera rápida oportunidades que permitan crecer y llegar a nuevos mercados.
- Guiar las acciones operativas. El marketing estratégico es como la brújula que orienta las campañas. Sin ella, es probable que se acabe perdidos y sin saber qué rumbo tomar. En cambio, si se ha definido correctamente la estrategia, se tendrá siempre una guía para tomar mejores decisiones.

e. Elaborar un plan de crisis. La elaboración de un buen plan de marketing permite estar preparados para todo tipo de contingencias y actuar de manera eficaz ante ellas.

Función del marketing estratégico

La función del marketing estratégico, en líneas generales, es orientar la organización hacia las oportunidades económicas atractivas para ella, es decir, adaptadas a sus recursos y a su saber hacer, o crear oportunidades atractivas. Consiste en seguir la evolución del mercado de referencia e identificar los diferentes productos-mercados y segmentos actuales y potenciales, sobre la base de un análisis de la diversidad de las necesidades a encontrar.

Funciones del marketing estratégico

a. Delimitar el mercado relevante. Identificar el mercado sobre el que desea competir y definir una estrategia de presencia. En este intento de delimitación aparecen 3 dimensiones:

- El servicio básico prestado por el producto.
- Las tecnologías que pueden ser utilizadas para obtener ese servicio.
- Los diferentes grupos de compradores que forman parte del mercado total.

b. Segmentación del mercado. Consiste en analizar la diversidad de necesidades en el interior de los productos-mercados, ya que, aunque los consumidores deben buscar un mismo servicio básico, pueden tener distintas expectativas o preferencias específicas en la manera de obtener la función buscada o los servicios que acompañan al servicio base. Con la segmentación del mercado se divide el mercado de modo que dé lugar a submercados con un comportamiento comercial diferente para el producto en cuestión.

c. Análisis de la competencia. Es muy raro que una organización u empresa se encuentre sola en un mercado; lo normal es la presencia de otras firmas competidoras que tratan de satisfacer a los mismos clientes, limitando así el atractivo de la oportunidad de marketing descubierta. Es necesario que la oferta que la empresa haga a sus clientes sea mejor que la que hacen sus competidores.

d. Análisis del entorno genérico. El entorno es todo aquello que es ajeno a la organización; son los factores y fuerzas que escapan al control de la misma y que pueden tener impacto sobre ella. Una de las tareas más importantes de los responsables de marketing es identificar su entorno y vigilar su evolución para descubrir en él oportunidades y amenazas tanto actuales como potenciales. En la medida que la organización pueda identificar las fuerzas y elementos claves de su entorno y predecir de forma acertada su evolución futura, estará en condiciones de adoptar las acciones oportunas para aprovechar las oportunidades y reducir al mínimo el impacto de las amenazas.

e. Análisis interno. Con este análisis se pretende detectar los puntos fuertes y débiles de la organización, es decir, su ventaja competitiva. Los puntos fuertes son capacidades, recursos, posiciones alcanzadas. Es decir, ventajas competitivas que pueden servir para explotar oportunidades o superar amenazas. Los puntos débiles constituyen una amenaza para la organización y deben ser superados.

f. Formulación de estrategias orientadas al mercado. En esta etapa o fase el decisor se plantea una primera reflexión sobre los objetivos a conseguir y su concreción en estrategias, sensibles a las amenazas y

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

oportunidades del mercado, que le permitan al decisor satisfacer las necesidades del consumidor mediante una ventaja competitiva sostenible a largo plazo. La ventaja competitiva se fundamenta en la superioridad relativa en capacidad y recursos, es decir, superioridad en proporcionar al consumidor un mayor valor o menores costes relativos. Para que la ventaja sea sostenible se han de crear barreras que dificulten la imitación.

g. Proporcionar ventajas a terceros. Existe una creciente importancia de dominar el arte de proporcionar ventajas a terceros que no forman parte del grupo de consumidores elegido. Surgen así las actividades de megamarketing que consisten en utilizar el poder y las relaciones públicas con el objetivo de ofrecer unas determinadas contrapartidas a ciertos grupos de presión para que no bloqueen el acceso a un mercado o para que lo desbloqueen.

h. Alianzas estratégicas. Trata de analizar las colaboraciones con proveedores, distribuidores y/o competidores, al objeto de obtener economías derivadas de esta colaboración y satisfacer las necesidades del mercado.

b. Marketing operativo

Definición

El marketing operativo es también denominado marketing táctico y depende del marketing estratégico. Trata de buscar mercados a corto y medio plazo y se concreta en decisiones relativas al producto, su precio, su distribución y comunicación. Su objetivo no es otro que el de aumentar la eficiencia de la comercialización y agilidad organizacional. Básicamente, es una acción concreta orientada al producto.

Se trata de una acción comercial más urgente, agresiva y visible por corresponderse con la acción de la gestión de marketing. Su eficacia, sin embargo, va a depender de la calidad de las elecciones estratégicas fijadas previamente.

Es decir, es un proceso orientado a la acción, cuya planificación se sitúa a corto o medio plazo y se dirige a los mercados y segmentos existentes. Se centra en la realización de un objetivo de cifra de ventas y se apoya en los medios tácticos basados en las 4 P del marketing mix: la política de producto, distribución, precio y comunicación

El plan operativo del marketing describe los objetivos, el posicionamiento, las tácticas y los presupuestos de cada marca en la cartera de productos de una organización, en un periodo y en una zona geográfica determinada.

Funciones del marketing operativo

a. Elaborar las políticas comerciales de los programas y planes de marketing que detallan la puesta en práctica de la estrategia genérica seleccionada. Comprende:

- Determinar los objetivos comerciales que complementan, contribuyen y son consistentes con los objetivos estratégicos globales.
- Seleccionar los atributos que debe tener el producto y los servicios que su venta conlleva, determinar el precio adecuado, hacer la oferta disponible en los canales de distribución más eficientes y convencer al mercado de las características de la oferta.
- Mantener el flujo continuo de información de mercado que suministra la investigación de mercado para que las decisiones de marketing-mix sean eficientes.

b. Analizar los costos de la organización requiere comprender cómo el costo de cada actividad se puede ver afectado por la forma en que se realizan otras actividades conexas.

c. Ejecutar y controlar. La formulación de estrategias y desarrollo del marketing-mix se deben ejecutar y controlar. Es preciso detallar las operaciones a ejecutar, asignarles un plazo de realización y responsabilizar de su puesta en práctica a algún miembro de la organización.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

d. Conseguir que todas las personas de la organización piensen y se orienten al cliente, que se preocupen por la calidad, servicio y valor ofertado al mercado.

e. Tener presente que la relación entre organización y cliente no finaliza cuando la venta ya ha sido realizada; sino que se intensifica después de la venta y contribuye a determinar la elección del cliente en la próxima ocasión de compra.

En conclusión, el marketing estratégico desemboca en la elección de productos mercados o segmentos en los que la organización detenta una ventaja competitiva y sobre una previsión de la demanda global, en cada uno de los productos-mercados considerados. El marketing operativo se propone un objetivo de cuota de mercado a alcanzar en cada producto-mercado o segmento, así como los presupuestos de marketing necesarios para la realización de estos objetivos.

Estrategias de marketing en los servicios de salud

Como ya se ha visto, la planeación estratégica en mercadeo, es una técnica o herramienta gerencial que obedece a un proceso dinámico y coherente con el cual se pretende ordenar los objetivos y acciones estratégicas de la organización, para satisfacer los mercados en un ambiente competitivo a lo largo del tiempo.

El término estrategia tiene origen griego formado por la por la conjunción de dos palabras: stratos (ejercito) y agein (conducir, guiar): estrategos o arte general en la guerra, es decir, que el concepto de estrategia es originario del campo militar.

En el campo económico y académico aparece con la teoría de juegos de la mano de Von Neumann y Morgenstern en 1944. En ambos casos la idea básica es la de la competición, es decir, la actuación frente al adversario para lograr unos objetivos determinados.

En el campo del management se introduce con las obras de Chandler (1962), Andrews (1962), Ansoff (1976), como la determinación conjunta

de objetivos de la empresa y de las líneas de acción para alcanzarlos, es decir, expresa lo que quiere hacer la empresa en el futuro.

Son varias las definiciones dadas sobre la estrategia, entre ellas:

Igor H. Ansoff (1997) dice que, “una estrategia consiste en una serie de normas para la toma de decisiones que guían el comportamiento de la organización”. Expresa, además, que su formulación no es inmediata y que por ello puede ser un concepto elusivo y algo abstracto, que hasta puede llegar a confundirse con objetivos si no se posee claridad en su concepción y utilización.

Fred R. David (1997), expone: “las estrategias representan el medio para alcanzar los objetivos a largo plazo”, entendiendo como estos últimos a los resultados específicos que pretende alcanzar una organización. Largo plazo significa hablar a más de un año.

En fin, la estrategia implica la coordinación adecuada de las actividades de la organización, correctamente realizadas e integradas entre sí, provocando que la dirección no sea una simple supervisión de tareas independientes, sino más bien, una guía o soporte para el cumplimiento de los objetivos. De una forma muy concreta se puede decir que la estrategia organizacional o empresarial:

- Trata de servir de motor e impulsor de acciones
- Es una búsqueda de diversos planes de acción que descubran y potencien la ventaja competitiva.
- Indica los objetivos a alcanzar
- Supone un compromiso de los actuantes en la empresa y una guía que facilite la actuación diaria.
- Detalla los objetivos generales de la empresa y los cursos de acción fundamentales, de acuerdo con los medios actuales y potenciales de la empresa, a fin de lograr la inserción óptima de ésta en el medio socioeconómico en el que actúa.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- Propone, al fin, detallar las grandes opciones de la empresa que orientarán, de forma determinante, las decisiones de la empresa sobre actividades y estructuras de organización, y fijar un marco de referencia en el cual deberán inscribirse todas las acciones que la empresa emprenderá durante un determinado periodo temporal.
- Se enmarca dentro de la planificación estratégica, entendida por algunos autores como el análisis racional de las oportunidades y amenazas que presenta el entorno para la organización, de los puntos fuertes y débiles de ésta frente a este entorno, y la selección.
- Las Estrategias de Mercadeo en Salud

Las estrategias entonces se podrían decir que constituyen los cursos de acción que posibilitan la consecución de los objetivos. En sintonía con los objetivos generales que se haya trazado el agente que provee de servicios de salud, implica que el desarrollo de las estrategias globales de marketing deba llevar adelante un enfoque consistente en resaltar la importancia crítica de la calidad del servicio provisto tal y como la perciben los pacientes.

El espectro de la aplicación de la mercadotecnia a la actividad sanitaria no se limita a sus posibilidades en la promoción de salud y fomentar estilos de vida saludables, abarca la calidad de los servicios de salud, el uso racional de recursos y el planteamiento y contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan como consecuencia de la desigualdad.

La globalización ha conducido a una alta competitividad por lo cual se requiere del mercadeo o marketing como una herramienta que oriente al desarrollo hacia el bienestar, hacia el consumo ético y el desarrollo sustentable. La mercadotecnia constituye una nueva perspectiva para la gerencia de la salud, ya que al apropiarse de ella como una herramienta que permite:

- Llevar al mercado medicamentos, instrumental médico, y tecnología
- Ofrecer y reorientar servicios

- Diseñar y poner en marcha programas de salud, conciliado los objetivos y propósitos de la institución sanitaria con los del usuario, consumidor y paciente para así lograr sus fines.

Ejemplo en un Plan de Gobierno

Objetivo Nacional: Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales.

Política: Profundizar la atención integral en salud de forma universal

Estrategias:

- Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades

Plan: Mejoramiento de la salud de la población escolar

Programa: La Salud va a la Escuela

Mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud con buena práctica profesional

En este aspecto se procede a desglosar términos relacionados con el enunciado para lograr al final una conclusión con respecto al mismo:

a. Definición de paciente y atención al paciente

La palabra paciente, etimológicamente proviene del latín *patiens*, participio del verbo *patior* cuyo significado es sufrir. Por lo tanto, como sustantivo es aquel ser que sufre la acción de un agente, que puede ser una enfermedad o un accidente, o sea una dolencia física o psíquica.

En lenguaje común se entiende por paciente como una persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Para las ciencias de la salud en general, el paciente es una persona que sufre dolor o malestar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) en el documento denominado “Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”, expone: Se ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo.

Este concepto responde a que, para la Organización Mundial de la Salud, la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

b. La calidad de atención / servicios sanitarios

La Real Academia Española (2020) define calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

De allí, que la calidad de la asistencia sanitaria sería el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo.

De esta definición se derivan tres características importantes:

- concepto de calidad como término relativo. En el caso sanitario como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria.

- que el concepto de calidad lleva implícito el de comparación (igual, mejor o peor)
- la necesidad de contar con un estándar, norma o modelo con el que compararse.

La calidad de la atención constituye entonces el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca:

- La promoción
- La prevención
- El tratamiento
- La rehabilitación
- La paliación

Y, por otro lado, implica que la calidad de la atención se puede medir y mejorar de manera continua mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

En los últimos años se han descrito diversos elementos de la calidad. Existe actualmente consenso en los atributos y muchos de ellos están estrechamente relacionados con principios éticos. Los principios éticos básicos en la atención sanitaria son: ausencia de maleficencia (aplicar correctamente criterios diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores); beneficencia (procurar el mayor beneficio, limitando riesgos); justicia (tratando a todas las personas por igual), y autonomía (dando la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones).

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Los atributos en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, deben ser:

- Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- Centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Cualquier referencia a la calidad de un servicio lleva consigo la evaluación del mismo, la comparación con un modelo o estándar y la aceptación de la competencia como estrategia de mejora punto de vista de su morbilidad y de los valores y preferencias de cada uno de ellos, hacen difícil cuantificarlo.

La diversidad y dificultad para medir los productos resultantes de la atención sanitaria lleva a centrar la atención en la cadena de producción. En ella, se distinguen:

- Una función de producción técnica, que da lugar a productos intermedios (radiologías, analíticas, etc.),

- Una función médica (“alta del paciente”), que busca mejorar el nivel de salud.

Conseguir que la atención que presta un determinado servicio asistencial sea mejor que la que prestan los restantes servicios de su misma especie conlleva objetivarla, cuantificarla en lo posible y compararse con estándares aceptables de servicios similares.

Sin embargo, no es suficiente, a pesar de ser necesario, alcanzar altos niveles en indicadores que hacen referencia al determinante de calidad científico técnica (mortalidad, infecciones, reingresos, etc.), se requiere, asimismo, alcanzar buenos indicadores de calidad relacional, satisfacción de pacientes y de profesionales para estar prestando una excelente calidad asistencial.

c. Buena práctica profesional y la atención al paciente

En tiempos de globalización como el actual existe gran preocupación por implementar y medir el cumplimiento de las normas de calidad. En la publicidad y en los productos que llegan a las personas se destaca la calidad y se busca constantemente sellos de confianza, búsqueda que también debería extenderse a la práctica médica.

La buena práctica profesional se encuentra ligada indiscutiblemente a varios aspectos tales como:

1. Los Principios éticos. De manera tradicionalmente se vienen considerando 4 principios éticos básicos en la atención sanitaria, los cuales son:

- Ausencia de maleficencia (aplicar correctamente criterios diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores)
- Beneficencia (procurar el mayor beneficio, limitando riesgos)
- La justicia (tratando a todas las personas por igual),
- La autonomía (dando la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones).

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

2. La prestación del servicio y satisfacción del paciente: la accesibilidad, capacidad de respuesta, información al paciente y familiares allegados, habilidades de comunicación del profesional, cuidados de enfermería, competencia profesional, cortesía y amabilidad en el trato, efectividad de las intervenciones, tratamientos, etc.

3. Respeto a los derechos básicos del paciente, los cuales consagran generalmente:

- Una atención oportuna con respeto, cortesía y sin ninguna discriminación.
- Confidencialidad sobre su tratamiento.
- Recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias se le deberá informar al paciente sobre las consecuencias de su decisión.

4. La calidad científica - técnica. Los profesionales de la salud tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente. Esta visión enfatiza: la excelencia científico-técnica, en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, en la interacción, o calidad de la relación entre los profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente como receptor. En la calidad técnica las determinantes claves son básicamente: la adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados se prestan. Depende de la habilidad, conocimiento, competencia, interés, tiempo y recursos disponibles. En definitiva, de la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en su capacidad e interés para llevarlas a la práctica.

5. La calidad de la relación entre profesional y paciente. Depende asimismo de varios elementos: comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente.

6. El componente económico organizativo. Incluye el punto de vista de las instituciones u organizaciones, que deben procurar, en una situación de recursos limitados, la accesibilidad de los usuarios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización.

7. Los atributos básicos de la calidad asistencial. Estos son: la accesibilidad (prestaciones en el lugar y tiempo adecuados), la competencia (conocimientos y habilidades adecuados), la adecuación (tratamiento necesario y correcto), la seguridad (los riesgos se evitan y deben ser comunicados al paciente), la aceptabilidad (actividades que satisfacen las expectativas del enfermo y allegados), la eficiencia (resultados al menor consumo de tiempo, pruebas, etc.)

d. Mejora de la calidad asistencial

La calidad de la atención que presta un centro de salud (hospital, clínica, medicatura, etc.) debe valorar básicamente tres grandes aspectos o determinantes de la misma:

- La adecuación. El grado de adecuación de los diferentes procedimientos que se aplican a los pacientes
- La excelencia. Se relaciona este aspecto o determinante con el buscar la efectividad lo cual conlleva a lograr la excelencia del trabajo profesional. Si se entiende bajo esta perspectiva, promover la calidad asistencial es promover la efectividad y, siendo ambiciosos, es promover la eficiencia, pues en la demanda ilimitada de necesidades en la que se mueve el sector sanitario, especialmente el sector público, es obligado elegir la alternativa menos costosa de todas las efectivas.
- La satisfacción de la persona o paciente que recibe esa atención. Buscar la satisfacción del paciente con la atención recibida, dándole de forma comprensible toda la información sobre su proceso para que éste pueda participar activamente en la toma de decisiones y para mantener el comportamiento ético, es una de las obligaciones más importantes de quienes trabajan en el sector de salud.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Es un reto en el campo de la atención en salud el desarrollo de medidas que permitan conocer con fiabilidad el nivel que cada centro sanitario alcanza para cada uno de estos determinantes.

A título ilustrativo se presenta un resumen del trabajo de Sara, José Carlos Del Carmen (2019) relativo a, “El enfoque de calidad como medio y fin para una mejora en el sistema de salud”, el cual puede servir de referencia para la mejora de la calidad de un establecimiento sanitario, ya que marca las 4 pautas esenciales o medidas:

La necesidad de incorporar el enfoque de calidad, como eje orientador para la mejora de los sistemas de salud, así como la adopción de medidas que lleguen a alcanzar a todo el sistema, implica, el desarrollo de cuatro acciones fundamentales:

1. Liderazgo en la gestión. «Los directivos de los sistemas sanitarios deben regirse por la búsqueda de la calidad». El involucramiento de las autoridades sanitarias y no sólo de los equipos técnicos, es indispensable para construir y sostener una «visión compartida de la calidad asistencial», ello implica promover el compromiso y liderazgo de los responsables de la gestión de los servicios, así como de las autoridades políticas responsables en el ámbito subnacional. El involucramiento del sector privado, la articulación de los diferentes prestadores públicos y de la seguridad social, así como la participación de la sociedad civil, deben ser impulsadas..., para el abordaje sistémico que conlleve a una mejora de la calidad prestacional.
2. Rediseño de procesos. «Los países deben rediseñar la prestación de servicios para optimizar los resultados sanitarios en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico a los servicios». ...Recuperar o construir un lazo de confianza, con esa puerta de entrada al sistema de servicios de salud, implica rediseñar el modelo, romper las barreras entre los diferentes subsectores, generar mecanismos de interoperabilidad, que permitan constituir verdaderas Redes Integradas de Servicios de Salud, que brinden una atención primaria concebida con criterios de integralidad y continuidad en el proceso, en los diferentes niveles de atención.

3. Personal idóneo. «Los países deben transformar la fuerza laboral sanitaria basada en idoneidad, apoyando y respetando mejor a todos los empleados para que presten los mejores cuidados posibles». El desafío de la dotación y distribución de Recursos Humanos en Salud, fue identificado por la OMS, como un factor indispensable para el fortalecimiento de los sistemas de salud en los diversos países, por lo que denominó a la década 2005 al 2015 como la «Década de los Recursos Humanos en Salud», realizando un “llamado a la acción” para desarrollar e implementar políticas que permitan identificar y abordar los diferentes componentes que conllevan a esta situación....Las tensiones derivadas de la defensa de los derechos laborales, la mayor demanda de la población, el progresivo empoderamiento ciudadano, hacen visible la necesidad de abordar y fortalecer la formación «ética» en los profesionales y trabajadores del sector, que promueva un trato respetuoso y responsable a los usuarios de los servicios de salud, pero a su vez la tarea de educar a la ciudadanía, en el respeto a los profesionales y trabajadores que los sirven; así mismo, resulta indispensable el establecer mecanismos de reconocimiento y de incentivos por parte de las instituciones de las cuales ellos dependen.
4. Participación ciudadana. Los gobiernos y la sociedad civil deben transmitir a la población la importancia de demandar calidad, para así empoderarlos a exigir esta responsabilidad a los sistemas y a buscar activamente cuidados de alta calidad. En este sentido se obliga a identificar y fortalecer los mecanismos y espacios gubernamentales y no gubernamentales que puedan contribuir en impulsar las acciones necesarias desde la ciudadanía, así como desde los diferentes actores del sistema de salud en un país.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

BIBLIOGRAFÍA



EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

- ALAFEN-UDUAL. (1987). *Las Universidades y la Salud Popular en tiempos de crisis. Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina*. Quito-Ecuador.
- ALAN, D. G. (1991). *Administración de los Servicios de Salud y Epidemiología OMS/OPS*. Montreal: Universidad de Montreal.
- Bodgan, K. (1984). Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos. Cuadernos de Salud Publica 77 OMS. OMS.
- Campesino, D. N. (1987). *Los problemas de salud y epidemiología. OMS/OPS. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central*. Quito-Ecuador: OMS.
- Carlos, F. R. (1991). *Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública. I Congreso de Salud Publica del Área Andina "Organización y Gerencia de Salud Pública"*. Quito-Ecuador: ICAP.
- Cesar, M. M. (1987). Salud y mercadeo de trabajo. Medico en la Republica Dominicana. Universidad de Santo Domingo. Quito-Ecuador: ALAFEN-UDUAL.
- Conrado, D. p. (1989). Higiene Pueblo y Educación., (pág. 101). Ciudad de La Habana-Cuba.
- Corporán Ricardo Dr., M. M. (1987). Economía y Salud. Deuda y Crisis Dominicana. Universidad Autónoma Facultad de la Salud. Quito Ecuador : ALAFEN-UDUAL.
- (1996). *Cuadro de Población Mundial. Population References Bureau*. Washington.
- (1991). *Desarrollo y fortalecimiento de los Silos "Garantía Calidad"*. OMS/OPS.
- Domínguez, N. R. (2014). Determinantes de la Salud. Hernández. México.
- Fabián, P. O. (1994). Principales Elementos Teóricos. . (págs. 117-198). Guayaquil – Ecuador: Segunda Edición Aumentada.
- Fernando, D. A. (1992). *Apuntes "Economía y Salud". Facultad de Salud*

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

Pública. Habana-Cuba.

(1988). *Guías para la calidad del agua potable. Publicación Científica # 508. OPS/OMS*. Washington D.C: EUA.

Guillermo, O. F. (1994). Artículo “Producto Nacional Bruto, Esperanza de vida y mortalidad infantil”., Washington, USA. *Revista Foro Mundial, Vol. 15 N° 4 OMS* , 360-488.

Hersett. (2016). Componentes del Sistema Nacional de Salud. *Revista Revolución Científica de Manabí, Ecuador* , 23-25.

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. ISAGS. Modelo de Sistema Nacional de Salud. . (2017). *Revista Vida y Salud de Journal of the American Medical Association* , 56-58.

Jenny, T. (1995). *Didáctica Espacial Universidad Técnica Particular de Loja*. . Loja – Ecuador.

JHON, M. (1971). Introducción a la Sociología. Mexico: Editorial Letras Sociedad Anónima.

Lucila, B. V. (1993). *Apuntes de la Maestría Internacional en Salud Pública. Facultad de Salud Pública*. . Habana-Cuba.

Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para el Control de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas. (1998). *Ministerio de Salud Pública*. Quito – Ecuador.: Segunda Edición, MSP.

María, C. F. (1987). Financiamiento de la Salud. Facultad de Salud Pública., (pág. 140). Ciudad de La Habana-Cuba.

Martin, H. (1983). Estrés Laboral. Mexico: Editorial Limusa.

Ministerio de Salud. Indicadores Demográficos. (2012). *Revista Revolución Científica de Ecuador* , 14 – 15.

Narey, D. R. (1987). Higiene Social y Organización de los Sistemas de Salud. MINSAP. . Guantánamo, Cuba: Pueblo y Educación.

Néstor, A. T. (1996). *Tecnología Educativa y Diseño Instruccional*. . Bogotá Colombia: INTERCONED Quinta edición.

- OMS. (2017). Causas de Muerte Neonatal., en Maracaibo Venezuela. . *Revista Médica de la Universidad del Zulia LUZ* , 12-15.
- OMS. (2017). Enfermedades Crónicas no Transmisibles. . *Revista de Salud editada en la Universidad Autónoma de México.* , 28 – 31.
- OMS. (2017). Mortalidad Materna en América Latina. . *Revista Científica del Colegio de Médicos del Guayas en Ecuador.* , 19-21.
- OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud OMS. Coberturas de los Sistemas de Atención a la Salud. . *Revista Médica de la Universidad de la Rioja en Colombia.* , 25 – 27.
- OMS. (2005). *Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna en la Región de las Américas. Base de datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Regional Especial de Salud Materno Infantil y Población.* Washington, USA: OPS/OMS.
- OMS. (2017). Tasa de Mortalidad Neonatal en América Latina y el Caribe. , en Maracaibo Venezuela. . *Revista Médica de la Universidad del Zulia LUZ* , 12-15.
- O.M.S. (2017). Tasa de Natalidad de Cuba. Informe de Natalidad y Mortalidad de la Revista Vida y Salud de la Universidad de la Habana Cuba. . *Revista Vida y Salud de la Universidad de la Habana Cuba.* , 17 – 19.
- OPS. (2015). Organización Panamericana de la Salud OPS. Mortalidad Infantil. *Revista Médica de la Universidad de la Habana, Cuba.* , 19 – 24.
- Rashid, B. (1987). Artículo “Sobre la evaluación de las necesidades de salud”. Ministerio de Salud Pública.
- Roser, B. D. (1983). Epidemiología en la práctica médica versión española. Madrid: Editorial Salva.
- Serrat. (2015). Actividad Bacteriológica del Agua. *Revista de Salud editada en la Universidad Autónoma de México.* , 76 – 79.
- Universo, D. E. (6 de Noviembre de 1988). Artículo 2 Grandes catástro-

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

fes por recalentamiento”, -AFP-Guayaquil, Ecuador, . pág. 4.

XIV, A.-U. (2000). Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina y la Estrategia Mundial para alcanzar Salud en el año 2000. ., (pág. 2). Quito-Ecuador.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

ANEXOS



EDICIONES **MAWIL**

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

ANEXOS

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS Y DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (A. DENVER)

Número absoluto de defunciones, mortalidad y tasa de mortalidad por grandes grupos de causas básicas de muerte, Región de las Américas, 2010

Neoplasias (C00-D48)	1 131 635	20,2	11,99
Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)	571 686	10,2	6,06
Causas externas (V01-Y98)	538 463	9,6	5,70
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	336 623	6,0	3,57
Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)	273 047	4,9	2,89
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	213 173	3,8	2,26
Muertes mal definidas (R00-R99)	192 126	3,4	2,04
Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	188 330	3,4	2,00
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	163 266	2,9	1,73
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	149 695	2,7	1,59
Afecciones originadas en el período perinatal (P00-P99)	72 358	1,3	0,77
Malformaciones congénitas (Q00-Q99)	41 787	0,7	0,44
Enfermedades del sistema osteomuscular (M00-M99)	30 623	0,5	0,32
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (D50-D89)	27 451	0,5	0,29
Enfermedades de la piel y subcutáneas (L00-L99)	13 110	0,2	0,14
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	5 559	0,1	0,06

Fuente: Informe de Organización Panamericana de la Salud OPS (2013)

Menciones de mortalidad utilizadas con mayor frecuencia como indicadores de estado de salud

N°	Descripción del indicador	Numerador	Denominador	Base numérica a riesgo
1	Tasa bruta de defunción Bruta; específica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Cantidades de defunciones durante un periodo de tiempo dado	Población estimada a mediados del periodo	1000
2	Tasa específica de defunción por causa Bruta por causa; específica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Cantidad de defunciones debidas a una causa específica durante un periodo de tiempo dado	Población estimada a mediados del periodo	100000
3	Razón de mortalidad Bruta por causa; específica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Ídem anterior	Cantidad de defunciones según el total de casusas registradas durante el mismo periodo	100 (%)
4	Bruta; específica por edad, sexo, raza, área socioeconómica, etc.	Ídem anterior	Cantidad de casos nuevos registrados respecto de esa enfermedad durante el mismo periodo	100 (%)

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

5	(a) Tasa de mortalidad fetal I Bruta; específica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Número de defunciones de fetos de 28 o más semanas de gestación durante un periodo de tiempo dado	Número de defunciones de fetos de 28 o más semanas de gestación registradas durante el mismo periodo más número de nacimientos con vida durante el mismo periodo	1000
	(b) Tasa de mortalidad fetal II Bruta; específica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Número de defunciones de fetos de 20 o más semanas de gestación durante un periodo de tiempo dado	Numero de defunciones de fetos de 20 o más semanas de gestación registradas durante el mismo periodo mas numero de nacimientos con vida durante el mismo periodo	1000
6	(a) Razón de mortalidad fetal I Bruta; específica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Número de defunciones de fetos de 28 o más semanas de gestación durante un periodo de tiempo dado	Número de nacimientos con vida registrados durante el mismo periodo	1000
	(b) Razón de mortalidad fetal II	Número de defunciones de fetos de 20 o más semanas de gestación durante un periodo de tiempo dado	Número de nacimientos con vida registrados durante el mismo periodo	1000

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

7	(a) Tasa de mortalidad perinatal I Bruta; especifica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Número de defunciones de fetos de 28 o más semanas de gestación registradas durante un periodo de tiempo dado más número de defunciones de niños de menos de 7 días de vida durante el mismo periodo	Numero de defunciones de fetos de 28 o más semanas de gestación registradas durante el periodo de tiempo dado más número de nacimientos con vida registrados durante dicho periodo.	1000
	(b) Tasa de mortalidad perinatal II Bruta; especifica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, etc.	Numero de defunciones de fetos de 20 o más semanas de gestación registradas durante un tiempo dado más número de defunciones de niños de menos de 28 días de vida durante el mismo periodo	Número de defunciones de fetos de 20 o más semanas de gestación registradas durante el periodo de tiempo dado más número de nacimientos con vida registrados durante dicho periodo.	1000
8	Tasa de mortalidad infantil Bruta; especifica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, peso al nacer, causa de defunción, etc.	Número de defunciones de niños de menos de un año durante un periodo de tiempo dado	Número de nacimientos con vida registrados durante el mismo periodo	1000
9	Tasa de mortalidad neonatal Bruta; especifica por edad, raza, sexo, área socioeconómica, peso al nacer, causa de defunción, etc.	Numero de defunciones de niños de menos de 28 días de vida registrados durante un periodo de tiempo dado.	Numero de nacimientos con vida registrados durante el mismo periodo	1000
10	Tasa de mortalidad postnatal Bruta; especifica por edad, sexo, raza, área socioeconómica, peso al nacer, causa de defunción, etc.	Número de defunciones de niños de entre 28 días y un año de vida inclusive, registrados durante un periodo de tiempo dado	Número de nacimientos con vida registrados durante el mismo periodo	1000
11	Tasa de mortalidad materna Bruta; especifica por edad, sexo, raza, área socioeconómica, peso al nacer, causa de defunción, etc.	Numero de defunciones asignadas a causas relativas al embarazo durante un periodo de tiempo dado	Numero de nacimientos con vida registradas durante el mismo periodo	10000

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

.....

Fuente: Reimpresión de Descriptive Statistics, Rates, Ratios, Proportions and Indices. Ministerio de Salud, Educación y Bienestar Social, Servicio de Salud Pública, Centro para el Control de las Enfermedades. Atlanta, 1977, 3 – 8.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE GRADUADOS PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE SALUD

INTRODUCCIÓN

La UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL y sus unidades académicas acorde con la modernización esta en un proceso de REFORMA INTEGRAL, con el fin de que a través de la optimización de los recursos científicos técnicos de comprobada calificación y hasta de honestidad, impulsen contenidos y estrategias que permitan una formación e instrucción en teorías y tecnologías a los Dicentes de Posgrado de tal manera que puedan con participación de los servicios y unidades operativas de salud, contribuir en forma sinérgica a la solución de problemas en base a las necesidades de salud.

NECESIDADES

1. Los cursantes de posgrado posean contenidos globalizantes y ciertos dominios tecnológicos que faciliten una participación sinérgica y de mayor calidad en cualquier nivel de salud, tanto a nivel nacional como internacional.
2. Prestar servicios administrativos, educativos e investigativos que redunden en beneficio del usuario de las unidades operativas y en la imagen de credibilidad de la Facultad y por tanto de la Universidad de Guayaquil en su población.
3. Obtener información sobre los resultados de la docencia del Módulo de Administración a través de las practicas de los servicios, para determinar alcances y limitaciones como retroalimentación.

PROBLEMAS

1. En la formación de Posgrado no se ha dado continuidad al Programa de Administración de Pregrado, lo que ha dificultado resolver lo expresado en las necesidades I y II.
2. El docente ha cumplido el proceso administrativo, educativo, investigativo poco integrado al área de las Unidades Operativas, además en forma participativa, lo que ha dificultado las necesidades I, II y III.
3. La Docencia de Administración de Salud intra o extramural ha sido limitada, poco optimizada en su producción por la disponibilidad del tiempo parcial docente, por la escasa tardía o ninguna dotación de recursos, lo que repercute en la satisfacción de las tres necesidades expuestas, así como en la no solución de los problemas I.

OBJETO

La administración de los Servicios y Unidades Operativas de Salud destacando la comprensión, interpretación y análisis de un marco teórico referencial, así como el uso de una metodología no aplicable a la organización de los servicios y unidades de salud, que a diferente plazo garanticen un crédito de calidad contribuida por la ESCUELA DE GRADUADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

OBJETIVOS

1. Proporcionar un marco referencial que permite orientar, entender, interpretar la administración del servicio de salud con una actitud de sinergia entre el desempeño profesional y la política del servicio institucional.
2. Familiarizar a los profesionales médicos especializados con la perspectiva y algunas herramientas básicas de Administración en Salud, de manera que les posibilite trabajar con cierta efectividad y participar en procesos de planificación de políticas sanitarias y desde su puesto de trabajo, contribuir a mejorar el nivel de salud profesional.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

3. Realizar un diagnóstico de necesidades y problemas de una unidad operativa a través de modelos que se desarrollaran en clase y en base a ello elaborar un programa de educación a los clientes.

CONTENIDOS

UNIDAD I: SOCIEDAD Y SALUD

- 1.1) Definiciones, concepciones
- 1.2) Determinante del estado de salud de la población
- 1.3) Indicadores de salud
- 1.4) Investigación dirigida “Situación de salud comparativa”

UNIDAD II: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- 2.1) Definiciones y concepciones
- 2.2) Componentes y tipos
- 2.3) Descripción de un sistema nacional de salud
- 2.4) Práctica de reorientación de un sistema

UNIDAD III: ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- 3.1) Definiciones y concepciones
- 3.2) Modelos de administración
- 3.3) Análisis de una política de salud, Auditoria
- 3.4) Promoción de Salud y prevención. Aplicación de un modelo

UNIDAD IV: ADMINISTRACIÓN OPERATIVA

- 4.1) Proceso de planificación (diagnostico de necesidades y problemas de su servicio)
- 4.2) Programación en base al diagnóstico integral
- 4.3) Informe evaluatorio

METODOLOGÍA

1. Investigación, acción
2. Talleres dirigidos
3. Conferencia

4. Practica supervisada
5. Control y seguimiento frecuente
6. Evaluación: pruebas semanales y presentación de informes

RECURSOS HUMANOS

1) HUMANOS

40 alumnos

Profesor a tiempo completo (Administrador de Salud)

2) MATERIALES

5 cajas de acetatos

Proyector de Slide y/o retroproyector

Pizarra líquida, marcadores

3) BIBLIOGRAFÍA

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO



Publicado en Ecuador
marzo 2022

Edición realizada desde el mes de enero 2022 hasta
marzo del año 2022, en los talleres Editoriales de MAWIL
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en
tipo fuente.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD PARA EL DESARROLLO

AUTORES

Viviana Paola Patiño Zambrano
Henry F. Mendoza-Cedeño
Diana Bravo Saquicela.
Arnold Enrique Álvarez Joly
Jorge Ignacio Chiriboga Molina

ISBN: 978-9942-602-36-7



© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.