



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA



**MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2003- 2005**

**ANALISIS DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y  
FUNCIONAL DEL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE  
Y ASILO DE INVALIDOS TEGUCIGALPA D.C  
HONDURAS Año 2003 -2004**

**Trabajo de Tesis para optar el grado de Master en Salud Publica**

**Autora: Iris Sagrario Mejia Estape**

**Tutor: Dr. Miguel Ángel Orozco Valladares**

**Ocotal Nueva Segovia Nicaragua Junio 2005**

**INDICE**

<b>DEDICATORIA</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>ii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iv</b>
<b>I. INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>2</b>
<b>III. JUSTIFICACION</b>	<b>3</b>
<b>IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>VI. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>6</b>
<b>VII DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>24</b>
<b>VIII RESULTADOS</b>	<b>26</b>
<b>IX ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>31</b>
<b>X CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>XI RECOMENDACIONES</b>	<b>36</b>
<b>XII BIBLIOGRAIA</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **DEDICATORIA**

**A Dios** por acompañarme, siempre en todas las decisiones que he tomado en mi vida, por su fortaleza, que me hizo sentir en mis momentos de debilidad, por ser mi amigo inseparable.

**A mi Esposo Omar**, por darme su apoyo y comprensión en los momentos de mi estadía fuera de casa, que en los momentos de mi ausencia supo complementarse, en las labores del hogar, con nuestros hijos, gracias por todo ese amor que me demostraste en este tiempo.

**A mis Hijos Omar Eduardo, Iris Arlet y Karina Melissa**, por su comprensión, su apoyo incondicional que me dieron y me demostraron desde que inicié, este nuevo reto en mi vida, gracias hijos.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Lorenzo Muñoz, mi maestro, quien me acercó a una ventana desde donde, por primera vez, comprendí que dirigir es una enorme responsabilidad y un arte reservado a pocos.

A mi compañero, colega y amigo Dr. Guillermo Pérez, por su apoyo desinteresado que siempre me demostró durante este tiempo de estudio.

Al Dr. Juan de Dios Paredes por su ayuda que siempre me dio, por sus consejos valiosos y certeros que siempre me brindo.

A Gloria mi amiga y compañera, por su apoyo y aliento que siempre me dio en mis momentos de dudas.

Al personal del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos, que desde los diferentes directores hasta el personal de cocina, que sin su anuencia, ayuda, paciencia y colaboración no hubiese sido posible terminar, esta tarea que habíamos emprendido.

A mis Maestros del CIES, porque se que todos y cada uno de ellos dejaron huella en mi a través de sus enseñanzas.

A mis dos Tutores, que siempre estuvieron anuentes y dispuestos a mis dudas y consultas, Dr. Miguel Orozco y Lic. Manuel Martínez.

## RESUMEN

Se analizó la estructura organizativa y funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos de Tegucigalpa Honduras, 2003 – 2004. El estudio fue una investigación, de tipo descriptiva, usando la metodología a través del análisis organizacional de la estructura del hospital General San Felipe, y su adecuación con las tendencias de organización de hospitales de la actual Reforma del Sector Salud de Honduras.

Este estudio buscó analizar y plantear la problemática Estructural, Organizativa y funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos, y a la vez la contribución al logro de objetivos, metas, propósitos y unificación de criterios de los diferentes servicios que ofrece la institución.

Actualmente en esta institución existen muy pocos estudios accesibles y disponibles que hayan abordado la problemática del hospital General San Felipe y Asilo de Inválido. Estudios preliminares los que estuvieron disponibles permitieron concluir que en la actualidad la estructura organizativa del Hospital General San Felipe no es la más adecuada de acuerdo a la complejidad.

El objetivo general fue el análisis que ha alcanzado la estructura organizativa y funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos en Honduras, año 2003 – 2004. Con relación al Reglamento interno de Hospitales de la Secretaría de Salud de Honduras y las actuales tendencias de organización de Hospitales en el marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras. Los objetivos específicos fueron la descripción de la estructura organizativa del hospital General San Felipe y el análisis del funcionamiento de la organización del hospital, su adecuación con la estructura actual y las Normativas vigentes del Reglamento Interno para Hospitales en Honduras.

Se abordó la Identificación de los conocimientos que tienen los empleados acerca de la estructura organizativa y funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos, en los tres niveles operativos. Los resultados obtenidos se presentaron en dos partes, la primera correspondió al personal entrevistado del ápice estratégico y del nivel intermedio, mientras la segunda correspondió al personal entrevistado del nivel operativo.

Del grupo seleccionado en los tres niveles organizativos del Hospital San Felipe se logró entrevistar al 100% de lo previsto del personal que labora en el nivel operativo y el 100% del nivel denominado Ápice Estratégico. Del nivel Intermedio solo se logró entrevistar a 27 jefes de servicio, de 44 programados, lo que representa el 61 % del personal seleccionado. Todo esto debido a la falta en la disponibilidad de tiempo aducido por parte de los jefes de las unidades, dadas sus múltiples ocupaciones, incapacidades por enfermedad, vacaciones e incluso, por actitudes elusivas de algunos de ellos.

Se consultó, con diferentes funcionarios de la Secretaria de Salud, en especial con el ex director general de hospitales y con el actual director de Hospitales encontrándose que no había un Reglamento Interno de Hospitales actualizado, ya que el vigente y actualizado en Octubre de 1998 no fue aprobado por el Congreso Nacional de la República de ese periodo, y que actualmente se está trabajando en su actualización, y se está esperando que este terminado y que sea aprobado por el Congreso Nacional de la Republica en el mes de Septiembre del 2005.

Al ser consultado al actual Director del Hospital San Felipe sobre el Reglamento Interno vigente del Hospital San Felipe, se encontró que continúa vigente el Reglamento Interno del Hospital San Felipe publicado en la Gaceta en el año de 1972, aprobado por el Concejo Consultivo del Gobierno del General Oswaldo López Arellano.

En cuanto al Organigrama del hospital San Felipe se encontraron dos (2) Organigramas, uno de ellos refleja la estructura según el reglamento Interno del hospital, y el otro es una adecuación que trata de reflejar la organización y funcionamiento actual del hospital San Felipe. Además se realizaron algunas modificaciones a la estructura organizativa del Hospital, las cuales no estaban contempladas en el Reglamento de 1972, por lo tanto no estaban aprobadas por la Dirección de Hospitales de la Secretaría de Salud.

Con respecto a la estructura del hospital se encontró que no se trata de una estructura única, si no, mas bien, una combinación de varias estructuras. El organigrama Oficial del Hospital San Felipe no reflejaba los diferentes servicios que han sido creados y que actualmente representan unidades de trabajo dentro de la organización. Existe un nuevo organigrama elaborado a solicitud de la jefa de Personal como un mecanismo administrativo que tiene por finalidad reflejar las diferentes unidades administrativas creadas por la Dirección del Hospital.

Como resultado de ello se limitaban los procesos (gerenciales, asistenciales, descentralización, etc.), al no poder otorgarse una cuota de autoridad acorde al nivel de responsabilidad: se reducía la capacidad de la organización para alcanzar sus objetivos, ya que cualquier programa, proyecto o estrategia de intervención o implementación. El hospital se encontraba organizado con la lógica de ofertar lo que se tenía y no lo que se debía.

No disponía de un plan de empresa para ir cerrando poco a poco la brecha entre la oferta y la demanda, ni tampoco de un plan de desarrollo del recurso humano para sustentar tal aspiración. No se disponía de un Manual de cargos y funciones actualizado, ya que el que se encontró vigente data desde 1972, el cual no estaba acorde ni con los servicios y unidades con que cuenta el hospital. Los protocolos de diagnóstico, manejo y tratamientos, estaban desactualizadas en las diferentes unidades de servicios médicos, o eran inexistentes.

Por lo tanto, esta investigación podrá, contribuir a lograr un mejor concepto en los aspectos de organización y funciones del hospital, que tiendan a mejorar la calidad de atención solicitada por la población de Tegucigalpa y Honduras. Se espera también que sirva para corregir, motivar y elevar el desempeño por parte de los empleados, en los diferentes niveles de gestión y operacionales. Todo esto para ofrecer una mejor atención a la población que la frecuenta para obtener soluciones a sus problemas de salud.

## I. INTRODUCCION

El Hospital General San Felipe tuvo su origen en el año de 1861, aunque se inauguró oficialmente el 27 de Agosto de 1882, el cual se ubicó en el edificio que ocuparon los ministerios de Gobernación y Justicia. Cuarenta y cuatro años después se traslada al asilo de los indigentes "San Felipe" en el sitio denominado Sabanagrande, que es donde actualmente se ubica y con ello se amplían sus unidades contando en 1926 con 285 camas, en la actualidad cuenta con 326 camas.

El Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos de Honduras, es un Hospital público, cuyo propósito es brindar asistencia de referencia nacional en tres especialidades: Cáncer en adultos, enfermedades de los ojos y medicina física y rehabilitación. Con una Misión que dice literalmente.

El Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos ejecuta las políticas de Salud a través de la Secretaria de Salud, brindando funciones asistenciales de referencia nacional en tres especialidades: Cáncer en adultos, Enfermedades de los Ojos, y Medicina Física y Rehabilitación; también atención de Partos de riesgo bajo/moderado y a veces de alto riesgo, Pediatría, Medicina Interna, Dermatología, Cirugía General, Oncología, Urología, Salud Mental y Psiquiatría, Consulta Externa de Adultos, Odontología, manejo interno de Inválidos. Además realizamos funciones docentes y de investigación los cuales pretendemos servir de forma equitativa, eficiente, integral con calidez lo que nos ha permitido obtener aceptación en todo el país. El ser humano es nuestro quehacer fundamental y para satisfacer sus necesidades de salud, hacemos uso del potencial de todos los empleados, de los avances Científicos – Tecnológicos, de la cooperación Externa y el apoyo solidario de los pacientes enmarcado dentro de la Modernización del Estado.

Con una Visión la cual expresa lo siguiente: Aspiramos para los próximos cinco años contar con un Hospital San Felipe con Planes y Programas de Educación Ambiental y Bioseguridad dirigido al personal que labora en la Cocina, sala de Operaciones, Oncología, Laboratorio, Banco de Sangre y además áreas que potencialmente presenten riesgos para la salud de los empleados, con el propósito de preservar la salud de los empleados y pacientes, disminuir factores de riesgo y por supuesto contribuir a prestar un mejor servicio de salud a la población demandante.

Como consecuencia de ese rol dentro del Sistema Nacional de Salud tanto en el ámbito de referencia nacional y en el campo docente, el hospital está obligado a establecer los mecanismos que permitan ofrecer servicios de calidad en salud a la población demandante.

## II. ANTECEDENTES

En 1978 se inauguró en Tegucigalpa el Hospital Escuela, y en 1979 se realizó el traslado de todos los servicios del Hospital General San Felipe hacia el hospital Escuela quedando únicamente la consulta externa de adultos, servicio de Oftalmología, Oncología y Fisioterapia, porque los espacios en el hospital Escuela no eran adecuados se decidió no cerrar; En el Hospital San Felipe se abrieron dos unidades de Cuidados Mínimos y Pacientes Crónicos.

Entre 1980 -1981 se inicia un movimiento para revitalizar el Hospital San Felipe y se logra que se le asigne un presupuesto para abrir las salas de Cirugía. En 1984 se abren las salas de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Polio.

Debido a estas dos fases que ha pasado la administración del hospital San Felipe, y que actualmente cuenta con una estructura organizativa que data desde 1972, la cual fue aprobada por acuerdo No 486- 5- 72, el 5 de Mayo de 1972, el cual no responde a las exigencias generadas por la expansión de algunos servicios y la creación de otros, esto hace difícil el proceso de gestión y en consecuencia el logro de objetivos y metas para los diferentes programas con que cuenta el hospital.

Actualmente en esta institución existen muy pocos estudios que han planteado la problemática del hospital General San Felipe y Asilo de Inválido. Estudios preliminares permitieron concluir que en la actualidad la estructura organizativa del Hospital General San Felipe no es la más adecuada de acuerdo a la complejidad existente.

Esto se expresa en una mala asignación de funciones y responsabilidades, de servicios que origina dualidad de funciones, duplicidad de tareas por parte de varios empleados de un mismo servicio, lentitud en el trámite de entrada por parte de los pacientes al solicitar el servicio de consulta externa del hospital, los flujos del sistema de información no están definidos, al igual que la tabulación de los mismos y producción de la información, por lo que dificulta la gestión del hospital al no contar con información adecuada, oportuna y confiable para la toma de decisiones.



### III. JUSTIFICACION

La responsabilidad que el hospital tiene ante el individuo, su familia, y la población en general, la complejidad de su manejo, los avances técnicos y científicos y los modernos conceptos de gerencia dirección o administración, han sido principales factores de motivación para emprender la difícil tarea de recopilar criterios y reunir elementos fundamentales de juicio para lograr la aproximación al prototipo de Hospital eficiente.

La Organización Mundial de la Salud define al hospital como “una parte integrante del sistema de salud” cuya función es proporcionar atención médica completa, preventiva y curativa. La oportunidad de la Reforma y Modernización del Sector Salud en general y de los hospitales en particular. (1)

Tomando en cuenta todos estos aspectos, la gestión de un hospital es una estrategia administrativa que se basa en el cumplimiento de metas y objetivos por parte de los diferentes servicios con que cuenta.

Sin duda alguna no se puede gestionar un hospital si no se comienza por definir su organización, que para tener el soporte adecuado debe ser conocida por todos los miembros de la institución.

Debe estar diseñada en base al marco legal vigente, conociendo los criterios y vivencias del personal en sus diferentes niveles, y contar con el compromiso formal de respetarla y cumplirla por parte de las autoridades del mismo hospital.

Por otra parte la unidad de mando es uno de los requerimientos para poder identificar con propiedad los servicios, y en lo referente al año 2003 hubo una alta rotación de los cuadros directivos de forma tal que se tuvieron seis (6) directores de hospital en el periodo, creando con esto un ambiente de incertidumbre, desconfianza, desmotivación por parte de todo el personal en todos sus niveles, poco favorable para el buen desempeño de las diferentes actividades que a diario deben ser realizadas en la institución.

El propósito de este estudio es que los resultados obtenidos se puedan aplicar, en establecer un manejo sistemático y confiable que garanticen la toma de decisiones por parte de las autoridades del hospital.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con relación a los distintos aspectos formulados anteriormente se propone la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuál es el grado de adecuación de la Estructura Organizativa y Funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos en Honduras Año 2003 – 2004 con el Reglamento Interno de Hospitales de la Secretaría de Salud de Honduras?

Las preguntas específicas del estudio son:

- 4.1 ¿Cómo es la estructura organizativa actual del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos?
- 4.2 ¿Cómo es el funcionamiento de la organización del hospital, su adecuación, con estructura actual y las normativas vigentes del reglamento interno, para Hospitales en Honduras?
- 4.3 ¿Cuáles son los conocimientos que tienen los empleados acerca de la estructura Organizativa y funcional del hospital General San Felipe y asilo de Inválidos, en sus tres Niveles?

## **V OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar la Estructura Organizativa y Funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos en Honduras Año 2003 – 2004, con relación al Reglamento Interno de Hospitales de la Secretaría de Salud de Honduras y las actuales tendencias de organización de Hospitales en el marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras.

.

### **5.2. Objetivos específicos**

- 5.2.1 Describir la estructura organizativa del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos.
- 5.2.2. Analizar el funcionamiento de la organización del hospital, su adecuación con la estructura actual y las Normativas vigentes del Reglamento Interno para Hospitales en Honduras.
- 5.2.3. Identificar los conocimientos que tienen los empleados acerca de la estructura Organizativa y funcional del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos, en sus tres niveles.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

### 6.1 Historia

La evolución histórica de la administración del hospital y para tomar solo un retazo del tiempo, recordar los escenarios de principio del siglo cuando prevalecía en forma marcada el concepto de que el religioso era el más adecuado para dirigir este tipo de Instituciones .

Cuando la dirección no estaba a cargo de religiosos, se confiaba al médico notable de la localidad, al profesional amigo de los miembros de la junta directiva, cuando existía, en casos muy frecuentes especialmente en casos de países subdesarrollados. (16)

El director era impuesto por el gamonal (amo, cacique, curaca) del pueblo, y en donde opero el favoritismo político, la imposición impopular, inexplicable y a veces absurda llevo a estos cargos a muchos personajes incompetentes, ignorantes de los conceptos elementales de dirección y administración. (16)

A raíz de la segunda guerra Mundial la actividad hospitalaria tomo un carácter más formal y en países subdesarrollados se fue imponiendo el criterio de competencia profesional para dirigir este tipo de establecimientos.

Con el tiempo fue mejorando el esquema académico, con contenidos teórico-práctico o de buena calidad, para adecuar este recurso humano hasta llegar a la preparación de un administrador hospitalario con alto criterio gerencial.

El hito de la moda, quizás el más adecuado para la realidad del momento, es el de la dirección hospitalaria con estricto criterio empresarial de cara y dentro de los parámetros de la calidad total.

A partir de los niveles básicos de atención, se impone como política permanente de la institución el mejoramiento continuo, y en la medida que se vayan fortaleciendo servicios débiles acceder a la calidad total única situación aceptable en el hospital de hoy.

La mayoría de los países han establecido por mandato legal, requisitos mínimos para desempeñar el cargo de director hospitalario.

La diferencia fue notable entre el hospital dirigido por el individuo improvisador, y el regentado por el profesional preparado específicamente para ese fin.

Los llamados países en vías de desarrollo han redoblado esfuerzos, con logros de notables avances en este propósito al punto de ofrecer verdaderos modelos, en donde parecía difícil, a veces imposibles, desarraigar viejas tradiciones o derribar mitos ancestrales.

La ética constituye uno de los paradigmas definitivos dentro del proceso de atención, aplicable no solo al proceso, no solo dirigidos a la recuperación de la salud, si no a todos los actos relacionados con la atención, dentro de los cuales se involucran los aspectos administrativos, las relaciones interpersonales, todos lo referente a la comunicación, la investigación y la misma docencia dentro de la institución. (16)

La ética y el profesionalismo exige una educación permanente del personal de todos los niveles, así que nadie puede excluirse de su práctica continua.

El hospital tiene un puesto preferencial dentro del esquema general de la atención de la salud, su papel se distingue en la actualidad por reunirse en él, todos los requisitos de una buena gerencia que planea, investiga, evalúa, proyecta, desarrolla, compite por calidad.

Es el centro de la más refinada gestión administrativa, en donde se brinda atención hotelera, se fomenta el mas grande espíritu de la humanidad y comprensión, se desarrolla la investigación como un cometido del diario quehacer; se estimulan las iniciativas para crear técnicas, sistemas de atención, todo dirigido a develar la enfermedad.

Se maneja personal heterogéneo no solo de pacientes, familiares, visitantes, vendedores, sino de trabajadores al servicio de la institución.

Se desarrollan actividades industriales de fabricación de medicamentos, de ropas de uso institucional, de materiales de curación. Además de que se ventilan problemas físicos, psicológicos, morales, religiosos, comerciales, laborales, judiciales, científicos educativos y de toda índole, como solo puede ocurrir en instituciones destinadas a este tipo de actividad.

El hospital moderno incorporado a sistemas integrales de salud, se comporta como un centro de referencia, articulado a políticas generales de un país, una región y una localidad, forma parte del esquema general de atención, dentro del cual la educación a la comunidad para aspectos de fomento y prevención y la rehabilitación son insustituibles.

## **6.2 El Hospital**

Es un conjunto de elementos humanos, materiales, y tecnológicos organizados adecuadamente para proporcionar asistencia Médica: preventiva, curativa y rehabilitación, a una población definida, en las condiciones de máxima eficiencia y de óptima rentabilidad económica. El trabajador y el paciente deben permanecer en condiciones óptimas garantizadas por el diseño y Mantenimiento adecuado de las instalaciones del Hospital, que a su vez tendrá que estar dentro de una Organización Sanitaria superior y comprenderá la formación de personal sanitario, así como la investigación y desarrollo". (27)

## **6.3 Consideraciones Sobre la Teoría General de Sistema**

Se define Sistema, como un grupo de operaciones organizado para satisfacer un requerimiento definido del usuario.

Es una organización formada por componentes humanos y mecánicos comprometidos en actividades coordinadas y dirigidas hacia metas específicas, unido por canales de información e influenciado por un medio externo.

Definiendo un sistema de manera funcional y aplicable podemos señalar que es un conjunto de recursos humanos materiales, equipos y de formación, organizados para ejecutar funciones específicas con la finalidad de obtener resultados deseados. (8)

#### **6.4 Elementos Conceptuales de la Teoría del Sistema**

Para la identificación en el proceso de un sistema se debe de tener presente los siguientes aspectos:

Los Objetivos del Sistema

El Ambiente de Sistema

Los Recursos del Sistema

Los Componentes del Sistema y sus Objetivos Particulares

Los Productos o servicios

La Administración del Sistema

Todo sistema debe dar idea de ordenamiento, que a su vez se relaciona con las leyes que rigen el comportamiento de las cosas, debe existir una idea de finalidad u objetivo del sistema, estos serán la razón de ser del sistema. (8)

Los objetivos deben reflejar, lo que es, lo que será, lo que deberá ser el objeto de la organización, Estos deben ser operacionales, deben facilitar la concentración de recursos y esfuerzos en áreas específicas, deben ser múltiples, y no únicos, y se deben establecer en las diferentes áreas de los cuales dependa la sobrevivencia del sistema (organización).

En general los objetivos de un sistema deben abarcar áreas tales como mercadeo, organización, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros, responsabilidad social y utilidades.

La existencia de un medio implica la existencia de un ambiente dentro del cual se genera dicho medio, a este ambiente también se le llama integrantes del sistema, y se le define al conjunto de cosas o fenómenos exteriores al sistema que afectan a este cuando se produce una modificación de sus atributos, o que son modificados por el comportamiento del sistema.

Todo sistema se encuentra bien delimitado, esto es cuando cuenta con criterios que permiten establecer siempre su ambigüedad, si un elemento pertenece al sistema o a su ambiente.

Componentes de un sistema se define a un subconjunto de elementos interrelacionados funcionalmente, la idea de jerarquía de sistema es clara, cuando se refiere a la existencia de un sistema, que es de orden superior a los subsistemas que lo componen y así sucesivamente.

Un sistema es integrado cuando todos sus componentes se encuentra interrelacionados de forma tal, que la variación en uno de ellos produce variaciones en todos los demás.

La excepción serian los llamados independientes, en los cuales la variación de un componente cualquiera no afecta a ninguno de los otros componentes.

En efecto, es posible que un sistema integrado pueda perder paulatinamente tal propiedad a lo largo de un proceso que se llama factorización progresiva, donde las interrelaciones entre los componentes se producen con el transcurso del tiempo, este fenómeno se presenta en ocasiones en sistemas de expansión, en los cuales se produce la “especialización” de ciertos componentes que pueden convertirse en sub-sistemas casi independientes, o que afectan cada vez menos a un numero mayor de componentes, también se presenta en ocasiones por “desgaste” de ciertos componentes.

### **6.5 Clasificación de los Sistemas**

Se clasifican de acuerdo por su relación con el medio:

Sistemas absolutamente Cerrados

Sistemas relativamente Abiertos

Por su Dinamismo:

Dinámicos

Estáticos

Por su Naturaleza:

Naturales (ecológicos)

Artificiales (implementados por el hombre)

Por su Predecibilidad:

Estables

No estables

### **6.6 Componentes de un Sistema:**

Todo sistema creado por el hombre o en sistemas naturales, puede reconocerse la dinámica de un fenómeno por el cual ingresa al sistema ciertos elementos que posibilitan su funcionamiento. Para llegar a la finalidad de un sistema debe existir una estructura encargada de llegar a un objetivo, llamada procesador que funciona con una entrada que al pasar por el procesador da lugar a varias salidas. (8)

Los componentes que conforman un sistema son:

La entrada (INPUTS)

La salida (OUTPUTS)

El procesador

La retroalimentación

Las entradas de un sistema se pueden resumir en los siguientes aspectos: El objetivo del proceso, los recursos, los insumos, factores condicionantes, la información.

Las salidas se pueden resumir en los siguientes aspectos: Producto, desechos, residuos, información.

El procesador en el sistema tiene dos elementos, un subsistema rector o controlador y un sistema regido que es el procesador.

El sistema rector tiene la función de control y dirección de todas las actividades del proceso, que está formado por tres elementos; censor, comparador y activador.

El censor, tiene a su cargo el observar lo realizado por el sub- sistema regido

El comparador, realiza la comparación entre lo recibido y lo establecido y permite medir y pasar al elemento activador

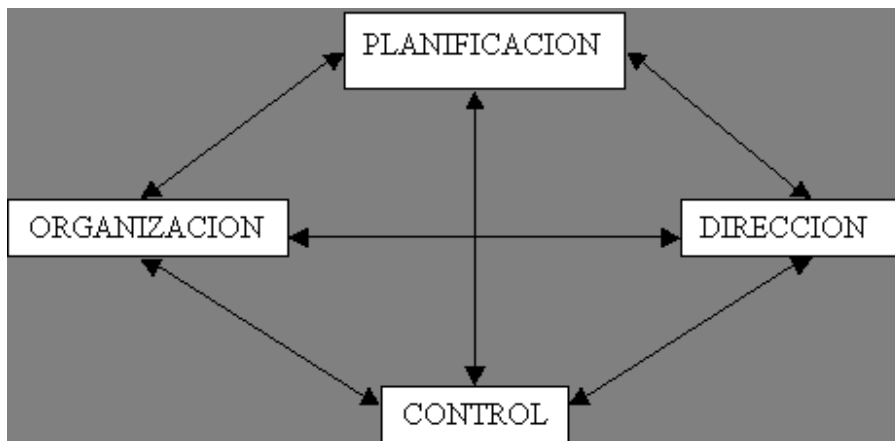
El componente activador, es el encargado de tomar decisiones, los cuales van a contribuir al logro de los resultados, y a la retroalimentación del sistema, los cuales van a entrar de nuevo al sistema para ser procesados.

### 6.7 La Gerencia

Entendida como la integración de esfuerzos utilizando racionalmente los recursos, plenos de autoridad y responsabilidad, planificando, controlando, y guiando la organización hacia sus fines y objetivos.

Para mayor ilustración se presenta en el cuadro adjunto (T-1), las Interrelaciones de las funciones de Gerencia; el Gerente o "Manager" no tiene otra opción que la de anticipar el futuro, intentar moldearlo y equilibrar sus fines a corto y largo plazo. (25)

### 6.8 Interrelaciones de las Funciones de Gerencia



### 6.9 La Empresa Hospitalaria

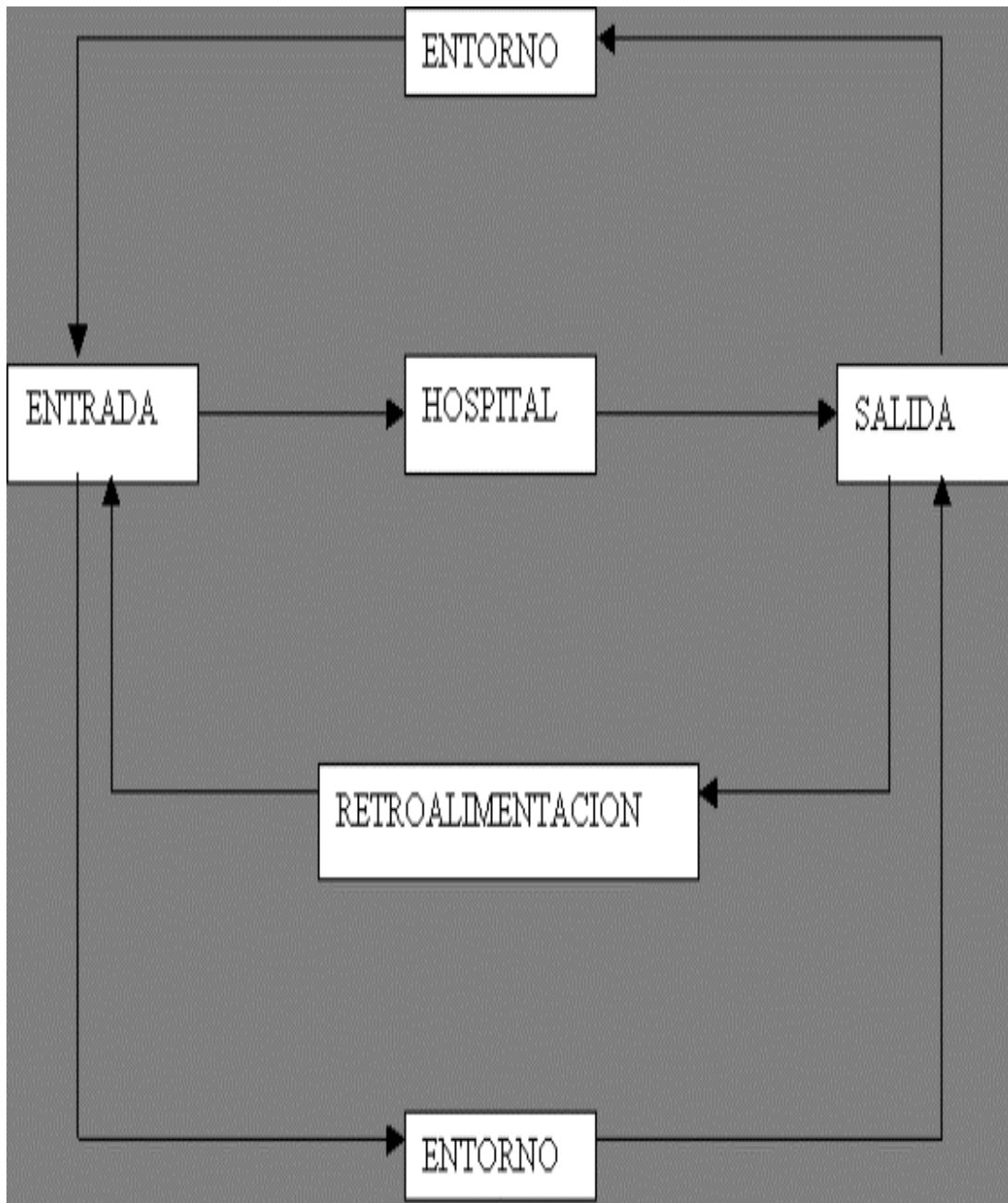
Haciendo un paralelo entre las definiciones de Empresa y Hospital, encontrándose puntos comunes como los que a continuación se indican:

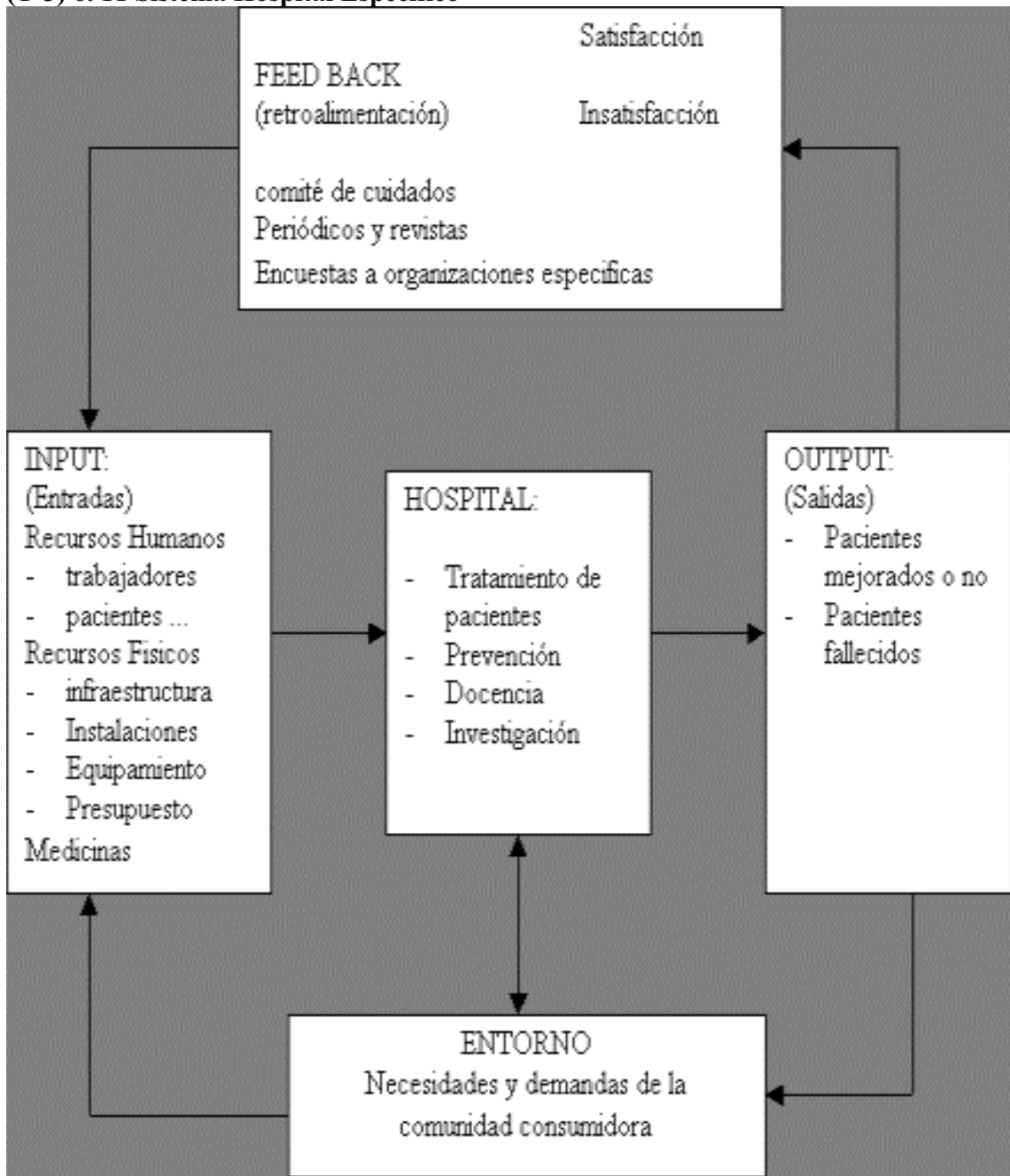
- \*Conjunto de elementos humanos y materiales.
- \*Actividades coordinadas
- \*Organización adecuada.
- \*Asistencia médica; Ofrece un servicio.
- \*Productividad Máxima eficiencia.
- \*Formación De personal sanitario.
- \*Investigación y desarrollo Innovación.

Dando lugar a la conclusión que el Hospital es una Empresa Publica o Privada compleja cuya dedicación es la Asistencia Médica o Atención de Servicios de Salud, enmarcado dentro de un Sistema retroalimentado como el que se muestra en los cuadros adjuntos (T2 y T3) (25)



**(T-3) 6.10 Sistema Hospital Específico**



**(T-3) 6. 11 Sistema Hospital Específico**

Para una compañía o cualquier otra organización; el proceso de organización requiere determinar el trabajo que se hará a fin de que la compañía alcance sus metas, se divide el trabajo en forma adecuada entre los empleados y se establece un mecanismo que coordine las actividades.

Un resultado de ese proceso será una estructura organizacional, la cual representa los procedimientos formales a través de los cuales se administra la compañía. Su estructura organizacional dependerá en gran medida de su propósito y estrategia, en un período determinado.

### **6.12 Principios Generales de Administración de Hospitales**

En el idioma español contemporáneo la idea de administrar se liga a los conceptos de servir, de mandar, de ordenar, de ejecutar y de dirigir; sin embargo, como aspectos fundamentales se destacan: planificación, organización, integración de personal, dirección y control.

El funcionamiento y la administración del hospital no se debe concebir desde un punto de vista estático, sino que se va a encontrar que estas funciones pueden manifestarse en diversas proporciones en la práctica diaria de la administración de un hospital, de tal manera que si a veces no se analizan debidamente, el administrador puede cometer graves errores de interpretación.

Otro aspecto fundamental que involucra la dirección es la responsabilidad de dirigir ante la sociedad, sea directamente como sucede en los hospitales privados o a través de las autoridades de las que depende el hospital.

Podrá, sin duda, discutirse mucho sobre multitud de aspectos y enfoques en relación con el rendimiento social del hospital, pero en última instancia todos en absoluto se reducen a dos: la calidad de la técnica médica y el menor costo de operación.

En lo referente a la calidad de la técnica médica, se puede afirmar que ésta se reflejará en las cifras de mortalidad y de alta por curación por un lado, y en las óptimas relaciones humanas entre el paciente y la institución, por otro, como expresión de la confianza que éste deposita en la institución. De aquí se deduce que para saber que tan buena es la atención médica de un hospital, hay que analizar las cifras estadísticas que reflejan la cantidad de pacientes que son curados o mejorados, pero una vez obtenidos los mejores resultados en lo que se refiere a estos aspectos, el otro fin será la operación económica del hospital, porque no solamente es importante que el paciente salga vivo y curado, sino que se cure al menor costo posible. (25)

Los componentes de estos aspectos, tanto técnicos como económicos de la gestión del hospital, son la operación eficiente y oportuna en la prestación médica, apoyada por un equipo humano capaz, motivado y organizado y un aprovisionamiento de equipo y material adecuados, y un mantenimiento de la estructura física y funcional conveniente.

Para realizar esto, es necesario mantener sistemas de control, que además puedan ser punto de partida para la evaluación de los resultados de operación del hospital.

Otro de los aspectos importantes en la organización del hospital es distinguir sus funciones en relación con el paciente; se ha dicho muchas veces que el paciente es el personaje más importante del hospital; lógico es que alrededor de él gire toda la organización del mismo, así lo que se ha llamado en el lenguaje de uso corriente en hospitales funciones técnicas, son en realidad funciones

directas de atención al paciente, o sea los servicios que proporciona el personal del hospital con objeto inmediato de proporcionarle la atención médica; ejemplo, el diagnóstico o el tratamiento médico, el servicio de enfermería, el de farmacia, y los demás auxiliares conectados con la profesión médica en el hospital: el archivo clínico, la bioestadística, el servicio de dietética y, por supuesto, el trabajo social.

Los servicios de atención indirecta al paciente son todos aquellos que contribuyen a que la prestación directa sea eficiente y oportuna; entre ellos se enumeran los de contabilidad, el servicio de personal, los almacenes, la oficina de compras, la lavandería, la intendencia, el mantenimiento, etc.

Otro punto fundamental en relación a la organización es saber distinguir entre la división teórica de los servicios y sus categorías jerárquicas y la realización práctica de las funciones. Aún cuando se ha señalado una organización teórica tomando en cuenta elementos de la misma preparación técnica, agrupados por categorías, por ejemplo: se han agrupado en servicios a todos los médicos, a todas las enfermeras, a todos los integrantes del archivo clínico, etc., esta organización se puede considerar como estadística, pues el trabajo en la práctica se realiza en los hospitales por medio de una serie de equipos en los que hay siempre una autoridad del área de trabajo.

Dicha responsabilidad en la práctica diaria de la clínica le está encomendada a un médico; el ejemplo más claro es el de la sala de operaciones, en la que el jefe de equipo es el cirujano, al cual contribuyen una serie de integrantes de diferentes departamentos: los anestesiólogos, enfermeras de diferentes categorías, las afanadoras que trabajan en el aseo, los camilleros que trasladan a los enfermos, el personal de laboratorio de anatomía patológica, o de rayos X, etc.

### **6.13 Planificación**

Toda organización debe contar con una planificación la cual es indispensable para fijarle un horizonte a la institución, esta puede ser a largo o a corto plazo, siendo recomendable el uso de los dos. Un hospital como institución debe contar con un grupo de planificación o departamento integrado por los niveles jerárquicos de la institución y comités (sociedad civil), para el desarrollo de la planificación en la organización.

Para la definición de la planificación en una organización, los elementos objetivos y misión deben guardar una estrecha relación con las necesidades de la comunidad, ya que esto conlleva a satisfacer las mismas.

El proceso que sigue la planificación en general debe ser el siguiente:

- Determinar problemas y necesidades existentes
- Determinar objetivos y metas que se desean obtener
- Determinar políticas

- Diseñar estrategias
- Programar
- Asignar recursos
- Ejecutar
- Evaluar Tomar acciones correctivas

### **6.14 Organización**

Se llama organizar el establecer una división de trabajo coordinado jerárquicamente, siguiendo ciertos principios y al mismo tiempo ciertos métodos; naturalmente la organización tiene que ver mucho con el ambiente general en que se desenvuelve el hospital.

A continuación se establecerán los puntos óptimos que se relacionan con la función de Organización Hospitalaria: La organización debe estar adaptada a los fines de la institución.

Es necesario organizar la institución con unidad de mando, estableciendo la responsabilidad íntegra a nivel de la dirección, pues aun en sistemas con autoridades superiores, patronatos, juntas de gobierno, etc., todos deben delegar la autoridad en el director y éste a su vez debe ir delegando su autoridad en diversos niveles.

Para lograr este objetivo ayuda mucho el establecimiento de organigramas. Se debe haber establecido la autoridad y responsabilidad debidamente delegadas, es decir, establecer niveles y definir su radio de acción, porque todos los trabajadores de una unidad hospitalaria deben conocer quién es el jefe y cuáles son los problemas que éste les puede resolver con objeto de evitar que se dirijan en forma inadecuada cuando tengan conflictos en su trabajo.

Cuando existe la necesidad de hacer cambios de un servicio, inclusive propuestos por jefes de otro departamento, no es conveniente que las normas se cambien en niveles inferiores sin estudio y aprobación de los jefes responsables de las mismas.

Distribuir lógicamente las funciones, agrupando a trabajadores que concurren con su preparación y actuación a un mismo fin.

Se establecerá la coordinación en el área de trabajo. Las normas se redactan con un sentido de unidad y la mayor sencillez, hasta donde esto sea posible, pues deberán ser claras, imprimiéndoles un sentido de unidad indispensable si se desea que los diferentes servicios trabajen armónicamente y bajo un mismo criterio.

Se deben formular las descripciones de los puestos, estableciendo el campo de acción de estos, sus responsabilidades y autoridad.

Se deben formular además las especificaciones de puestos que definen los requisitos que deben llenar las personas que se seleccionan para dichos lugares.

### **6.15 Organización Estructural y Funcional**

Para lograr proyectar con claridad la organización estructural y funcional hospitalaria es indispensable revisar la MISIÓN y VISIÓN que hayan sido aceptadas, marcando el horizonte al cual debemos proyectarnos y alcanzar. (26)

También se deben tener bien claros los conceptos de la demanda que se puedan dar en el medio, estas características incluyen:

Las Demográficas (tasas de natalidad, mortalidad, migración, fecundidad, la estructura de la población, y su distribución según sexo, edad, procedencia urbana o rural).

Condiciones de salud de la comunidad (morbilidad, mortalidad, e incapacidad).

Es por ello que se establecen tradicionalmente tres niveles de atención y diversos grados de complejidad en cada uno de ellos, según sea las políticas y los recursos disponibles de cada país o región.

A principios del siglo XXI y albores del tercer milenio de la era cristiana no deja de llamar la atención que todavía se cuestione cuál debería ser la forma a adoptar por los hospitales con el fin de estar en condiciones para prestar de manera eficaz unos servicios con los que atender la salud de los ciudadanos lo más eficientemente posible. ¿Cómo es posible que los hospitales públicos, a pesar del nivel de desarrollo de la sociedad, del avance técnico y de las ciencias sociales (economía, derecho, sociología, ciencia política), de la adaptación de otras organizaciones económicas públicas y privadas a los imperativos de los tiempos, no se hayan configurado ya convenientemente según las distintas y posibles opciones que han demostrado con suficiente claridad su validez?

No existe una forma única y óptima de organizar, pues el diseño organizativo comprende la arquitectura formal de la organización, su cultura, los procesos, las normas, la toma de decisiones, el sistema de información, la estructura de las relaciones de empleo, y los valores individuales y colectivos.

Esto es incuestionable y los que observamos los hospitales, por centrar nuestro estudio en el ámbito de los cuidados de la salud e incluso colaborar en la formación de sus profesionales (o porque en algún momento, debido a una quiebra de la salud, formamos parte del proceso), percibimos la existencia de desfases, inadaptación a la realidad contextual.

Surgen multitud de preguntas: ¿por qué no se modifica la configuración de los hospitales?, ¿quién tiene interés en que los servicios hospitalarios públicos no se rediseñen y se estructuren? Pero ¿por qué no se comportan los hospitales como auténticos sistemas? Si los hospitales son "burocracias profesionales", ¿por qué no se les concede autonomía plena, así como a los servicios o unidades específicas, como si fueran "cuasi-empresas"? ¿por qué no se configura la red de hospitales públicos, a nivel estatal o de Comunidad Autónoma, como un portafolio (cartera de negocios)?, ¿quién tiene miedo de que así sea?

### **6.16 El Estado del Arte**

Los centros hospitalarios de ámbito público se pueden identificar por su actividad asistencial como quirúrgicos, médicos y especializados, y por el alcance de ella se relacionan con el área de población que atienden según la legislación vigente. De aquí que se hable de hospitales de referencia, hospitales de área, hospitales de nivel terciario, etc.

A grosso modo, la estructura de los hospitales públicos en el intento por mantener su actividad asistencial, se configuran en España a través de los siguientes núcleos de responsabilidad:

**6.17 a) Servicios:** Son la piedra angular de la organización hospitalaria, ya que la suma de las actividades de todos ellos origina el alcance del hospital como un sistema que se organiza de forma piramidal porque al frente de los mismos figura un responsable. En función del alcance de las prestaciones, y del número de personal adscrito, se descomponen en secciones al frente de las cuales existe el denominado Jefe de Sección. (A este respecto no está de más señalar que, bien porque en algunas ocasiones la creación de tales secciones no se justifica en aras de mejor organización y gestión, o bien porque se promueven en reconocimiento o promoción profesional, el cargo no es extraño que adolezca de competencias claramente definidas).

**6.17. b) Departamentos:** Propios de los grandes hospitales, al frente de ellos se establece una jefatura que aglutina varios servicios. Comúnmente representan áreas de especialidad (Medicina, Cirugía, Pediatría, Análisis Clínicos) o facilitan que una especialidad adquiera tal categoría debido a su dimensión o especificidad (Ginecología y Obstetricia, Traumatología, Anestesia y Reanimación, Anatomía Patológica, etc.) Podemos encontrar casos residuales de tal jefatura (o una denominación indebida por acostumbramiento), aunque por el Real Decreto 521/87 que aprueba el Reglamento General de Hospitales gestionados por el INSALUD desaparece esta figura y se implanta un sistema de dirección por Divisiones, en el que el Director Médico cuenta con Subdirectores Médicos al frente de las grandes áreas de trabajo.

**6. 17 c) Unidades:** Surgen dentro de algunas especialidades (diagnóstico prenatal, patología de rodilla...) y se justifican por el intento de promover una asistencia de calidad en un campo concreto que se ofrece a pacientes del propio ámbito o ajeno.

Los hospitales no alcanzan su propósito sin el soporte de lo que se conocen por actividades no asistenciales, que se pueden escindir (en términos de Mintzberg por su contribución directa o indirecta a la obtención del resultado) entre las de "estructura" (administración, documentación, sistemas de información...) y de "apoyo" (lavandería, hostelería, limpieza...). Estas competencias se aglutinan bajo la Dirección de Administración o la Gerencia integrada por distintas secciones, con los correspondientes responsables al frente.

Diseñar un sistema organizativo, cualquiera que sea su cometido, no es tarea fácil. Y menos en el caso de la prestación de servicios de cuidados de la salud a nivel público.

La estructura de organización de los hospitales en el intento por responder a una lógica de negocio en su sector particular o rama de actividad económica (servicios públicos de atención especializada hospitalaria) y tratar de lograr la alineación en el logro de la eficacia, han seguido una diversidad de estrategias (con lo que resulta que la estructura organizativa de un hospital es ya en sí misma una estrategia, pues la forma adoptada responde a unos objetivos de política de empresa y de estrategia corporativa según el entorno hacia el que se orienta el resultado, a la par que éste condiciona su actividad) para el desempeño de sus competencias asistenciales y no asistenciales.

Es de justicia hacer mención de la introducción en los hospitales públicos de prácticas novedosas en la administración y gestión de los mismos. Entre ellos cabe citar la utilización del análisis estratégico, la dirección por objetivos, los contratos-programa, la gestión estratégica de los costes, el uso de indicadores cuantitativos y cualitativos para la medición del resultado, la gestión de la calidad al introducir la práctica de las ISO 9000, la gestión clínica, la externalización de ciertas actividades de diagnóstico y asistenciales (RNM, TAC, trasplantes...) y de apoyo o estructura (lavandería, limpieza, hostelería, administración...).

Nos preguntamos si este modelo organizativo es válido y si responde a las expectativas de los distintos grupos de interés. En el intento de percibir su validez acudimos a qué se entiende por diseño y recordamos que se trata de "la disposición y el proceso de disponer las características estructurales de la organización a fin de lograr o incrementar la eficacia, eficiencia y adaptabilidad de la organización". El proceso de diseñar implica la identificación de distintos niveles de análisis

que dan como resultado una estructura organizativa y, particularmente, se concretan en los siguientes:

- El diseño básico o elemental, que se refiere al diseño de las tareas, los trabajos y los procesos para el desarrollo de las competencias asistenciales y no asistenciales,
- El diseño micro o primario de la organización hospitalaria (servicios, secciones, departamentos, grupos, equipos o unidades, así como las relaciones de los individuos entre sí). (31)
- El diseño macro del hospital (integración e interdependencia que debe darse entre los grupos anteriores identificados).
- El diseño ínter organizaciones hospitalarias (alude a las interrelaciones entre dos o más hospitales, a su grado de dependencia, influencia y transferencia de recursos).

La labor de diseñar un hospital es competencia de su equipo directivo, por tener que actuar de manera permanente sobre ella para tomar decisiones convenientes (estratégica y socialmente) en cuanto a la forma de configuración y características de la estructura formal.

A este respecto se percibe que, generalmente, los hospitales públicos se han configurado de manera única en torno a las funciones (si bien en algunas ocasiones se ha promovido la estructura matricial como mecanismo de relaciones laterales entre servicios o departamentos para afrontar algunos programas).

Quizás se haya debido esto a la extensión generalizada de considerar el diseño como un mero vínculo entre las funciones al partir de que la forma siempre sigue a la función. Así se determina primero el logro y posteriormente se diseña el mecanismo que lo facilita, propiciando que la dirección se ciña al establecimiento formal de la función correspondiente a cada una de las tareas.

Para determinar cuál es la estructura organizativa más conveniente hay que proceder según la lógica de un proceso. Es decir, hay que partir de la definición de las actividades necesarias para la consecución de los objetivos de un hospital, seguir con el establecimiento de la disposición óptima de los recursos, medios y tecnologías, continuar con la definición de los puestos de trabajo, de las distintas unidades, sus interdependencias, procedimientos y sistemas, y finalizar con la previsión del personal necesario en cuanto a número, conocimientos, formación y experiencia.



Desde el punto de vista organizativo, la prestación hospitalaria oscila entre los siguientes dilemas: la centralización y la descentralización de la toma de decisiones; la eficacia y la eficiencia en el resultado; la autonomía de los profesionales y los equipos, y un sistema administrativo caracterizado por su rigidez; el control sistematizado y la confianza en el compromiso individual; y finalmente la estabilidad del comportamiento del sistema por mera inercia y dominio del acaecer o el cambio asociado a incertidumbre, temor a lo desconocido, y la pérdida de poder.

### **6.18 Tendencias y Cambios**

Conscientes de que no todos los diseños permiten el logro de las funciones y de que algunos de ellos las facilitan mejor que otros, ha de tenerse en cuenta que al hablar de diseño nos referimos no sólo a la forma sino también a su ensamblaje con el medio.

En la actualidad debe considerarse el diseño de las organizaciones hospitalarias como variable estratégica clave, factor crítico de éxito y fuente sostenida de ventaja competitiva.

Cambios en el Perfil Epidemiológico, las alteraciones que surgen en la naturaleza de su forma emergen en respuesta a retos de gran magnitud, como son los cambios tecnológicos, el avance de la investigación, la incertidumbre, los cambios demográficos, sociales y medioambientales, el sistema de valores, los estilos de vida... Todos ellos inciden en el diseño de los hospitales porque inducen a la promoción de formas flexibles, adaptables, innovadoras, envolventes y fluidas, en las que los límites resultan internamente permeables y externamente borrosos. (35)

Por tanto, un buen diseño es el que incorpora intuición y experimentación a las secuencias de la acción, lo que hace necesaria la articulación de la secuencia "misión-metas-estrategias-funciones", la identificación de mecanismos de coordinación y control, la conveniente relación entre el saber y las responsabilidades, la institucionalización de la planificación y de las comunicaciones, la implantación de sistemas objetivos de rendimiento y recompensas, y el liderazgo efectivo en el desarrollo de la actividad. Junto a esto hay que tener presente aquellos factores esenciales que dada su utilidad permiten crear diseños positivos, y que son:

la prioridad del fin, la congruencia entre las partes, la elección de los recursos y la adopción de las tecnologías necesarias.

Las perspectivas inducen a sustituir la jerarquía tradicional, auspiciada en la especialización funcional, por organizaciones que promueven el aprendizaje continuo; sintetizar los intereses de los integrantes y promocionar la fluidez de la información y del conocimiento.

De forma complementaria debe auspiciarse también la presencia de la autoridad del experto, el enriquecimiento de los puestos de trabajo por mayor alcance y capacidad de autocontrol, la autonomía de los profesionales y de los equipos, la descentralización del proceso de toma de decisiones, la coordinación, la confianza, la creatividad, la responsabilidad, la participación, la actitud empresarial, la interrelación, la fusión, la cooperación, la sinergia, la organización por procesos, la orientación al usuario, la formación continua y la preparación del personal.

Respecto a la estructura física de un hospital público hay que tener presente que en ella se alberga la trama constructiva de la organización. Esta viene dada por los recursos, las competencias y los procesos, todos ellos afectados por los denominados factores contextuales, como son: las metas, la estrategia, el tamaño, la tecnología, el medio, la cultura empresarial y el poder.

Se llega así a la conclusión de que en los hospitales públicos una arquitectura innovadora viene determinada por:

La reducción de la jerarquía vertical, que debería limitarse a la Dirección Médica y Administrativa, Jefes de Servicios y Secciones, para centrar la atención en la generación de valor para los usuarios, concentrar los conocimientos y la información que sea necesaria, cohesionar los objetivos de rendimiento, reducir el gasto añadido y promover la creatividad e iniciativa de los profesionales implicados.

La reducción de niveles o estratos y de personas en los mismos (según el proceso del flujo de trabajo) debe ser una decisión intencionada sustentada en razones como la descentralización, la especialización, la disminución del alcance de competencias, la cooperación, las alianzas. Téngase presente que toda disminución de niveles no sólo permite reducir costes, sino promover un proceso de toma de decisiones más rápido y una más ágil adaptación del hospital a las contingencias.

Siempre que la cesión venga motivada por una concentración en la generación de valor para la sociedad y para incurrir en menores costes, no hay que temer al aplanamiento de la estructura organizativa aunque este origine una ruptura en la cadena de valor del hospital por externar algunas de las actividades asistenciales y no asistenciales que tradicionalmente le eran propias (pruebas de diagnóstico, documentación, sistemas de información, limpieza, hostelería, lavandería).

La extensión de la configuración Horizontal, esto es fundamental si se pretende generar un clima óptimo en el desarrollo de la prestación, afectada por las nuevas tecnologías, los requisitos de competencia, las expectativas de los pacientes respecto a su estado de salud, y las de los empleados que demanda mayor participación y responsabilidad.

En un hospital, la organización horizontal se orienta a crear valor, para lograrlo, se debe sustentar en los principios siguientes:

Organizarse en torno a procesos transfuncionales (por ejemplo: unidad coronaria o de mama).

Instalar procesos propios para los directivos que tengan responsabilidad en el núcleo central de la organización, delimitando sus competencias por descentralización de responsabilidades y de la toma de decisiones. (Esta figura se reserva para la de supervisor, aglutinador y promotor).

Crear equipos de rendimiento.

Integración con proveedores y usuarios o clientes.

Utilizar las tecnologías de la información como soporte para el logro de objetivos de rendimiento y del valor esperado por los pacientes.

Formar al personal a resolver problemas y a trabajar productivamente en áreas transfuncionales.  
Promover habilidades múltiples y capacidad de adaptación a los nuevos retos que surgen al trabajar en equipo.

Rediseñar los servicios o unidades funcionales y convertirlos en equipos de procesos de rendimiento.

Medir los objetivos de rendimiento por fines de procesos, por la satisfacción de usuarios o clientes y empleados, y por la contribución financiera.

Construir una cultura de empresa abierta, de cooperación y colaboración, centrada en la mejora continua del rendimiento, la cesión de responsabilidades y el buen hacer.

Es completamente factible que los hospitales potencien la horizontalidad. Si así se hace, como es lo deseable, el performance ha de medirse en términos de beneficios para los distintos grupos de interés. Su aproximación holística permite que todos los agentes directos ganen: los ciudadanos (al disponer de una atención hospitalaria que satisface mejor sus necesidades de salud), los responsables políticos y profesionales (al incrementar el resultado de la actividad y contribuir así a la mejora del bienestar de la población), y los empleados (al percibir satisfactoriamente su participación en el proceso, concretada en gratificaciones cualitativas o cuantitativas).

Sistemas de producción flexible conducidos por equipos de trabajo integrados por personas de distintas especialidades (con formación y desempeños difusos) asignados con dedicación plena o parcial que se autogestionan y configuran en torno a una estructura plana basada en la competencia, la confianza y la igualdad.

Los procesos, que deben considerarse principio y fin, y mediar uno entre otros gracias a las tareas individuales y colectivas que permiten generar el mayor valor para el paciente.

En los hospitales hay que promover modelos que reflejen los flujos de trabajo de los distintos procesos de manera relacionada, pues permiten observar las áreas especializadas a las que corresponden y las técnicas utilizadas, para poder lograr sinergias. Si, a medida de lo posible, el hospital se edifica en base a los procesos, se crearán unidades organizativas para cada proceso clave que genere un resultado para los pacientes con similares patologías. Esto hará posible realizar el trabajo de manera multidimensional, lo que permitirá desarrollar mejor los conocimientos y las habilidades, y fomentar la autonomía al reducir la separación entre ejecución y control (ejemplo son las Unidades de Cuidados Intensivos).

Los hospitales públicos deberían posicionarse en un nuevo marco de organización de sus servicios, ya que la utilización eficiente de los recursos es un imperativo social y la validación de los mismos por los usuarios un requisito de calidad incuestionable. Naturalmente, esto obliga a tener que analizar en profundidad los problemas a los que se enfrentan los Sistemas Sanitarios y el rôle que desempeñan los hospitales en los mismos.

El concepto de red, al igual que el de sistema, es una cuestión de grado. Por eso cabe decir que un hospital público es una red de organizaciones sociales a través de las cuales se realizan actividades asistenciales y no asistenciales para el cuidado de la salud de la población, y que, a su vez, es también una subred porque forma parte de la red de establecimientos sanitarios en régimen de hospitalización o internamiento.

La normativa determinada, entre otras cosas, regula el régimen del personal vinculado, las prestaciones, la contratación de actividades... Y los gobiernos autonómicos con transferencias sanitarias tienen también capacidad legal para regular la planificación de servicios, así como para establecer la estructura orgánica de los hospitales y de la red asistencial que engloba la Atención Primaria, la Atención Especializada y la Salud Mental.

Los hospitales públicos velan por la salud de los pacientes, pero deberían velar asimismo por su salud organizativa e intentar adaptar su administración (planificar, organizar, dirigir y controlar) y gestión para afrontar con eficacia las demandas y contingencias externas. Los profesionales responsables de las actividades asistenciales y no asistenciales, así como el resto del personal adscrito, deben tratar de actualizar sus competencias y afianzar su madurez, actuando como un todo cohesionado, en donde el desfase entre subcultura sea mínimo en aras de la integridad del sistema de salud pública, la utilización eficiente de los recursos y la búsqueda de metamorfosis inéditas, propias, efectivas.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### **Tipo de Estudio**

El Estudio es una investigación de tipo descriptiva, usando la metodología a través del análisis organizacional de la estructura del Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa, Honduras 2004. Y su adecuación con las tendencias de organización de Hospitales de la actual Reforma del Sector Salud de Honduras.

### **La Población**

El hospital General San Felipe cuenta con 1,114 empleados permanentes, de los cuales 162 son médicos, lic. en enfermería corresponden a 48, auxiliares de enfermería son 352, personal administrativo 148, y personal de apoyo con 404.

### **Lugares y Grupos Seleccionados**

Se selecciono un total de 170 trabajadores del hospital. Del Ápice Estratégico se entrevistaron a todos, siendo un total de 6 (seis) correspondiendo estos. Director del hospital, Subdirector, Jefe de Personal, Jefa de Enfermería, Administrador, Jefe de Bienes Nacionales.

Del nivel intermedio se entrevisto a un 85% de los jefes de servicio, correspondiendo estos a 34 .

Del nivel operativo se entrevisto el 25% de cada servicio, haciendo un total de 120empleados de este nivel.

### **Descriptores**

- Estructura organizativa del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos
- Funcionamiento de la organización del hospital
- Normativas vigentes para Hospitales en Honduras
- Conocimientos acerca de la estructura organizativa del hospital en sus tres niveles operativos.

### **La Unidad de Análisis**

Fue la estructura organizativa y funcional del hospital.

### **La Unidad de Observación**

Fueron los diferentes servicios con que contaba el hospital.

### **Criterios de Selección Inclusión y Exclusión**

#### **Quedaron Dentro del Estudio.**

- Personal que trabajaba con acuerdo permanente, y que tenia mas de 5 años de laborar en la institución.
- Personal que laboraba en las jornadas matutinas, vespertinas, y nocturna que fuesen rotatorias.
- Personal que deseaba colaborar con el estudio.

**Quedaron Excluidos del Estudio.**

- Personal que trabajaba por contrato.
- Personal que trabajaba en el hospital y que tenía seis (6) meses, o menos de trabajar en la institución,
- Personal que laboraba en turno C que no fuese rotativa, Ej. (Personal de laboratorio, Médicos de guardia, lic. en enfermería).

**Fuente y Obtención de la Información**

Los datos se obtuvieron a través del personal seleccionado y que trabajaba en el hospital, al cual se le realizó una entrevista y un cuestionario semi estructurado, el cual sirvió para evaluar el conocimiento que tenían los empleados acerca de la estructura Organizativa y Funcional del hospital, también se contó con los archivos y registros propios del hospital.

Al igual se realizó una revisión del Reglamento Interno de Hospitales, el Manual de Normas, Procedimientos y Funciones de los servicios del hospital, y el Organigrama del hospital San Felipe y Asilo de Inválidos.

**Procesamiento y Análisis de la Información.**

Una vez obtenidos los datos se procedió al vaciamiento de los mismos, en una Matriz de Datos, los cuales se procesaron en los programas de Word, Excel, procediendo a la tabulación y creación de graficas en barras, pastel.

**Trabajo de Terreno.**

Este se realizó, al pedirle el permiso respectivo al Director del hospital, a los Jefes de los diferentes servicios para la finalización del estudio, como también haciendo énfasis en la importancia de este estudio y los beneficios que se obtuvieron al finalizarlo.

De igual forma se solicitó la colaboración de los empleados seleccionados, pidiéndoles su apoyo realizándoles el cuestionario y a la vez explicándoles en que consistió el estudio, y así obtener los resultados esperados.

## VIII. RESULTADOS

Después de haber consultado con diferentes funcionarios de la Secretaría de salud, en especial con el ex Director General de Hospitales y con el actual Director de Hospitales se encontró que no hay un Reglamento Interno de Hospitales actualizado, ya que el vigente y actualizado en Octubre de 1998 no fue aprobado por el Congreso Nacional de la República de ese periodo, actualmente se esta trabajando en su actualización, y se espera que esté terminado y que sea aprobado por el Congreso Nacional de la República en el mes de Septiembre de este año.

Al ser consultado el actual Director del Hospital San Felipe sobre el Reglamento Interno vigente de el Hospital San Felipe, se informo que continua vigente el Reglamento Interno del Hospital San Felipe publicado en la Gaceta en el año de 1972, aprobado por el Concejo Consultivo del Gobierno del General Oswaldo López Arellano.

En cuanto al Organigrama del hospital San Felipe se encontraron dos (2) Organigramas, uno de ellos refleja la estructura según el reglamento Interno del hospital, y el otro es una adecuación que trata de reflejar la organización y funcionamiento actual del hospital San Felipe.

Además se han realizado algunas modificaciones a la estructura organizativa del Hospital, pero que no están contempladas en el Reglamento de 1972, por lo tanto no están aprobadas por la Dirección de Hospitales de la Secretaría de Salud.

Del grupo seleccionado en los tres niveles organizativos del Hospital San Felipe se logro entrevistar al 100% de lo previsto del personal que labora en el nivel operativo y el 100% del nivel denominado Ápice Estratégico. Del nivel Intermedio solo se logro entrevistar a 34 jefes de servicio, de 44 programados, lo que representa el 61 % del personal seleccionado. Todo esto se debió a la falta en la disponibilidad de tiempo aducido por parte de los jefes de las unidades, dadas sus múltiples ocupaciones, incapacidades por enfermedad, vacaciones e incluso, por actitudes elusivas de algunos de ellos.

Los resultados obtenidos son presentados en dos partes, la primera corresponderá al personal entrevistado del ápice estratégico y del nivel intermedio, mientras la segunda corresponderá al personal entrevistado del nivel operativo.

▪ **Resultados obtenidos con personal del ápice estratégico y nivel intermedio**

La Misión del hospital no pudo ser obtenida en la Dirección del Hospital.

No existe una placa, rótulo, o afiche donde este escrita la Misión del Hospital para conocimiento del Público que lo visita. Se nos, proporciono una Misión por la jefa del Departamento de enfermería la cual refiere lo siguiente.

El Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos ejecuta las Políticas de Salud a través de la Secretaria, brindando funciones asistenciales de referencia nacional en tres especialidades:

Cáncer en adultos, Enfermedades de los ojos y Medicina Física y rehabilitación; también atención de partos de riesgo bajo/moderado y a veces de alto riesgo, Pediatría, Medicina Interna, Dermatología, Cirugía General, Oncología, Urología, Salud Mental y Psiquiatría, Consulta Externa de Adultos, Odontología, manejo Interno de Inválidos. Además realizamos funciones docentes y de investigación los cuales pretendemos servir en una forma equitativa, eficiente, integral con calidez lo que nos ha permitido obtener aceptación en todo el país. El ser humano es nuestro quehacer fundamental y para satisfacer sus necesidades de salud, hacemos uso del potencial de todos los empleados, de los avances científicos-Tecnológicos, de la cooperación externa y el apoyo solidario de los pacientes enmarcado dentro de la Modernización Administración del Estado.

La Visión, la que textualmente expresa:

Aspiramos para los próximos cinco años contar con el hospital San Felipe con Planes y Programas de Educación Ambiental y Bioseguridad dirigido al personal que labora en cocina, sala de operaciones, Oncología, Laboratorio, Banco de Sangre y demás áreas que potencialmente presenten riesgos para la salud de los empleados, con el propósito de preservar la salud de empleados y pacientes, disminuir factores de riesgo y por supuesto contribuir a prestar un mejor servicio de salud a la población demandante.

Los niveles organizativos se encontraron estructurados de acuerdo a lo respondido por los Entrevistados, el 32% respondió que pertenecían a los servicios médicos o Finales, el 47% de los entrevistados pertenecían a servicios de apoyo o Intermedios, el 21% a servicios Generales. Con respecto a la estructura organizativa de los entrevistados respondieron que si estaba escrita la Misión correspondiéndole al 70%, el 30% respondió que no estaba escrita la Misión. En cuanto al cumplimiento de la misma, el 15% de los entrevistados respondieron que se cumplía parcialmente, el 53% respondieron que si se cumplía, y el 32% que no se cumplía.

El 71% de los entrevistados respondieron que si estaba escrita la Visión, el 29% respondió que no estaba escrita la Visión. El 35% que se cumplía la Visión, el 38% que no se cumplía, y el 27% que se cumplía parcialmente.

El 84% respondió que sus funciones están descritas, el 12% respondió que no están descritas, y el 4% solo son interpretadas.

El 62% respondió que existe coherencia entre la función de cargos y el servido prestado, el 38% respondió que no hay coherencia en cuanto a la función de cargos.

El 72% respondió que si están descritas las funciones que se realizan, el 24% respondió que no están descritas las funciones y el 4% que están descritas parcialmente.



El 68% de los entrevistados respondieron que la estructura organizativa responde a la realidad de sus funciones, el 32% respondió no responde la estructura organizativa a la realidad del servicio.

El 65% respondió que hay correspondencia entre el personal contratado y los cargos disponibles, el 35% respondió que no hay correspondencia en el personal y los cargos.

El 47% de los entrevistados respondió que su mando inmediato es la Dirección del hospital, el 38% que su mando inmediato es la Administración, y el 15% a la Dirección de Enfermería.

El 47% respondió que si existe un Manual de Normas Funciones y Procedimientos, el 53% respondió que no lo conoce.

El 35% respondió que si esta actualizado el Manual de Normas Funciones y Procedimientos, el 65% respondió que no está actualizado.

El 85% respondió que si reciben capacitación, el 15% respondió que no recibo Capacitación.

El 18% de los entrevistados respondió que es suficiente la capacitación que han recibido, el 82% respondió que es poca la capacitación que han recibido.

### **Resultados obtenidos con personal del nivel operativo**

El 32% de sus unidades son de servicios Médicos o servicios terminales, el 47% pertenecen a servicios de Apoyo, el 21 pertenecen a Servicios Generales.

El 50% de los entrevistados tienen de 5 a 10 años de laborar en el hospital, el 19% de 10 a 15 años, el 14 % tienen de 15 a 20 años de laborar y el restante 17% respondieron que tienen 20 o más años de laborar.

El 51% de los entrevistados respondieron que su nombramiento es funcional es decir que su plaza pertenece a otra dependencia del ministerio de salud y no del Hospital San Felipe, el 49% respondió que su plaza fue creada directamente para laborar en el Hospital San Felipe.

El 70% respondió que conoce la misión de la institución y el 30% restante que no la conoce.

El 71% respondió que tienen conocimiento sobre la visión de la institución, el 29% respondió que no tienen conocimiento de la Visión de la institución.

El 12% respondió que curso la primaria completa, el 15% respondió que curso la secundaria incompleta, el 13% respondió que curso la secundaria completa, el 13% respondió que curso la universidad incompleta, el 43% respondió que curso la universidad completa y el restante 4% de los entrevistados respondió que tiene otro tipo de preparación.

El 88% respondió que esta satisfecho con las funciones que desempeña y el 12% restante no está satisfecho con las funciones que desempeña.

El 85% respondió que reciben capacitación, el 15% que no reciben capacitación, del 85% que reciben capacitación el 82% respondió que la capacitación recibida es poca, y el 18% respondió que su capacitación fue suficiente.

El 47% de los entrevistados respondió que tiene conocimiento del manual de Normas y funciones de su unidad, el 53% respondió que no tiene conocimiento del manual de Normas y funciones de su Unidad.

### **9.1. Estructura Organizativa del Hospital General San Felipe.**

El organigrama Oficial del Hospital San Felipe no refleja los diferentes servicios que han sido creados y que actualmente representan unidades de trabajo dentro de la organización. Existe un nuevo organigrama elaborado a solicitud de la Jefa de Personal como un mecanismo administrativo que tiene por finalidad reflejar las diferentes unidades administrativas creadas por la Dirección del Hospital.

Con respecto a la estructura organizativa los entrevistados respondieron el 32% sus unidades son de servicios Médicos o servicios terminales, el 47% pertenecen a servicios de Apoyo, el 21 pertenecen a Servicios Generales. (ver grafico y tabla No 1)

Con respecto a la escritura de la Misión respondieron el 70% que si está escrita la Misión, el 20% respondió que no estaba escrita la Misión. En cuanto al cumplimiento de la misma, el 15% de los entrevistados respondieron que se cumplía parcialmente, el 53% respondieron que si se cumplía, y el 32% que no se cumplía. (ver grafico y tabla No 2)

El 71% de los entrevistados respondieron que si está escrita la Visión, el 29% respondió que no estaba escrita la Visión. El 35% que se cumplía La Visión, el 38% que no se cumplía, y el 27% que se cumplía parcialmente. (Ver grafico y tabla No 3)

El 84% respondió que sus funciones están descritas, el 12% respondió que no están descritas, y el 4% respondió que las funciones solo son interpretadas. (Ver grafico y tabla No 5)

El 62% respondió que hay correspondencia entre el personal contratado y los cargos disponibles, el 38% respondió que no hay correspondencia en el personal y los cargos.(ver grafico y tabla No 7)

El 51% de los entrevistados respondieron que su nombramiento es funcional es decir que su plaza pertenece a otra dependencia del ministerio de salud y no del Hospital San Felipe, el 49% respondió que su plaza fue creada directamente para laborar en el Hospital San Felipe. (Ver grafico y tabla No 8)

El 88% respondió que está satisfecho con las funciones que desempeña y el 12% restante no está satisfecho con las funciones que desempeña. (Ver grafico y tabla No 9)

### **9.2. Funcionamiento de la Organización del Hospital General San Felipe.**

El 47% de los entrevistados respondió que su mando inmediato es la Dirección del hospital, el 38% que su mando inmediato es la Administración, y el 15% a la Dirección de Enfermería. (Ver grafico y tabla No 10)

El 67% respondió que si existe un Manual de Normas Funciones y Procedimientos, el 33% respondió que no lo conoce. (Ver grafico y tabla No 11)

El 35% respondió que si esta actualizado el Manual de Normas Funciones y Procedimientos y el 65% respondió que no está actualizado. (Ver grafico y tabla No 11)

El 85% respondió que si reciben capacitación, el 15% respondió que no recibo Capacitación.

El 18% de los entrevistados respondió que es suficiente la capacitación que han recibido, el 82% respondió que es poca la capacitación que han recibido.(Ver grafico y tabla No 12)

### **9.3. Normativas Vigentes del Reglamento Interno para Hospitales en Honduras.**

Que el reglamento interno que rige el funcionamiento y normas de procedimientos del hospital San Felipe, aun continua vigente el creado hace mas de 30 años, el cual no esta

acorde ni con la estructura organizativa y funcional del hospital San Felipe, ni con la adecuación de las tendencias de organización de Hospitales de la actual Reforma del Sector Salud de Honduras.

. El 47% respondió que si conoce el Manual de Normas y el 53% respondió que no lo conoce (Ver grafico y tabla No 14)

### **9.4. Conocimientos de los Empleados sobre la Estructura y Funciones del Hospital en Tres Niveles.**

En su mayoría refieren conocer sus funciones, aunque no tiene conocimiento del manual de funciones y procedimiento, al igual que la estructura organizativa de la institución. Ya que no está a la vista el organigrama del hospital, pues solo hay una copia del mismo, no así el original.

El 68% de los entrevistados respondieron que la estructura organizativa responde a la realidad de sus funciones, el 32% respondió no responde la estructura organizativa a la realidad del servicio. (Ver grafico y tabla No 16)

## **IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

### **9.1. Estructura Organizativa del Hospital General San Felipe.**

Con respecto a la estructura del hospital se encontró que no es una estructura pura, sino una combinación de varias estructuras, por un lado se encontró la Burocracia Mecánica, que opera con actividades rutinarias, tiene reglas y reglamentos muy formales, aunque desfasadas y obsoletas en su mayoría, las actividades están agrupadas en unidades y servicios funcionales, existe una autoridad centralizada, que es el Ápice Estratégico. (8)

Por otro lado, existe una estructura de Burocracia Profesional, (8) para que las organizaciones puedan operar y al mismo tiempo puedan alcanzar, la eficiencia en estandarización en sus centros de operación, esta hace una combinación de la estandarización y la descentralización, puesto que se encontró que es un hospital de referencia nacional en tres especialidades, como ser Oncología, Oftalmología y Medicina Física y Rehabilitación. En la actualidad, las actividades que desempeñan las personas requieren de más especialización, incrementando los niveles de conocimientos en el personal que labora en estos servicios.

Dando lugar esto, a que en un futuro la estructura que tendrá el hospital sea del tipo Matricial, (8) en esencia esta combina dos formas de departamentalización, por funciones y por productos. En el área estructural, los resultados encontrados demostraron que el organigrama, no reflejaba la estructura con que debía funcionar el hospital ya que establecía de manera inadecuada, los tramos y líneas jerárquicas.

En cuanto al Organigrama del hospital San Felipe se encontraron dos (2) Organigramas, uno de ellos refleja la estructura según el reglamento Interno del hospital, y el otro es una adecuación que trata de reflejar la organización y funcionamiento actual del hospital San Felipe.

Si el propósito de la estructura es ayudar a crear un ambiente propicio para la actividad humana desempeñándose tres funciones básicas: producir resultados y alcanzar objetivos organizacionales; minimizar o regular la influencia de las diferencias individuales sobre la organización y ejercer el poder, cualquier estructura organizacional debe mostrar correspondencia con su organigrama, que es la representación gráfica y esquemática de la estructura jerárquica en un momento dado.

Esta limitante ocasionaba incoherencia en la estructura, ya que los jefes de servicios médicos al ser entrevistados respondieron en un 100% que su línea jerárquica inmediata era la Dirección, no permitiendo esto al Sr. Director desempeñarse en otras funciones de carácter gerencial sino mas bien se entretenía en resolver problemas médicos asistenciales, y a la vez no permitiendo al Subdirector Médico que se desempeñara en su cargo.

### **9.2. Funcionamiento de la Organización del Hospital General San Felipe.**

Al analizar como se dirige una institución es vital a la hora de establecer las causas de sus problemas, la eficiencia, eficacia, sostenibilidad, y estrategias, de la misma manera que reconocer en el estilo de liderazgo del gerente, un determinante de la buena marcha o no, de una institución.

Estudios recientes sobre administración parecen indicar que no existe un único enfoque institucional óptimo, por ello, la meta principal de cualquier gerente es encontrar soluciones para los problemas institucionales que sean de calidad y gocen de aceptación. Ello significa estar dispuesto a tomar en cuenta lo que las demás personas aportan a la situación conflictiva.

El hospital se encontraba organizado con la lógica de ofertar lo que se tenía y no lo que se debía. No disponía de un plan de empresa para ir cerrando poco a poco la brecha entre la oferta y la demanda, ni tampoco de un plan de desarrollo del recurso humano para sustentar tal aspiración.

El hospital, como resultado, incorporaba recursos sin tomar en cuenta sus necesidades estratégicas. El estilo de dirección era centralizado, como la mayoría quedaba al margen de las decisiones estratégicas, el personal respondía trabajando por inercia manteniéndose fuera de cualquier problemática y sus posibles soluciones, si se atrevían a proponer alternativas, estas raras veces eran escuchadas por la gerencia. Por ello, las intervenciones gozaban de muy poco consenso y no eran apoyadas entusiastamente.

En el hospital, el no disponer de indicadores de procesos limitaba enormemente la capacidad de la gerencia de realizar el monitoreo y evaluación de las actividades diarias y de las estrategias definidas para alcanzar objetivos específicos.

La inercia (lo hago de esta manera pues así se ha procedido siempre) sustituía la cultura de la calidad, (lo hago de esta manera pues es la mejor manera de realizarlo).

Los protocolos de diagnóstico, manejo y tratamientos, estaban desactualizadas en las diferentes unidades de servicios médicos, o eran inexistentes. Como consecuencia de esto, se limitaba la eficiencia, ya que los recursos eran utilizados sin criterio costo-beneficio, se reducía la efectividad, pues al contar con múltiples opciones de dudoso beneficio en vez de un menú de intervenciones de comprobada eficacia, impedía realizar evaluaciones, pues no se disponía de modelos contra los cuales se contrastaba la práctica, estas se efectuaba contra la opinión de expertos, o muchas veces con la experiencia individual en particular, todo esto incrementando los costos, estadía hospitalaria, etc. Se complicaba realizar la programación, ya que la organización demandaba sin criterios definidos, incrementándose artificialmente, el riesgo de desabastecimiento.

La monitoria permite detectar precozmente factores facilitadores y obstaculizadores, permitiendo realizar ajustes oportunamente. La supervisión facilita el cumplimiento adecuado de las normas, la evaluación nos permite emitir juicios de valor. Juntos estos elementos conforman el control de gestión en salud, proceso gerencial que identifica los factores, normas y procedimientos, en la prestación de los servicios de la salud, que sugieren alternativas para organizar, dirigir y controlar los recursos con la finalidad de garantizar una adecuada calidad de atención.

### **9.3. Normativas Vigentes del Reglamento Interno para Hospitales en Honduras.**

No se disponía de un Manual de cargos y funciones actualizado, ya que el que se encontró vigente data desde 1972, el cual no estaba acorde ni con los servicios y unidades con que cuenta el hospital. Los manuales de organización señalan las actividades, dependencia y subordinados de una posición jerárquica, al tiempo que, describen responsabilidades, autoridad y actividades que realiza una persona en un puesto dado e informa sobre la estructura administrativa de los recursos humanos del sistema.

Los manuales de procedimientos registran en forma ordenada y sistemática información, instrucciones o ambas cosas, sobre etapas y actividades que se consideren necesarias, para la mejor ejecución del trabajo en los aspectos administrativos y técnicos. Esta limitante impedía a la organización definir con claridad las responsabilidades, ámbitos de competencia y autoridad de los diferentes tramos administrativos y cargos específicos.

Como resultado de ello se limitaban los procesos (gerenciales, asistenciales, descentralización, etc.), al no poder otorgarse una cuota de autoridad acorde al nivel de responsabilidad: se reducía la capacidad de la organización para alcanzar sus objetivos, ya que cualquier programa, proyecto o estrategia de intervención o implementación, se conducía sin definir y estratificar sus responsabilidades de cada nivel administrativo y de cada individuo en particular; se debilitaba la cultura del trabajo en equipo, y las funciones administrativas eran desatendidas, pues los miembros del ápice estratégico, y jefes de servicios se encontraban saturados de muchas actividades al no delegar responsabilidades en sus mandos intermedios.

#### **9.4. Conocimientos de los empleados sobre la Estructura y Funciones del hospital en Tres Niveles.**

Toda institución dispone de un conjunto de valores con los que se identifica y promueve. A este tejido de significados compartidos se le denomina cultura organizacional, y constituye una variable independiente, que afecta las actitudes y conductas de los empleados.

Hace quince años, se consideraba que las organizaciones eran, en su mayor parte, una forma racional de coordinar y controlar a un grupo de personas, sin embargo son algo más, tienen personalidad, como las personas, pueden ser rígidas o flexibles, amables o desagradables, innovadoras o conservadoras.

En el hospital se encontró, con respecto al ápice estratégico, es el que se encarga de definir objetivos, prioridades, metas, por lo tanto es el nivel que debió tener dominio pleno de esto, lo que no concuerda con lo encontrado en el estudio, ya que al ser consultados algunos de ellos desconocían, la existencia de un manual de normas, procedimientos y funciones, al igual que los objetivos, y prioridades de la institución.

Con respecto al nivel intermedio y nivel operativo, en su mayoría refieren conocer sus funciones, aunque no tiene conocimiento del manual de funciones y procedimiento, al igual que la estructura organizativa de la institución. Ya que no estaba a la vista el organigrama del hospital, pues solo había una copia del mismo, no así el original.

Es notable que uno de los problemas principales encontrados, en la organización fue la falta de integración y comunicación del ápice estratégico hacia el nivel operativo, al igual que la falta de motivación y apatía por parte del personal para participar en estos procesos.

## X. CONCLUSIONES

1. El hospital general San Felipe y Asilo de Inválidos contaba con una estructura organizacional mal definida, débil estructuralmente, con objetivos organizacionales poco claros, con un estilo de dirección centralizado, con un personal al margen de los problemas y soluciones.
2. El organigrama Oficial del Hospital San Felipe no refleja los diferentes servicios que han sido creados y que actualmente representan unidades de trabajo dentro de la organización.
3. A pesar de tener una Misión y Visión bien definida no se encontró en forma visible, en ninguna parte de la institución para conocimiento de propios y extraños a la institución.
4. No disponía de un Reglamento Interno actualizado, acorde con su estructura organizativa y funcional, y las actuales tendencias de organización de Hospitales en el marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras.
5. En su mayoría los servicios y unidades no contaban con un Manual de Normas, Funciones y Procedimientos, actualizados y en algunos no existía. Por lo tanto se encontró en el estudio, que los empleados a pesar de confirmar que conocen sus funciones, desconocen la existencia del manual.
6. A pesar de lo anteriormente expuesto el personal entrevistado manifestó sentirse satisfecho con la labor de sus funciones.

## **XI.- RECOMENDACIONES**

### **Secretaria de Salud**

1. Se debe trabajar en la actualización, e implementación del Reglamento interno para hospitales en Honduras, tomando en cuenta, las actuales tendencias de organización de Hospitales en el marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras.
2. Las autoridades de la Secretaria de Salud, en conjunto con las autoridades del hospital deberán trabajar para reestructurar la organización y funcionamiento del hospital San Felipe, con énfasis en el Organigrama, el Manual de Reglamento Interno del hospital, y ubicarlo en la categoría de hospital de Tercer Nivel que es lo que le corresponde según lo encontrado en el estudio, y no continuar considerándolo como un hospital General.

### **A las Autoridades del hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos**

1. Se debe adecuar y aprobar un organigrama del hospital que sea coherente con la estructura y funcionamiento de la organización hospitalaria actual.
2. La Misión y la Visión del hospital deberán estar ubicadas en un lugar estratégico y visible de la institución para que sean conocidas por propios y extraños del hospital.
3. La Misión, deberá, expresar de la mejor manera, sus funciones principales en relación a los servicios que oferta, a su población de influencia, al igual que incorporar su función docente y de investigación.
4. Que en la Visión se deberán reflejar los objetivos de largo plazo, lo que la institución “pretende ser”, hacia dónde, están dirigidos sus esfuerzos, su imagen objetivo.
5. Actualizar el Manual de Normas, Funciones y Procedimientos acorde con la cartera de servicio que oferta, el hospital. Ya que con el que se cuenta data desde hace mas de treinta años, el cual no está acorde ni con los servicios existentes, ni con la demanda actual de los servicios de salud.
6. Actualizar los protocolos de manejo, diagnóstico y procedimientos de pacientes, tanto internos como externos.
7. Actualizar a todo su personal, médico, enfermeras, personal de apoyo, administrativo, sirviendo esto a manera de crear la cultura organizacional, dentro de la institución, y a la vez que sirva de estímulo, al personal para mejorar el desempeño de sus funciones.
8. Que los cambios y decisiones tomadas en el Ápice Estratégico sean comunicadas a los niveles intermedio y operativo, contribuyendo esto a que exista una buena comunicación en todos los niveles de la organización.



## **XII. BIBLIOGRAFIA**

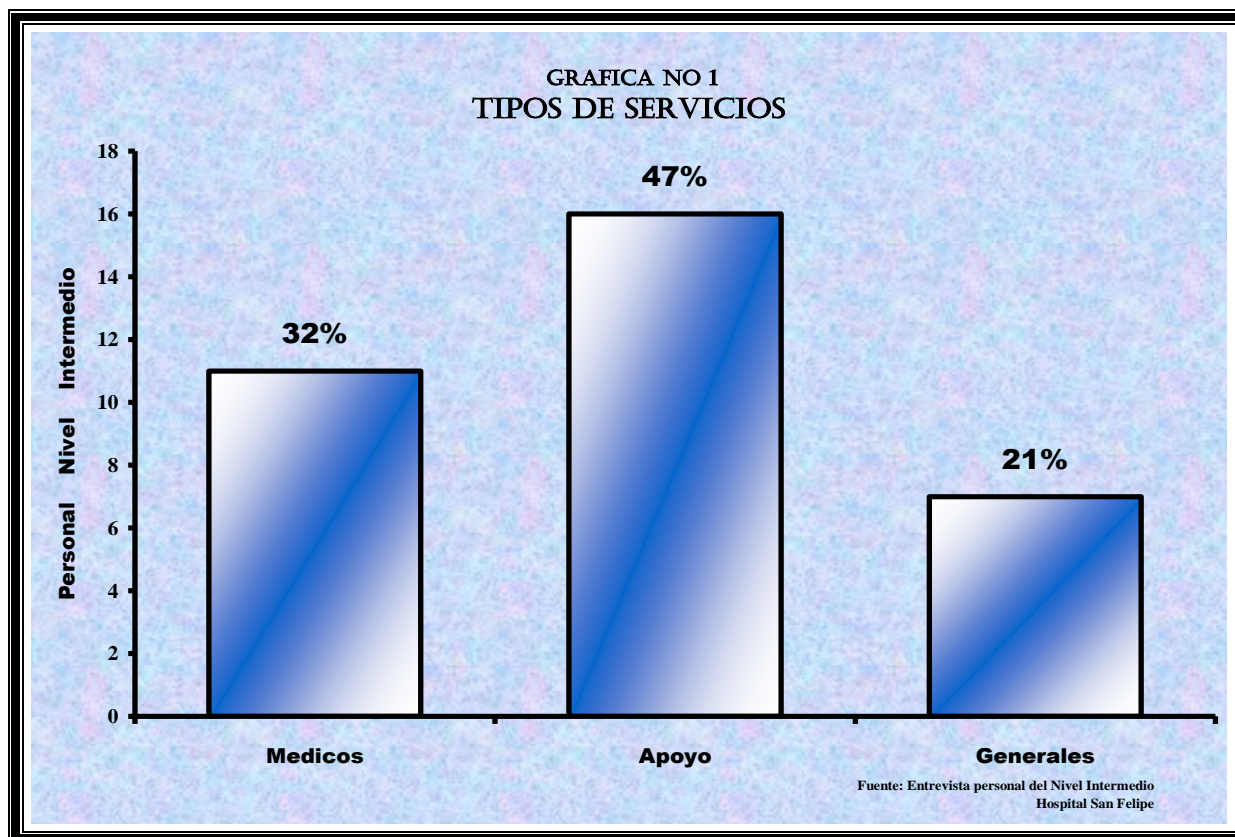
1. Administración Hospitalaria Gustavo Malagon- Londoño, Gabriel Ponton Laverde, Ricardo Galán
2. Morera. 1era Edición Bogota D.C 1996.
3. Análisis del Ambiente Interno del Servicio de Emergencia del Hospital regional santiago de Jinotepe. Tesis previa para optar al título Master en Salud Publica. Sep. 2003
4. Archivos del Departamento de Estadística del Hospital General San Felipe. 1953, 1963, 1972, 1975, 1977, 1983, 1985, 1986, 1991, 1994, 1998, 1999,2000, 2003,
5. Anteproyecto de Ley General de Salud. Ministerio de Salud Publica Honduras, Mayo 2000.
6. Bases Conceptuales para una Gestión Empresarial de los Sistemas Locales de Salud Francisco J. Yépez. Dr. Luís Duran Arenas MD MSP.24 de marzo 1993 Santa Fe Bogota Colombia.
7. Capital Social y Cultura Claves Olvidados del Desarrollo Bernardo Kliksberg Coordinador del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) 1998.
8. Como Anda la Temperatura Interna de la Organización Ana Maria Giamirano, 1era edición Agosto 2003.
9. Dossier Gerencia Servicios de Salud Dr. Lorenzo Muñoz, Docente Investigador 2003.
10. Dossier Recursos Humanos Lic. Manuel Martines. 2004
11. Dossier Gerencia del Cambio Organizacional. Dr. Miguel Ángel Orozco Valladares, 2004.
12. Edificios Inteligente Dra. Ingrid Kirschnig, Tesis para optar Lic. en Ingeniería en Sistemas. Junio 1992.
13. El Impacto del Capital Intelectual y la Gestión del Conocimiento en las Organizaciones. Cris Bolívar 1990.
14. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. G. E. Allan Dever. OPS 1991.

15. Estrategia de Intervención para Reducir la Mortalidad Perinatal, Hospital Mauricio Abdalah Chinandega, 2002- 2003
16. Hacia donde van los Sistemas de Atención?  
Dr. Nicolás J. Ortiz – Odontólogo Brandsen.- Republica de Argentina.  
1era Edición Junio 2003.
17. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica de Escuela de Salud Pública de Nicaragua. Piura López Julio.
18. Gestión Empresarial de la Logística en Salud.  
Dr. Jaime Otero M. 1997.
19. La Gerencia en la Administración del Mantenimiento Hospitalario.  
Publicación Científica 441- OPS 1era edición. Sep. 2003.
20. La teoría General de Sistemas y su Aplicación a la Administración de los Servicios de Salud, División de Recursos Humanos e Investigación OPS/OMS, Febrero 1983.
21. Manual de Procedimientos Administrativos de Control Interno y Contable de la asociación Compartir. Tegucigalpa, Honduras, octubre 2003.
22. Manual Prototipo de Educación en Administración Hospitalaria.  
Volumen V Año 1996.
23. Metodología de la Investigación, Manual para el Desarrollo de Personal en Salud.  
2da Edición E.B. Pineda, E.L. de Alvarado, F.H de Canales.
24. Metodología de la Investigación.  
2da edición, MCGraw Hill 1991.  
Roberto Hernández, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Luico.
25. Programa de Reorganización Interinstitucional y Extensión de Servicios Básicos del Sector Salud (P.R.I.E.S).Dic 2003.
26. Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud OPS. OMS. PNUD. 1990.
27. Prototipo de Educación en Administraron Hospitalaria  
Organización Panamericana de la Salud (OPS)  
Serie HSS / Manuales Operativos
28. Publicaciones Paltex. Manual de Dirección de Hospitales, Sistemas de Atención Médica.  
5º edición Manuel Barquin C.

29. Reseña Histórica de Hospital General San Felipe 1ª parte.  
Dr. Ricardo Bulnes Molina. Dr. Pedro Guillermo Zelaya. 1986.
30. Reglamento Interno del Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos.  
Secretaría de Estado de los Despachos de Salud Pública, 5 de Mayo 1972.
31. Salud Comunitaria, Conceptos, Métodos y Herramientas.  
José R Espinosa, Manuel Martines, Martha Gonzáles, Julio Piura, Alice Pineda.
32. Sistemas de Gestión de la Calidad.  
Elvira de Rivero (México) Oct. 2002.
33. Reglamento General de Hospitales.  
Oct. 1998.
34. Sistemas de Buenas Prácticas de Gestión en los Servicios Públicos Proyecto de Reforma y Modernización del Estado Ministerio Secretaría General de la Presidencia  
Marianela Armijo, Santiago de Chile 2001.
35. Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional  
Volúmenes I, II, III, IV, V, VI.
36. Teoría General de sistemas, Pegman Book.  
Juwing Von Bertalinfy. 1979

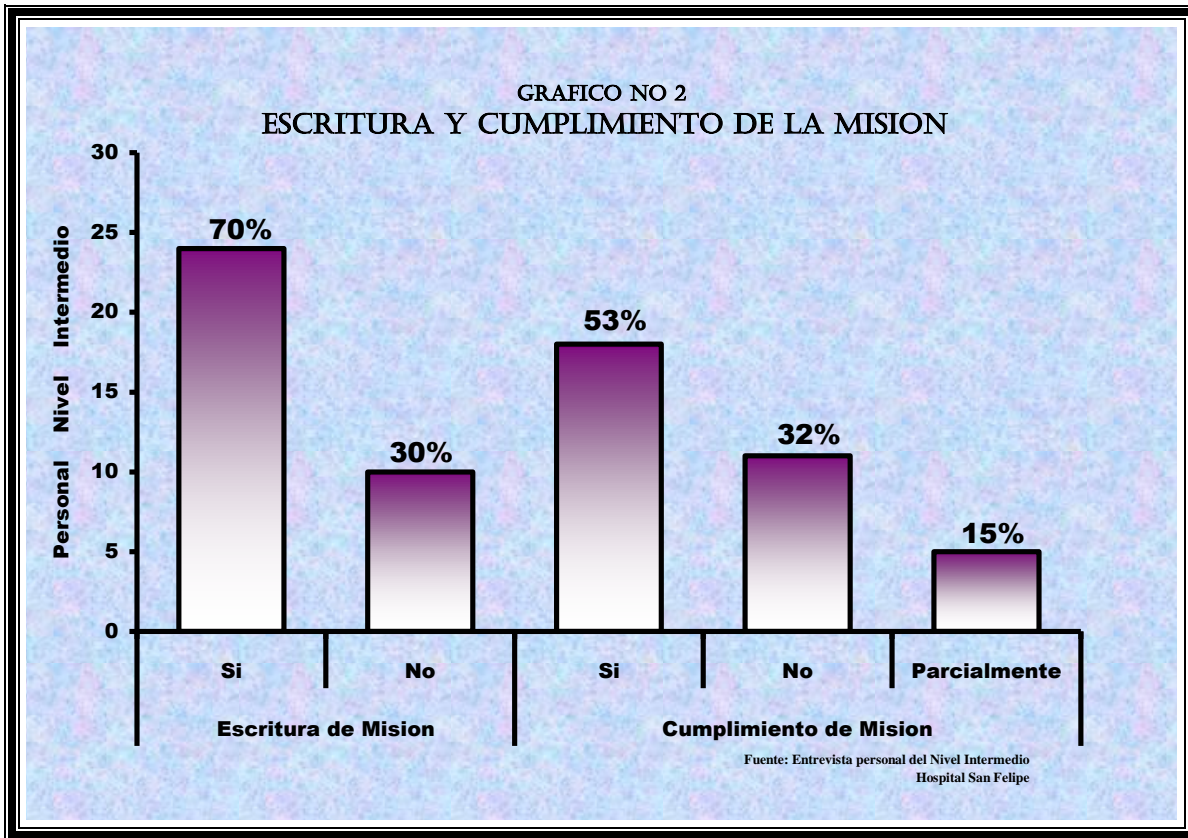
# **A N E X O S**

- Cuestionarios
- Mapa de Honduras
- Mapa del Departamento de Francisco Morazán
- Organigramas
- Graficas y Tablas
- Matriz de Descriptores
- Fotografías



<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Servicio Médicos	11	32 %
Servicio de Apoyo	16	47 %
Servicios Generales	7	21 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Tabla #  
1 - Tipo  
de  
Servicio**



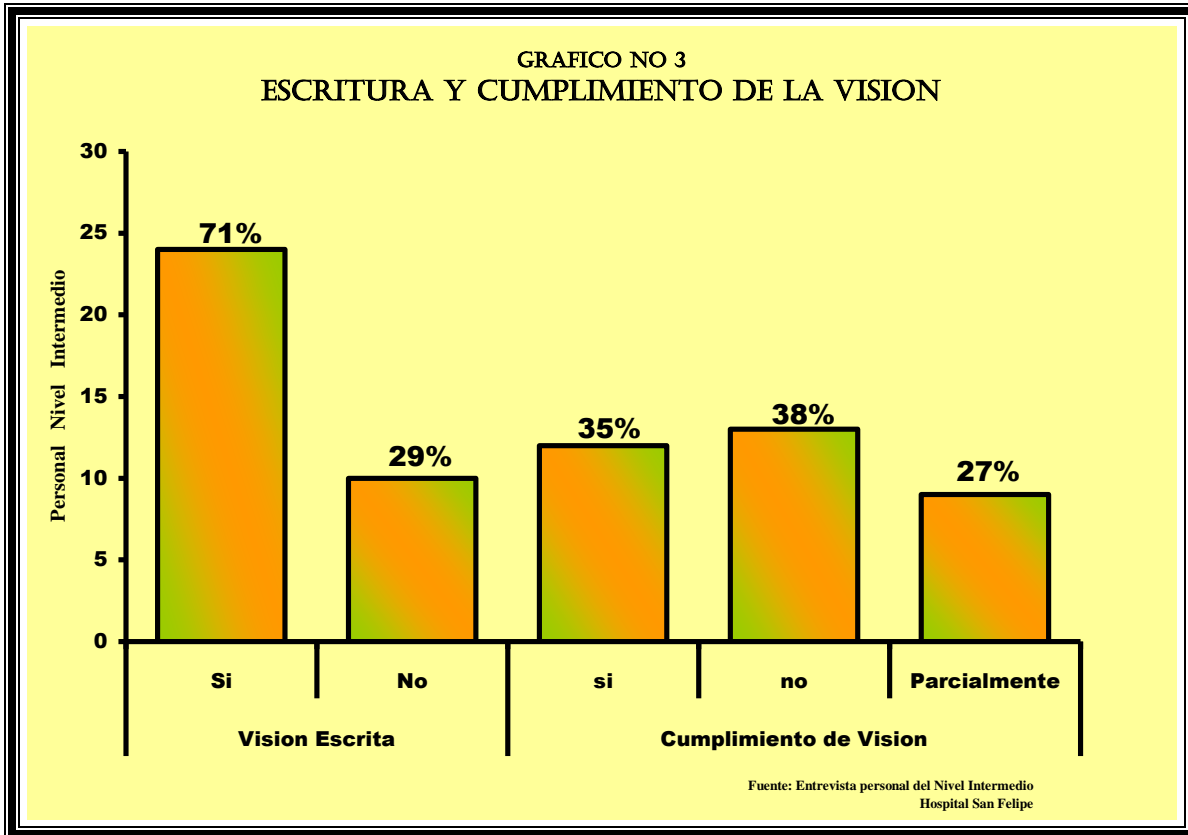
**Tabla # 2 – Escritura y Cumplimiento de la Misión en el Nivel Intermedio**

**Escritura de la Misión**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	24	70 %
No	10	30 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Cumplimiento de la Misión**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	18	53 %
No	11	32 %
Parcialmente	5	15 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



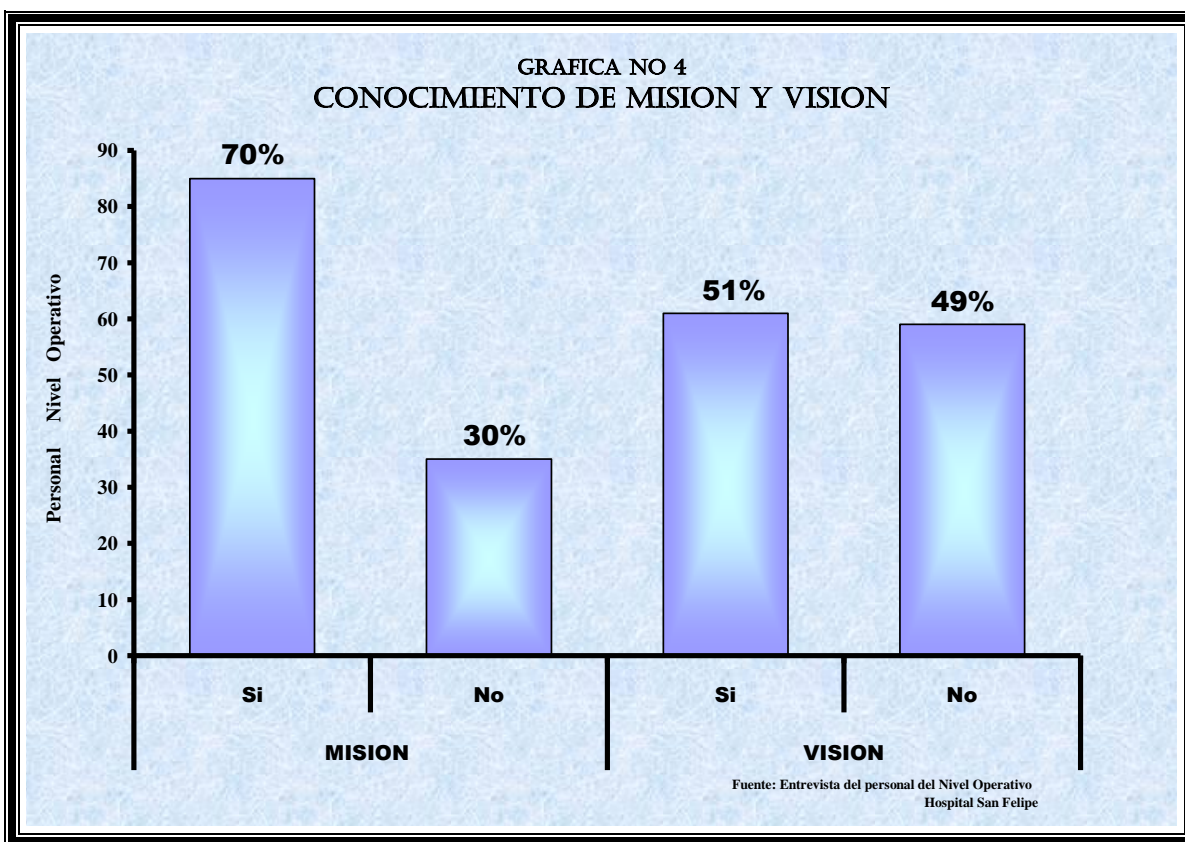
**Tabla # 3 – Escritura y Cumplimiento de la Visión Nivel Intermedio**

**Escritura de la Visión**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	24	71 %
No	10	29 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Cumplimiento de la Visión**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	18	35 %
No	11	38 %
Parcialmente	5	27 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



**Tabla # 4 – Conocimiento de Misión y Visión Nivel Operativo**

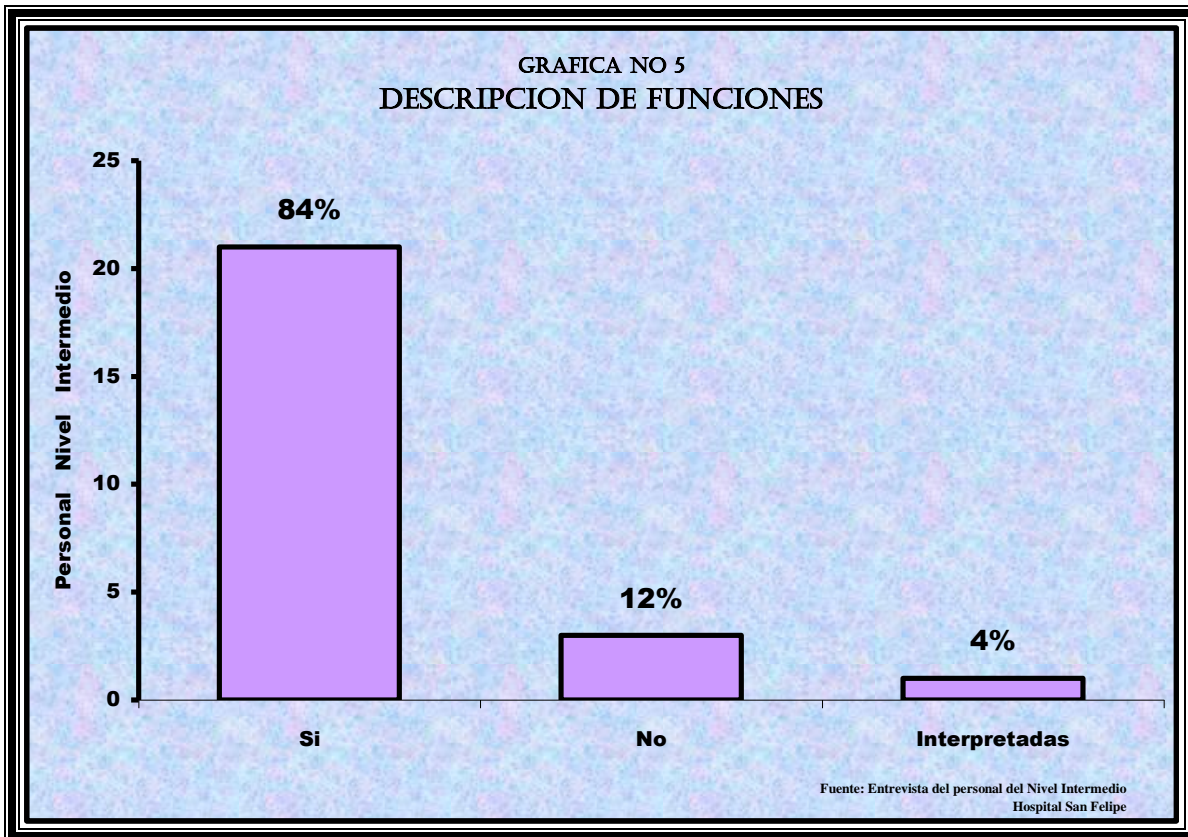
**Misión**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	84	70 %
No	36	30 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**Visión**

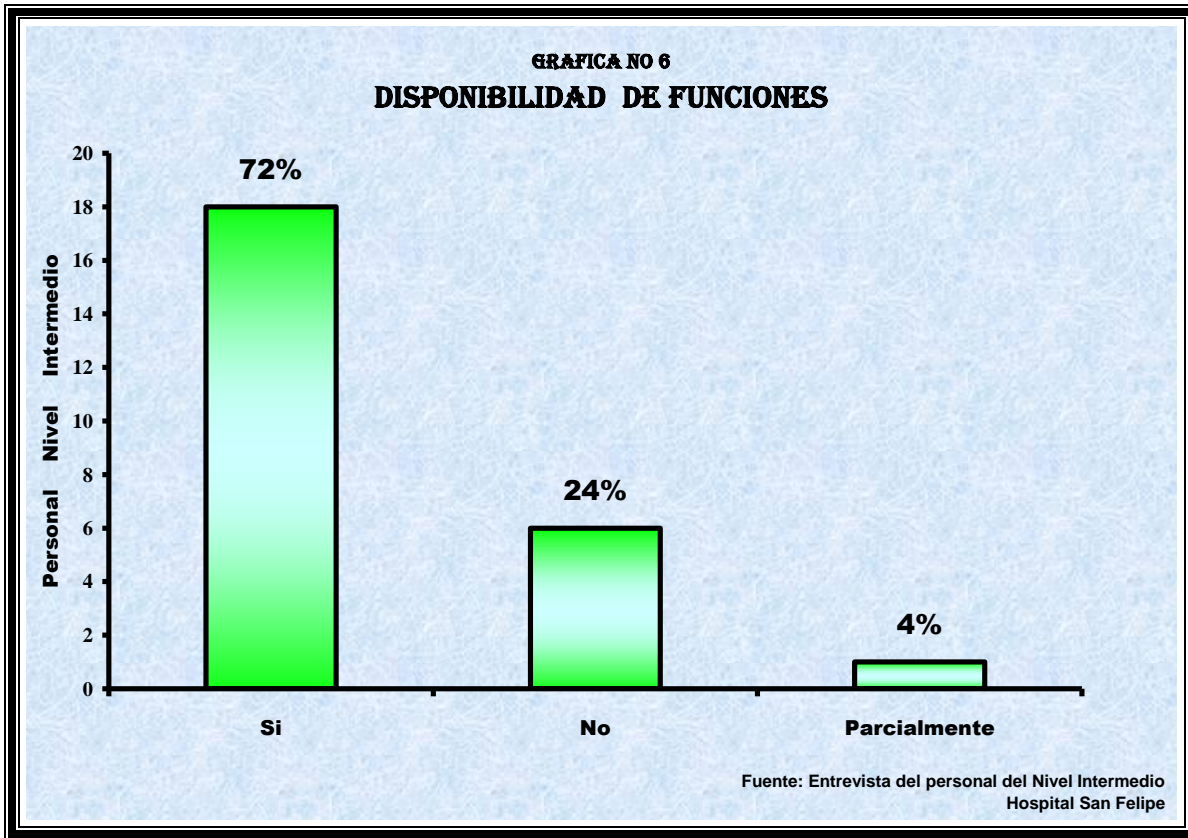
Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	61	51 %
No	59	49 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>





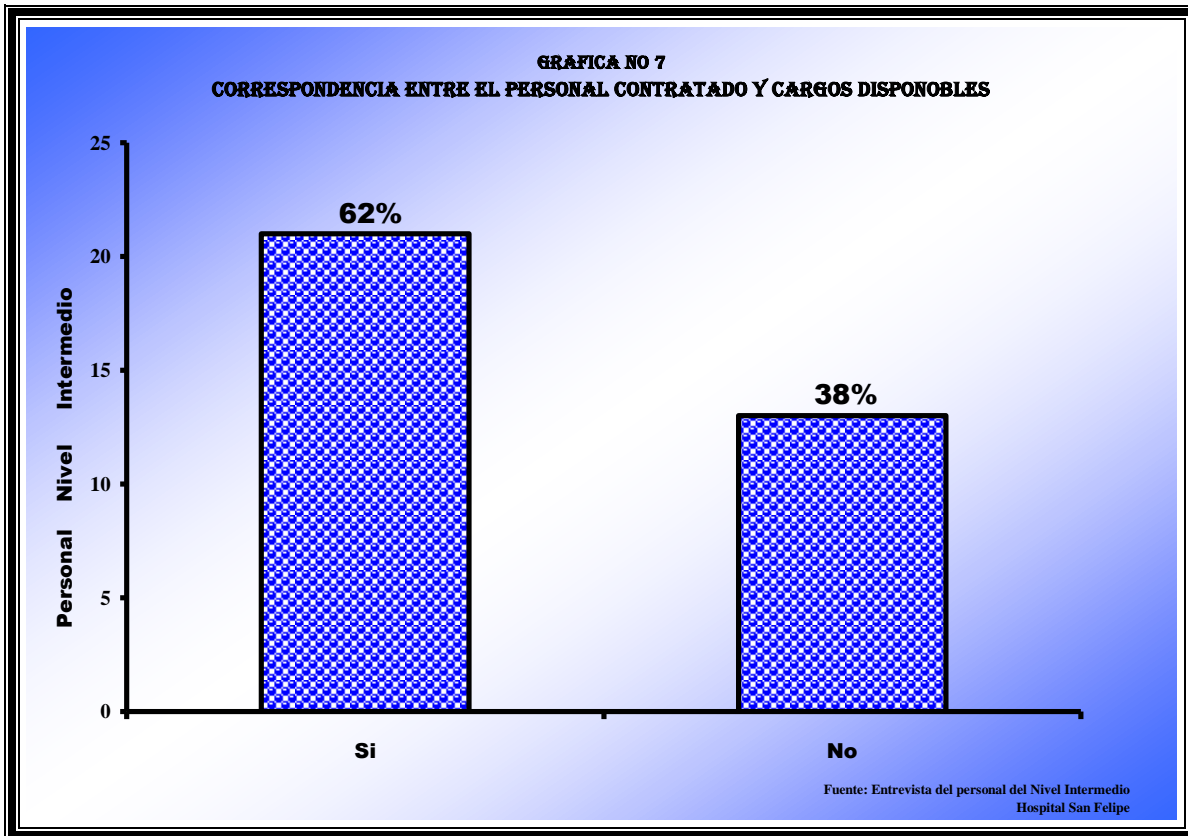
**Tabla # 5 – Descripción de Funciones del Nivel Intermedio**

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	29	84 %
No	4	12 %
Interpretadas	1	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



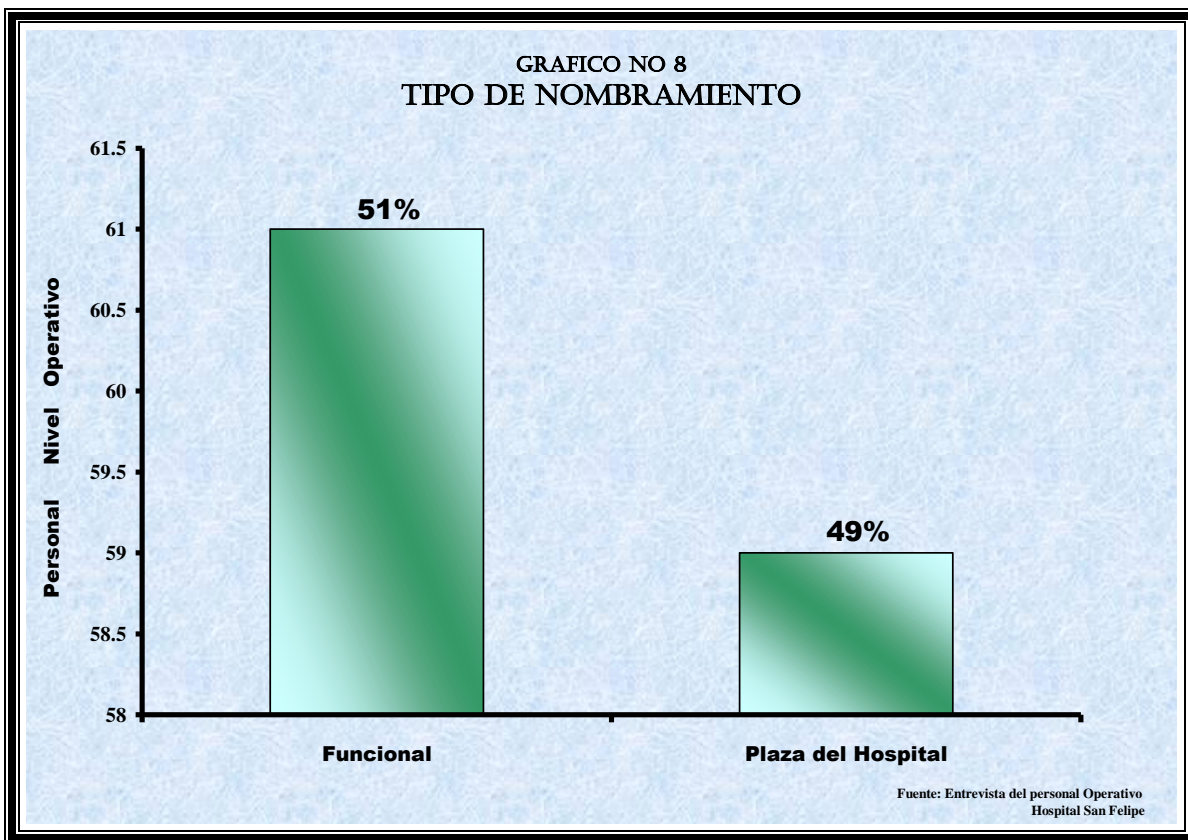
**Tabla # 6 – Disponibilidad de Funciones en el Nivel Intermedio**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	25	72 %
No	8	24 %
Parcialmente	1	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



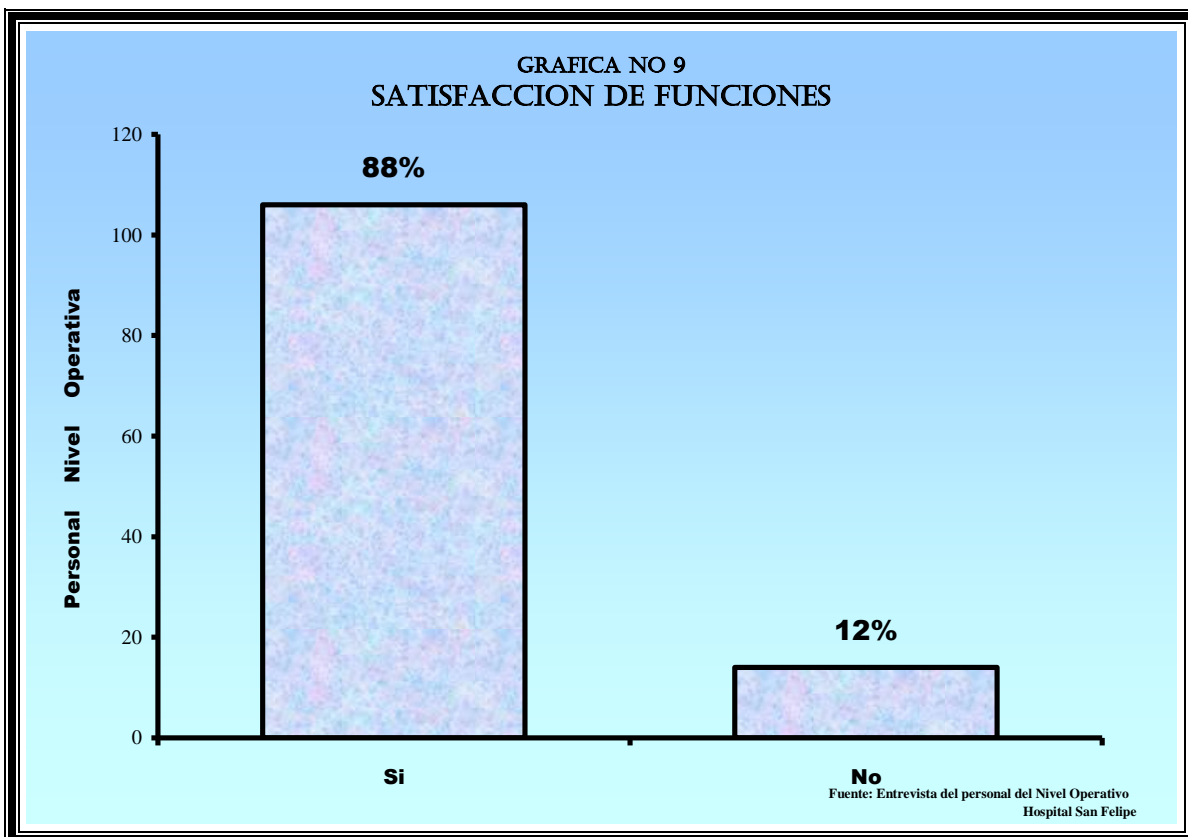
**Tabla # 7 –Correspondencia entre el Personal Contratado y Cargos Disponibles en el Nivel Intermedio**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	21	62 %
No	13	38 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



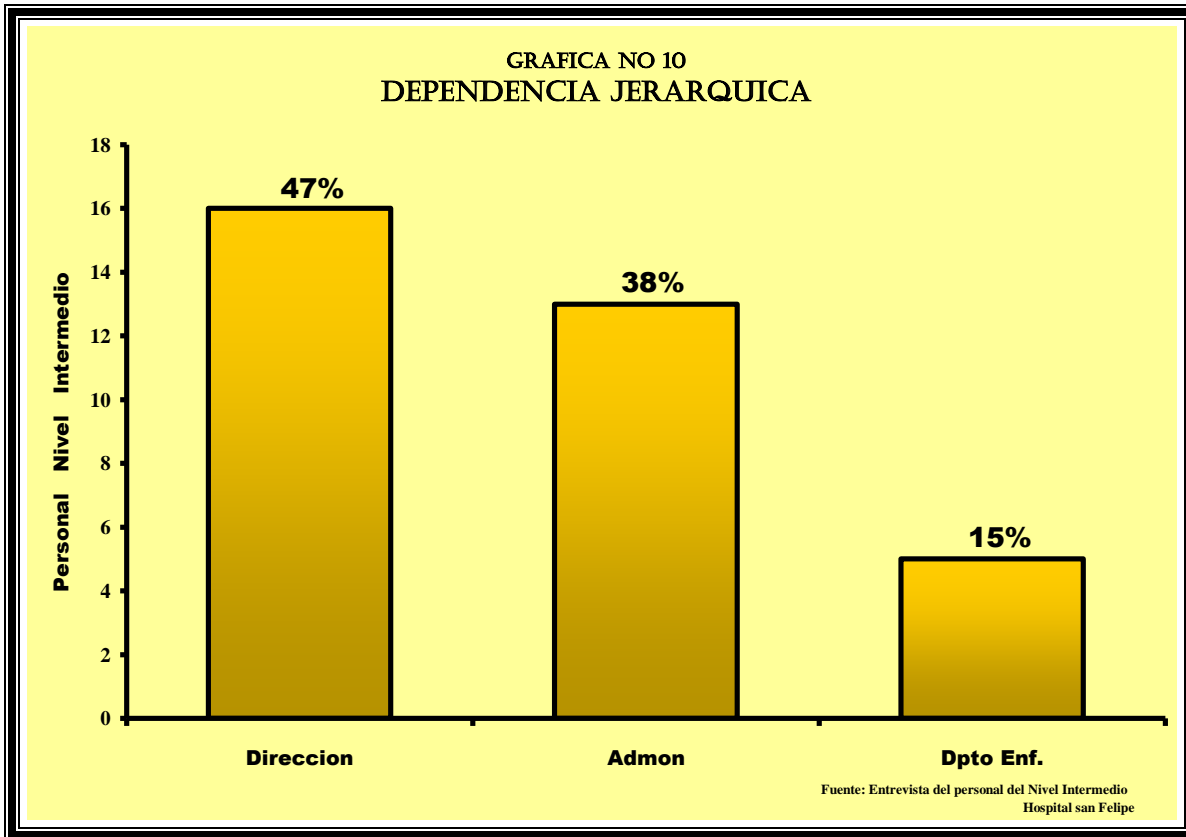
**Tabla # 8 – Tipo de Nombramiento en el Nivel Operativo**

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Funcional	61	51 %
Plaza del Hospital	59	49 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>



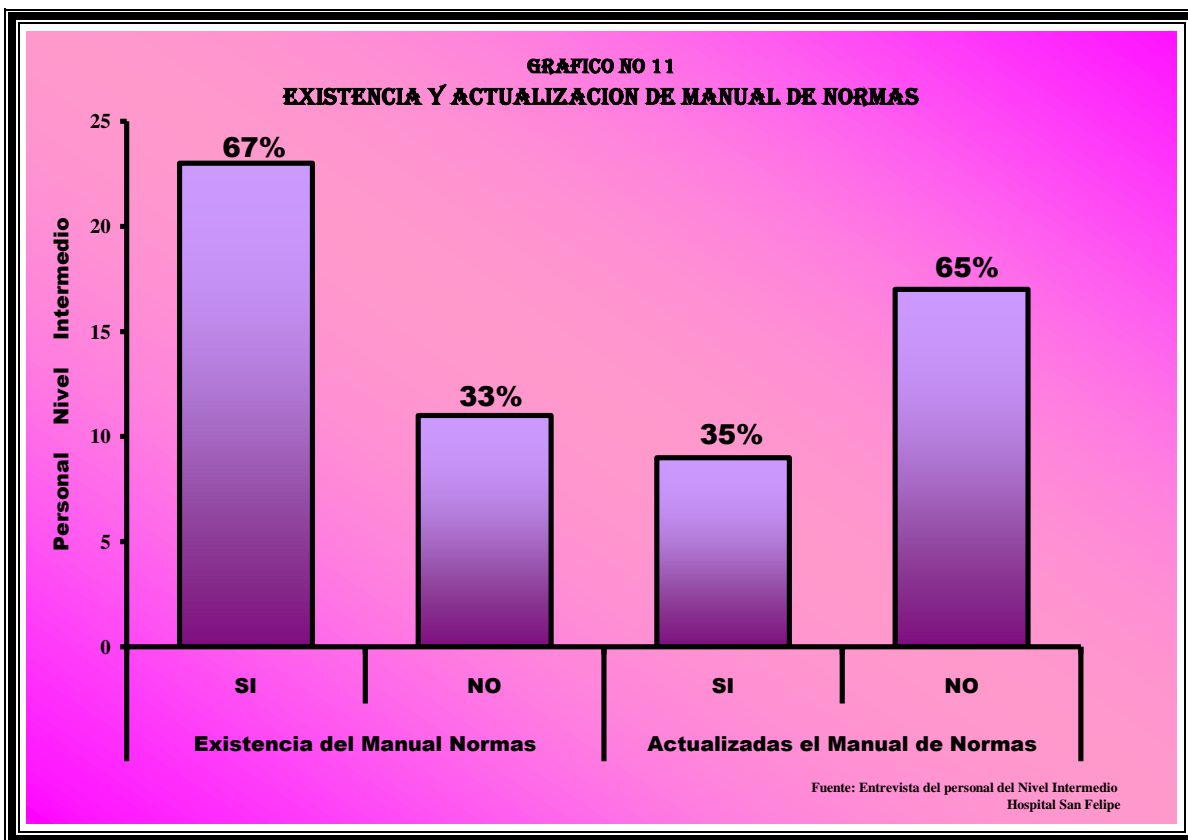
**Tabla # 9 – Satisfacción de Funciones en el Nivel Operativo**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	106	88 %
No	14	12 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>



**Tabla # 10 – Dependencia Jerárquica del Nivel Intermedio**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Dirección	16	47 %
Administración	13	38 %
Departamento de Enfermería	5	15 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



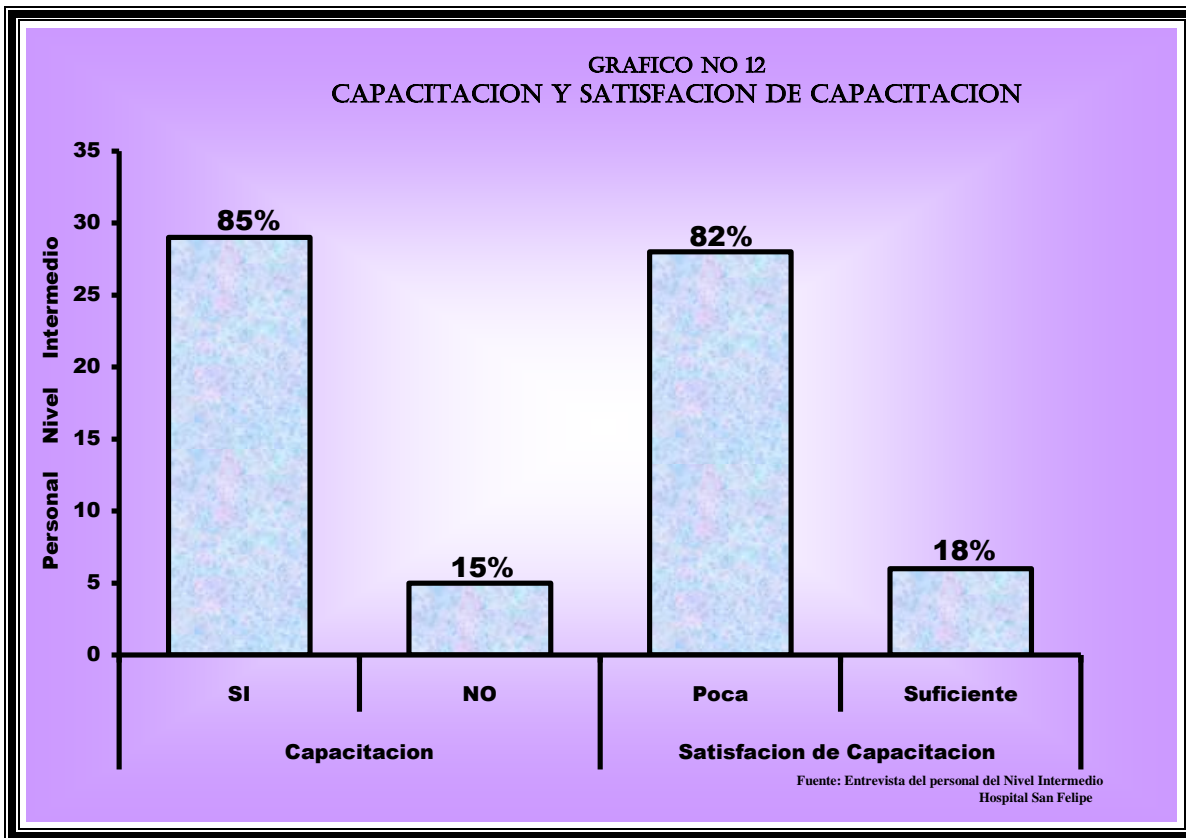
**Tabla # 11 – Existencia y Actualización del Manual de Normas del Nivel Intermedio**

**Existencia de Manual de Normas**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	23	67 %
No	11	33 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Manual de Normas Actualizadas**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	12	35 %
No	22	65 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



**Tabla # 12 – Capacitación y Satisfacción de Capacitación Nivel Intermedio**

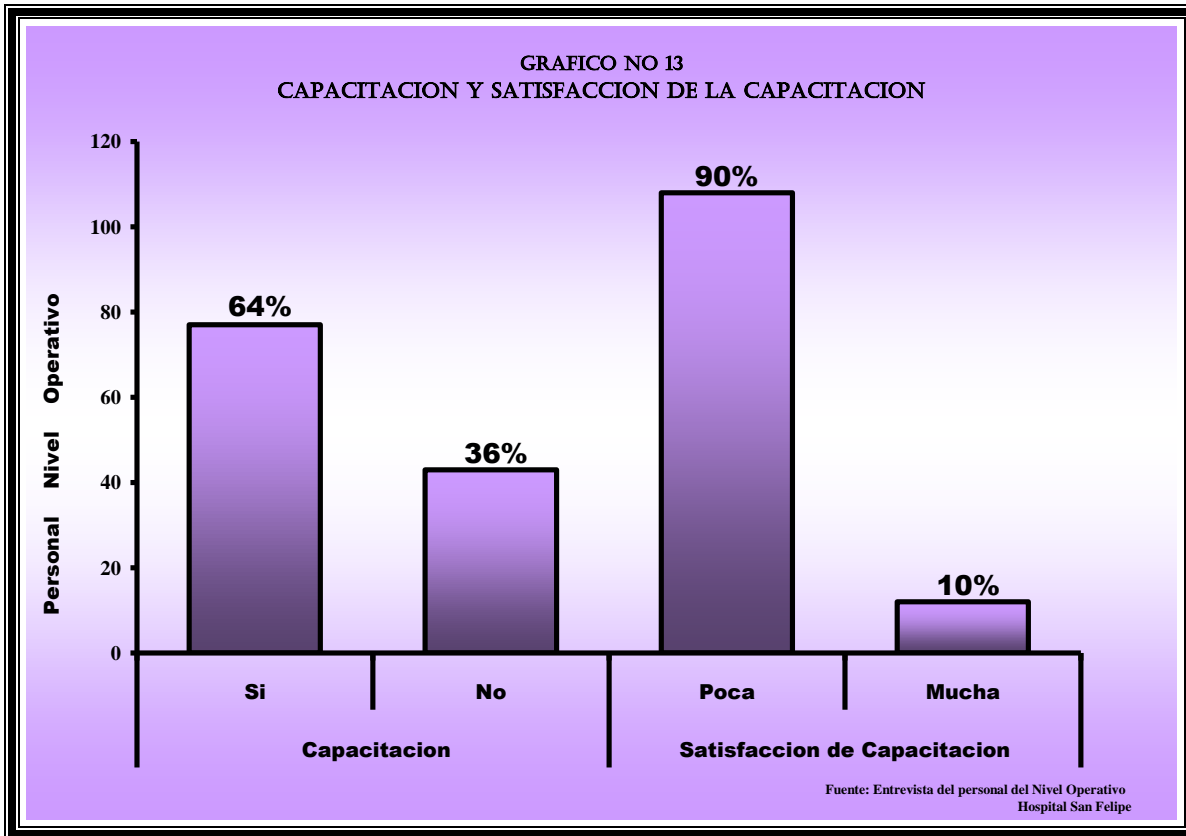
**Capacitación**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	29	85 %
No	5	15 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Satisfacción de la Capacitación**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Poca	28	82 %
Suficiente	6	18 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>





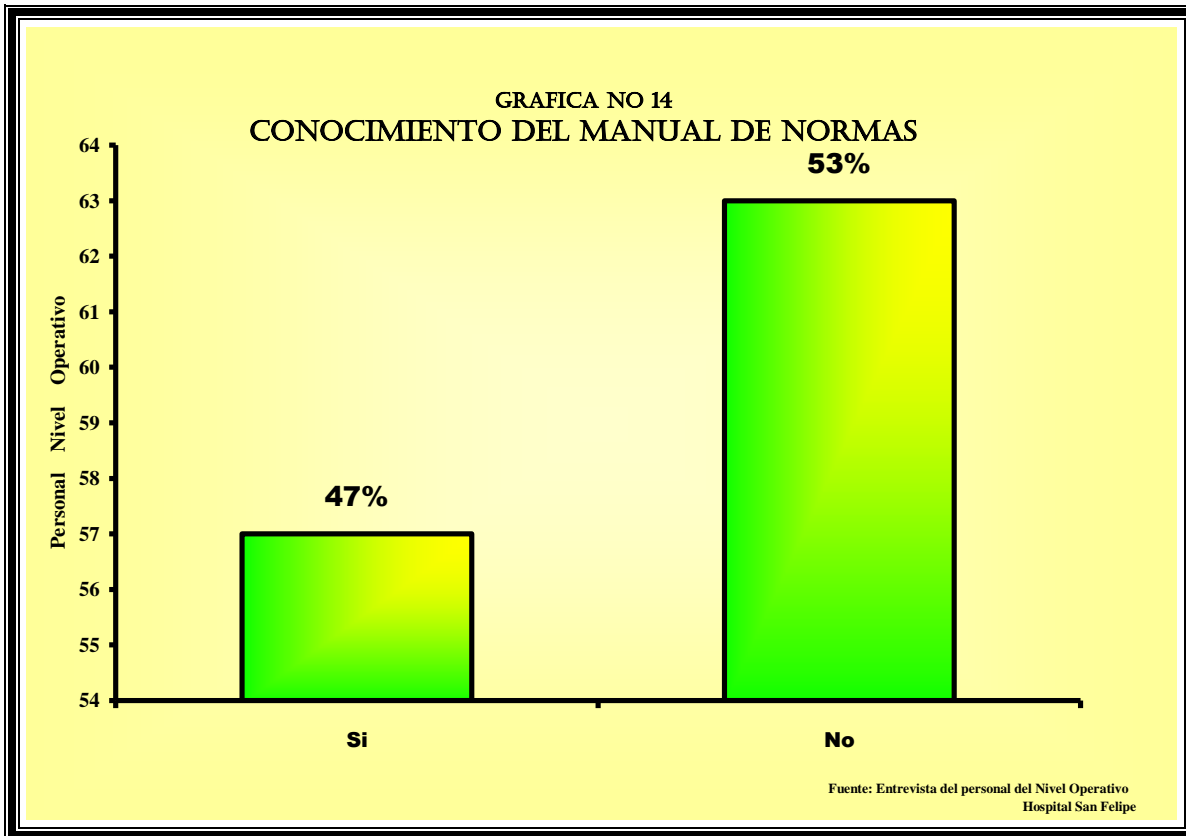
**Tabla # 13 – Capacitación y Satisfacción de Capacitación Nivel Operativo**

**Capacitación**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	77	64 %
No	43	36 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

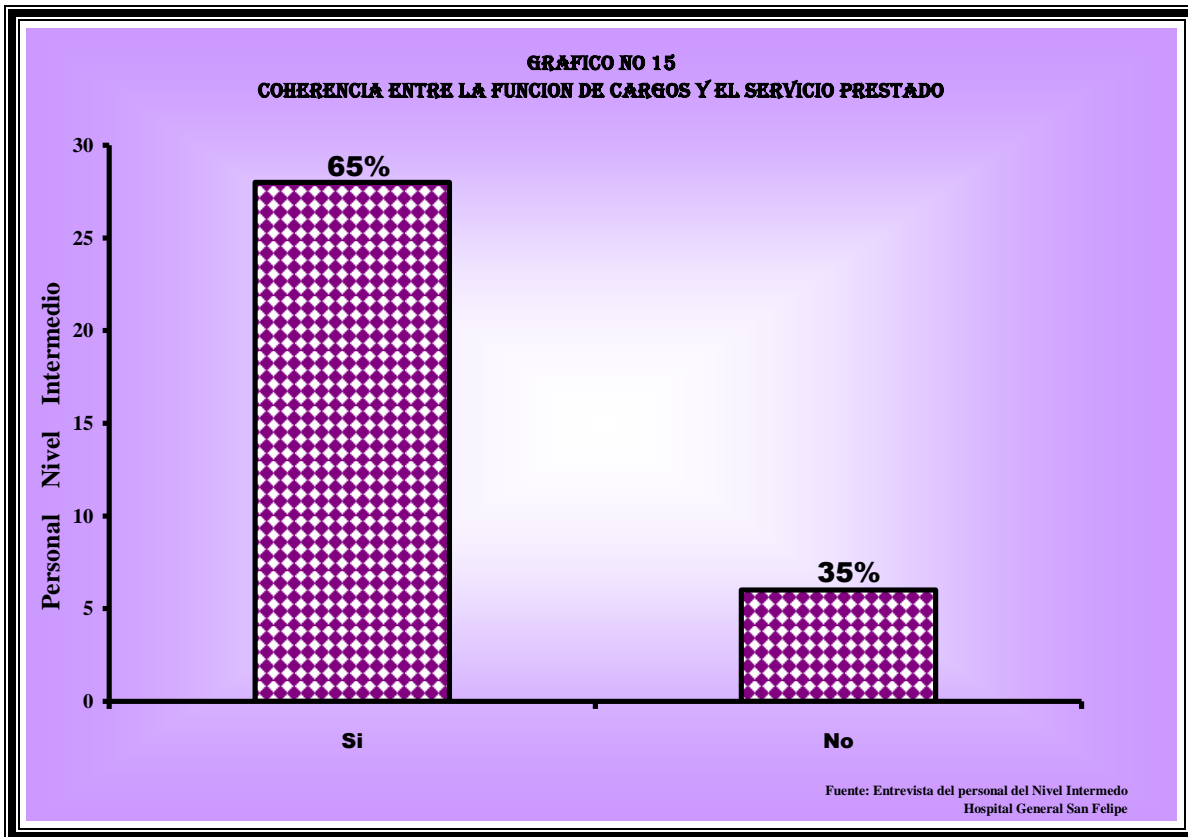
**Satisfacción de la Capacitación**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Poca	108	90 %
Mucha	12	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>



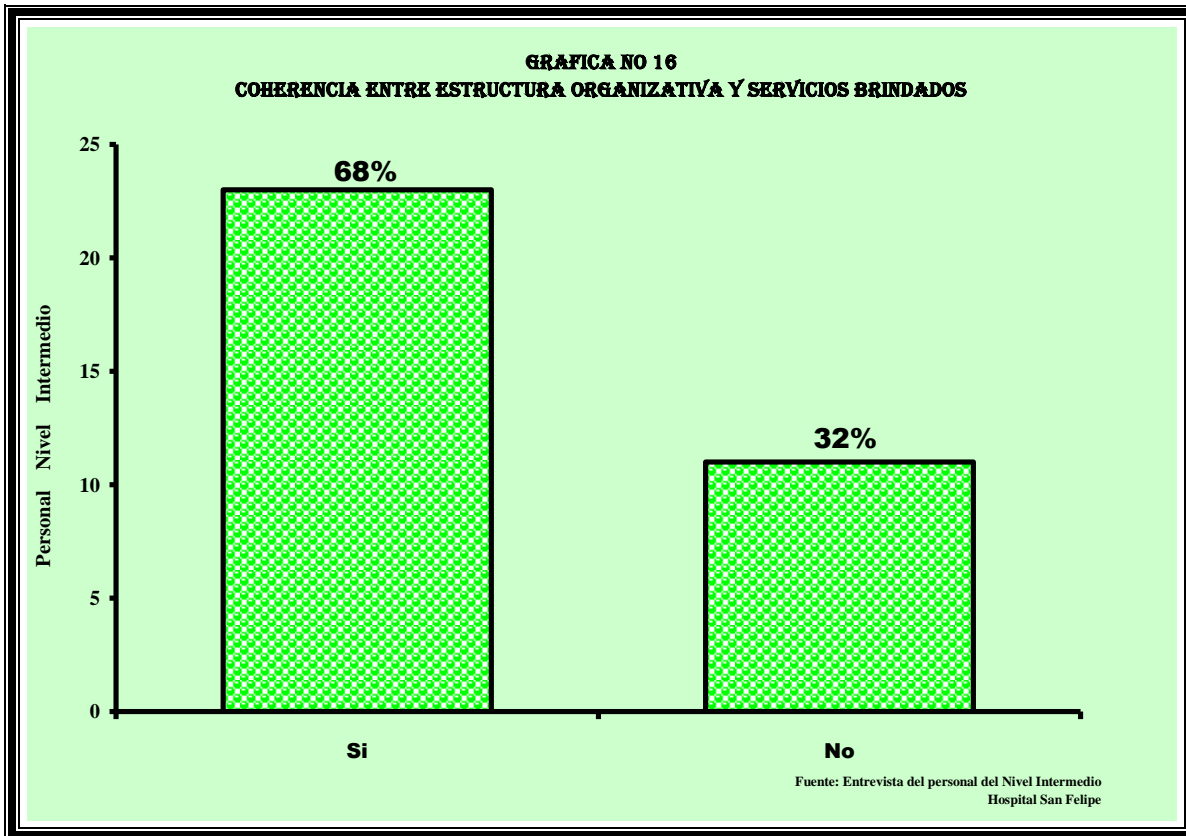
**Tabla # 14 – Conocimiento del Manual de Normas del Nivel Operativo**

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	56	47 %
No	64	53%
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>



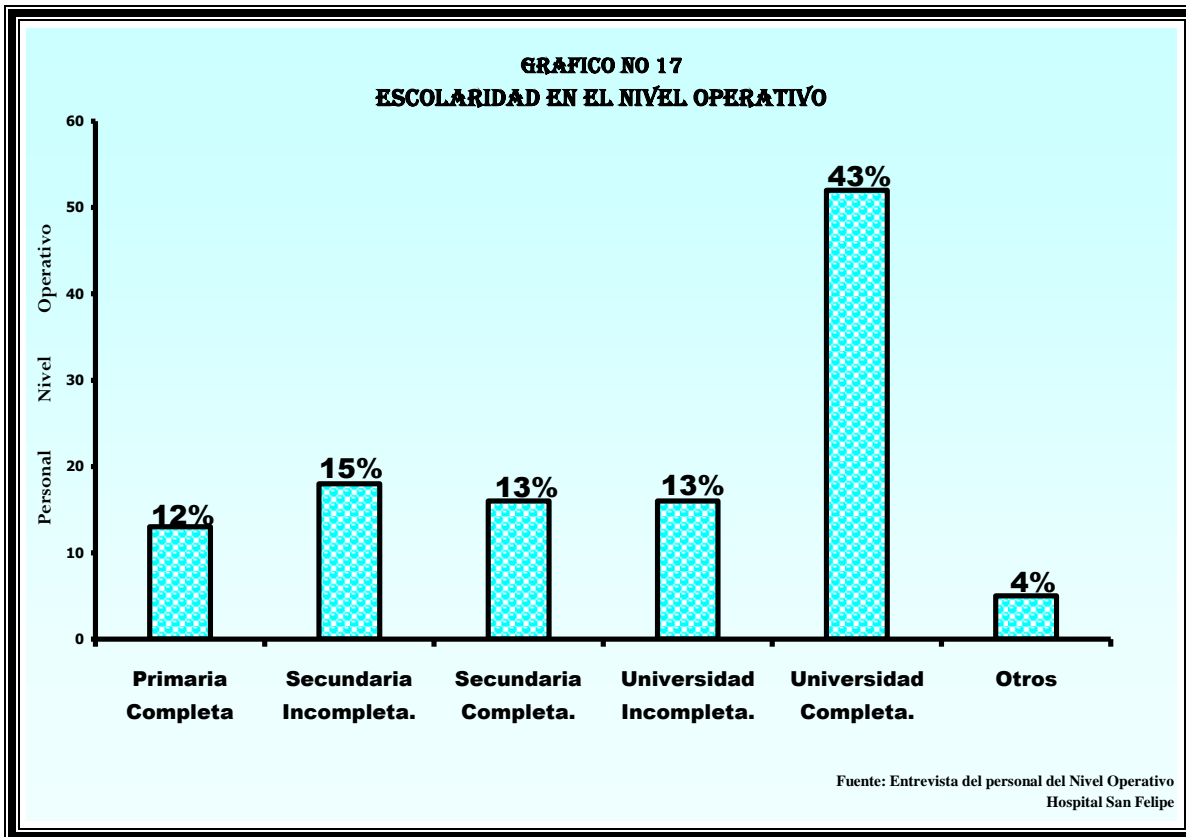
**Tabla # 15 – Coherencia entre la Función de Cargo y el Servicio Prestado del Nivel Intermedio**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	22	65 %
No	12	35 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



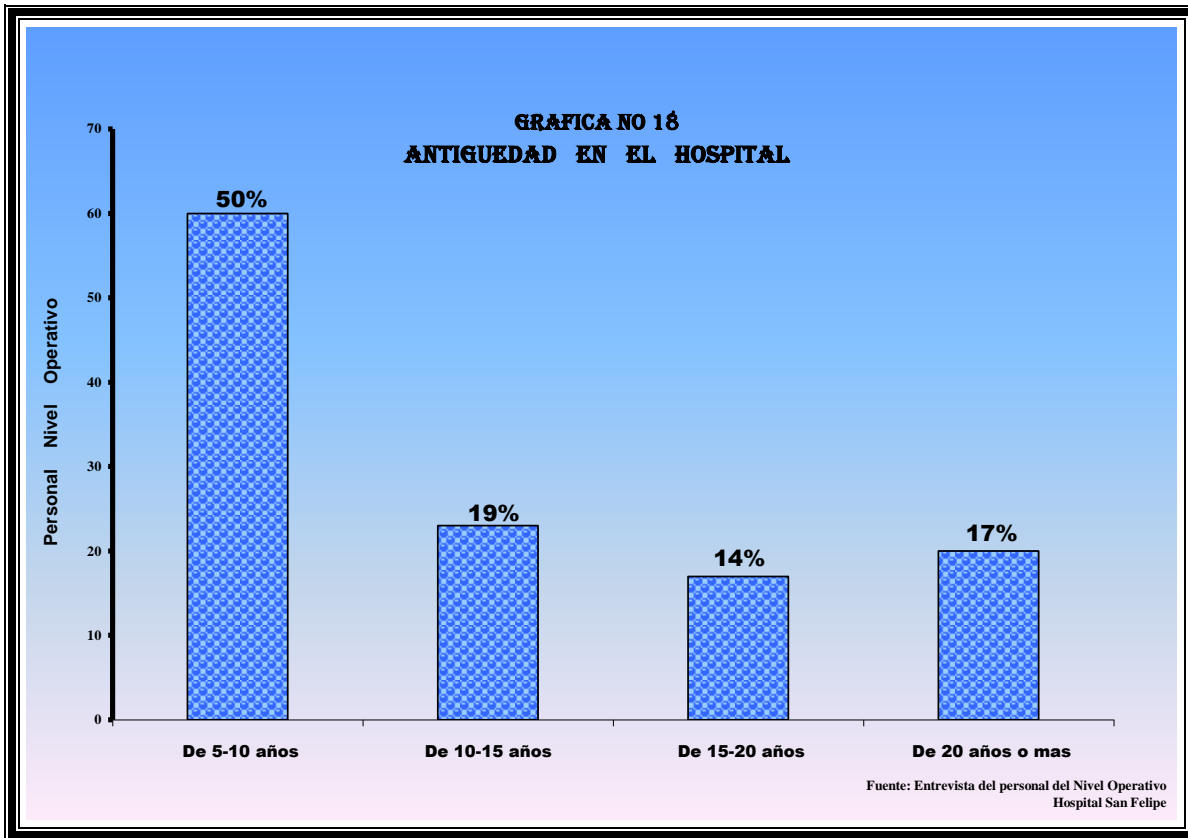
**Tabla # 16 – Coherencia entre la Estructura Organizativa y Servicio Prestado del Nivel Intermedio**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	23	68 %
No	11	32 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>



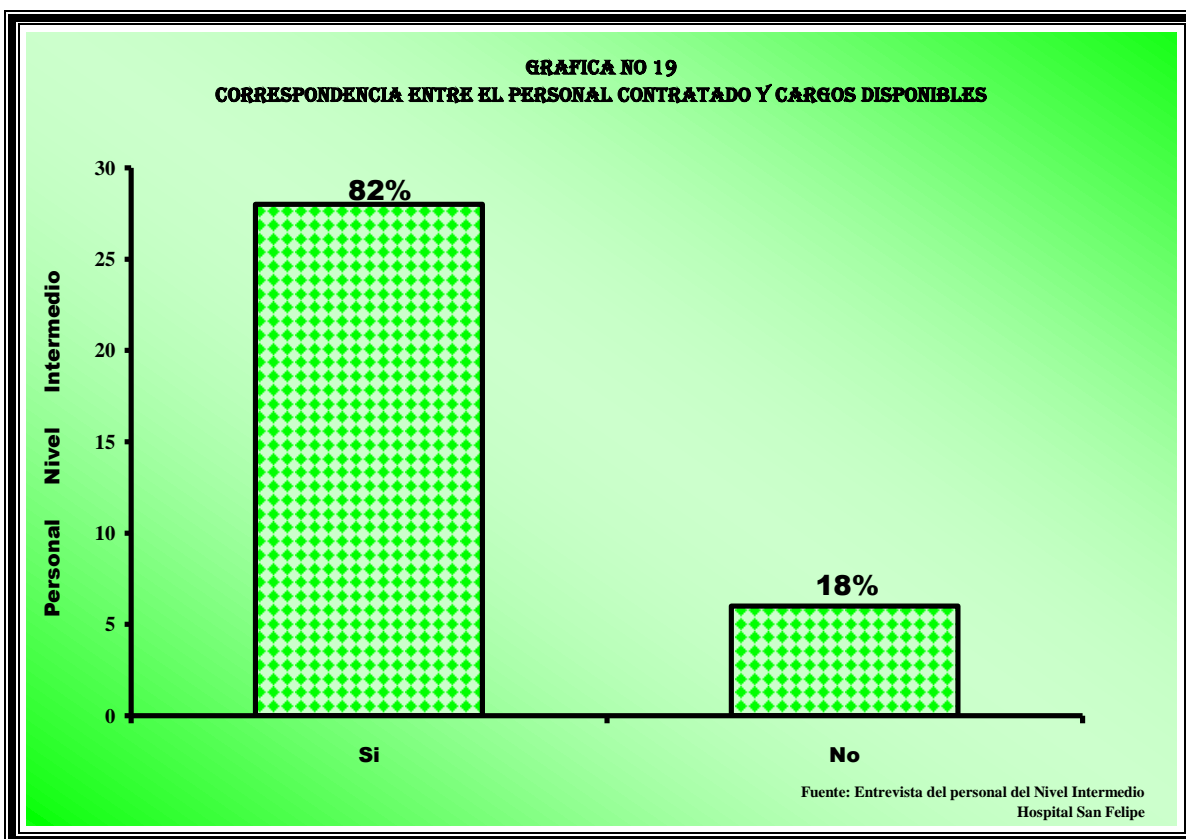
**Tabla # 17 – Escolaridad en el Nivel Operativo**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Primaria completa	14	12 %
Secundaria incompleta	18	15 %
Secundaria completa	16	13 %
Universidad incompleta	16	13 %
Universidad completa	52	43 %
Otros	4	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>



**Tabla # 18 – Antigüedad en el Hospital del Nivel Operativo**

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
De 5 – 10 años	60	50 %
De 10 – 15 años	23	19 %
De 15 – 20 años	17	14 %
De 20 años o más	20	17 %
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>



**Tabla # 19 – Correspondencia entre el Personal Contratado y Cargos Disponible del Nivel Intermedio**

Descripción	Cantidad	Porcentaje
Si	28	82 %
No	6	18 %
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

### Matriz de Descriptores

<i>COMPONENTES</i>	<i>DESCRIPTORES</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>FUENTE</i>	<i>TECNICAS</i>
Estructura Organizativa Actual del H.G.S.F,	¿Cómo es la Estructura Organizativa actual del H.G.S.F?	¿Cuál es el Organigrama del Hospital? ¿Cuál es la Misión del Hosp. Tal? ¿Cuál es la Visión del Hospital?	Reglamento Interno de Hospitales.  Entrevistas	Revisión de Documentos. Entrevistas. Cuestionario semi-estructurada.



### Matriz de Descriptores

<i>COMPONENTES</i>	<i>DESCRPTORES</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>FUENTE</i>	<i>TECNICAS</i>
Funcionamiento de la Organización del Hospital	¿Está de acorde el funcionamiento actual con la estructura organizativa?	¿Cuál es el Organigrama del Hospital?	Reglamento Interno de Hospitales.	Revisión de Documentos

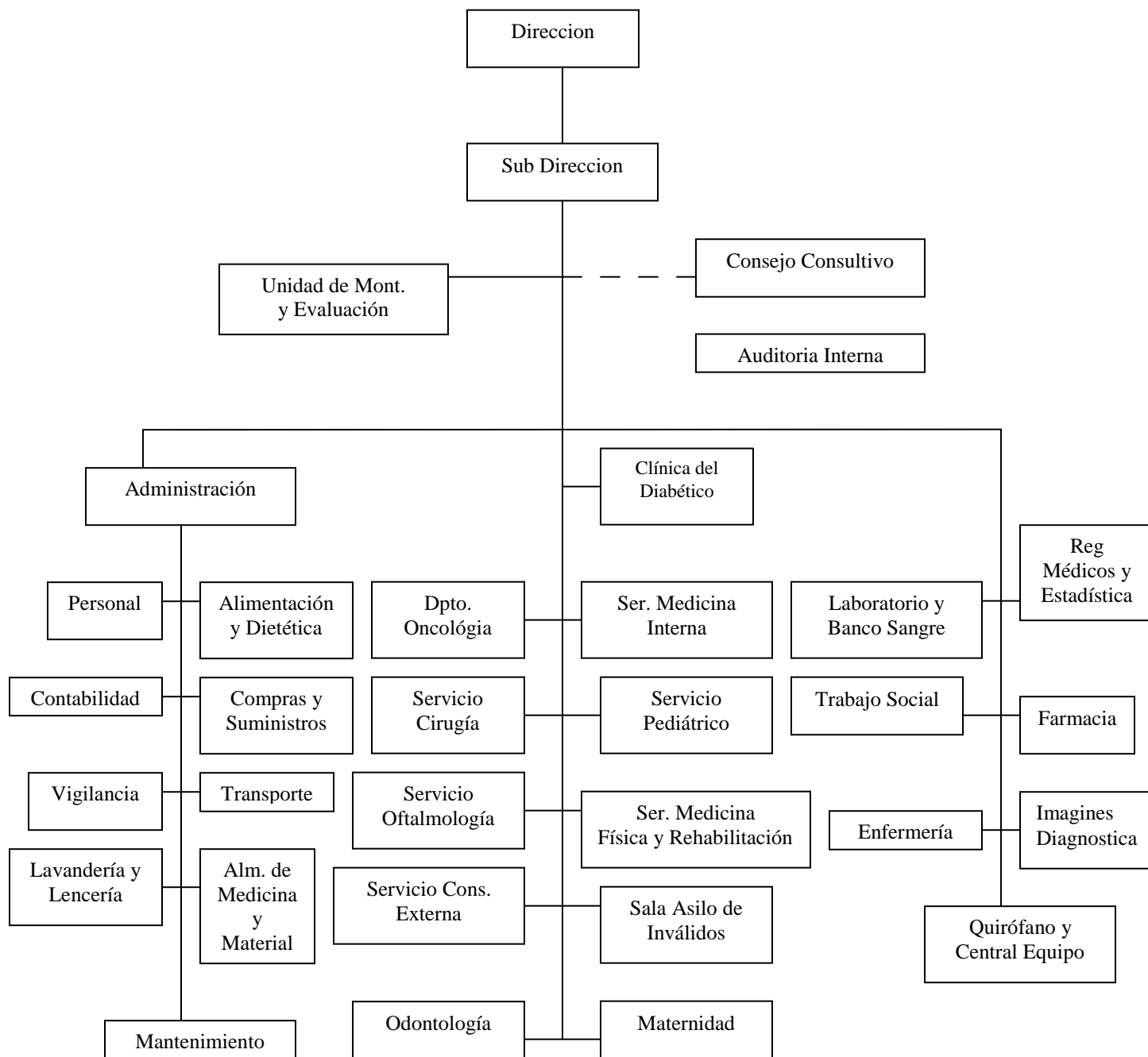
### Matriz de Descriptores

<i>COMPONENTES</i>	<i>DESCRIPTORES</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>FUENTE</i>	<i>TECNICAS</i>
Adecuación Normativa de la Estructura.	Reglamento Interno.	¿Existe un Reglamento Interno? ¿Desde que año está vigente? ¿Qué Objetivos tiene la Institución? ¿Las funciones que desempeña cada empleado esta de acorde con las normativas existentes?	Reglamento del hospital.  Entrevista al personal que labora en el hospital.  Entrevista al personal laborante del hospital. Análisis del Organigrama	Revisión Documental  Entrevista  Entrevista  Revisión de documentos
	Relación del Reglamento Interno y estructuras con las funciones	¿Se cumplen las funciones de acuerdo al reglamento del hospital. ¿Existe una relación adecuada entre las funciones y la estructura actual del hospital		Entrevista

### Matriz de Descriptores

<i>Componente</i>	<i>Descriptores</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Fuente</i>	<i>Técnicas</i>
Conocimientos Acerca de la Estructura Organizativa y Funciones	Conocimientos sobre la Estructura	<b>Ápice Estratégico</b> Mando Tecnoestructura  <b>Nivel Intermedio</b> <b>Nivel Operativo</b>	Manual de Reglamento, procedimiento y funciones	Entrevista Test
	Conocimiento sobre las Funciones	<b>Nivel Operativo</b> Servicio de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Administración</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Lavandería</li> <li>• Estadística</li> <li>• Transporte</li> <li>• Vigilancia</li> </ul>		Entrevista Test

**Organigrama Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos**



**Organigrama General del Hospital San Felipe**

