

# Establecimiento de un modelo político gerencial en las instituciones de salud de los países en desarrollo: Caso Venezuela

Rodrigo Mijares Seminario<sup>1</sup>  
Elena Rincón Osorio<sup>2</sup>

## Resumen

---

El sistema político de salud de los países en vías de desarrollo, entre los que se encuentra Venezuela, muestra un bajo desempeño institucional (DI). Ese bajo desempeño está asociado con las limitaciones de los procesos básicos de las instituciones de salud. Esta situación se agrava cuando las políticas orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población no están adaptadas a sus necesidades reales, son poco conocidas y no han sido evaluadas. A ello se une el hecho que el contexto general y local no se toma en consideración al momento de generar estrategias para mejorar los problemas públicos de salud.

Por tal motivo, a fin de mejorar la situación planteada, se desarrolla un modelo político-gerencial que se apoya en dos experiencias: a) la ejecución de proyectos en diversas instituciones de salud de Venezuela y b) el estudio del sistema de salud europeo, especialmente el francés. El modelo contiene tres aspectos fundamentales: a) la evaluación de la política, b) la evaluación del desempeño institucional y c) el estudio y desarrollo del proyecto médico y de los proyectos satélites. Todo el proceso se fundamenta en la efectividad del sistema político de salud, medido en su calidad y su cobertura. Como resultado lógico, el proyecto de establecimiento va a propiciar un consenso; el consenso va a girar sobre la definición de los problemas

---

<sup>1</sup> Profesor del Dpto. de Tecnología de Procesos Biológicos y Bioquímicos de la Universidad Simón Bolívar (USB) de Caracas. Venezuela. S.A.

<sup>2</sup> Investigadora asociada a la Unidad de Políticas Públicas de la USB. Caracas. Venezuela. S.A.

Correspondencia: [rmijares@usb.ve](mailto:rmijares@usb.ve) - [elenarincon@usb.ve](mailto:elenarincon@usb.ve)

públicos de salud, la evaluación de las políticas y del desempeño de las instituciones de salud, la adaptación de técnicas de cuidados médicos y la concertación de los actores políticos locales

**Palabras clave:** Políticas de Salud – Países en desarrollo, Planificación en Salud – Países en desarrollo, Calidad de Atención en Salud.

## Abstract

---

The political system of health in the developing countries, being Venezuela one of them, shows a low institutional performance. That low performance is associated with the limitations of the basic processes of the institutions of health. This situation gets worse when the policy oriented to improve the health conditions of the population are not adapted to their real necessities, are not well known and they have not been evaluated. Adding to that the fact that the general and local context is not taken in consideration at the time of generating strategies to improve the problems in public health.

By such reason in order to improve the raised situation, a policy - management model is developed, this relies in two experiences: a) the execution of projects in diverse health institutions of Venezuela and b) the study of the European system of health, specially the French system.

The model contains three fundamental aspects: a) the evaluation of the policy, b) the evaluation of the institutional performance and c) the study and development of the medical project and the projects satellites. All the process is based on the effectiveness of the political health system, measured in its quality and its cover. Like a logical result, the establishment project is going to cause a consensus.

The consensus is going to turn on the definition of the public health problems, the evaluation of the policy and the performance of the institutions of health, the adaptation of techniques of medical cares and the agreement of the local political actors.

**Key words:** Health policy-Developing Countries ; Health planing- Developing Countries; Quality of Health care.

## INTRODUCCIÓN

Abordar un proyecto sin un modelo es como volar un avión sin plan de vuelo, simplemente es utilizar la tecnología pero no saber si el objetivo será alcanzado. Un método permitiría proceder en orden y definir correctamente el objetivo antes de buscar su solución. En la tabla 1 se muestran las fases del modelo denominado Político-Gerencial. Dicha tabla se apoya en la figura 1 en la que se sistematiza el Proyecto de Establecimiento para Países en Vías de Desarrollo.

**Contexto general:** Venezuela es un país en vías de desarrollo con grandes reservas de

petróleo y minerales. La superficie es de 916.445 Km<sup>2</sup>, con una población aproximada de 25 millones de habitantes. El PIB per cápita en US\$ es de 4.996, pero el 50% de la población se encuentra en situación de pobreza (1). El gasto en salud es de 4,06% del PIB. El sistema de salud cuenta con 40.675 camas y 4.804 instituciones de atención primaria en el ámbito público; la mortalidad infantil es de 19,2. El porcentaje de la población analfabeta es de 6,22 y la esperanza de vida es de 71 años para los hombres y 76,8 años para las mujeres. La razón de médicos es de 19,7 y de enfermeras graduadas de 7,9 por cada 10.000 habitantes<sup>1</sup>. En éste contexto general es im-

**Tabla 1.** Modelo Político-Gerencial

Fase	Etapas	Objetivo
Identificación	Contexto general	Socio económicos, culturales, demográficos, legislativos e históricos
	Contexto local	Desempeño, actores políticos, organización, población, necesidades
Definición de objetivos	Síntesis de las amenazas y oportunidades	Problemas públicos de salud
Evaluar la política	Análisis de política	Originar un modelo y evaluar
Evaluar la Institución	Segmentar	Simplificar
	Determinantes	Factores a evaluar
	Criterios	Indicadores
	Modelo	Medición de resultados
Plan de acción	Fortalezas y debilidades	Objetivos específicos
Proyecto	P. Médico P. Satélites	Guía de procesos Inventario
Concertación	Validación	Aprobación

<sup>1</sup> Parte de la información se encuentra en la página electrónica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2001, [www.ops-oms.org.ve/bvs/perfil-ven.htm](http://www.ops-oms.org.ve/bvs/perfil-ven.htm)

portante resaltar que a finales del siglo XIX se consolidó un gobierno central, en el que el poder ejecutivo, con un rol de estado providencia<sup>2</sup>, se impone a los otros poderes (legislativo y judicial). Esta situación, aunque en diferentes grados, se ha mantenido hasta el momento. El sistema de salud de Venezuela durante el período 1885 – 1945, estuvo muy influenciado por el sistema de salud francés<sup>3</sup>. El perfil epidemiológico, al igual que otros países de América Latina, se caracteriza por ser heterogéneo, complejo e inmerso en un proceso de transición<sup>4</sup> (2).

Muchos especialistas coinciden en señalar que es a partir de 1980 cuando comienza el deterioro en las condiciones socio-económicas y de vida del venezolano, especialmente en la disminución de sus ingresos<sup>5</sup>, la pérdida de la legitimidad y la confianza en las organizaciones políticas y gremiales (3, 4, 5). Como consecuencia, comienza a producirse la quiebra de los servicios públicos fundamentales como son los siste-

mas de salud, educación, justicia, vivienda, agua, drenaje y basura. Este deterioro se refleja en el bajo desempeño de las instituciones de salud. Como ejemplo, la cobertura de los servicios materno-infantiles es incompatible con el nivel de desarrollo económico y social de Venezuela, al ser comparados con los otros países de América Latina con un nivel menor de desarrollo (6). Un estudio determinó (7) que la función de salud pública del Ministerio de Salud y desarrollo Social (MSDS) más deficiente es la «garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos»<sup>6</sup>. En la búsqueda por mejorar la situación, se iniciaron cuatro reformas en el sistema de salud entre 1987 y 1999. A pesar de que todas estas reformas se han concretado en instrumentos legislativos o reglamentarios (8), el proceso de implementación ha sido difícil o infructuoso en todos los casos (indicador de ingobernabilidad), excepto en la descentralización de los servicios de salud<sup>7</sup>.

---

<sup>2</sup> El Estado providencia preconiza la intervención de los poderes públicos por corregir los disfuncionamientos generados por el libre mercado (Keynes 1883-1946). Sin embargo y como ejemplo, el Estado francés, a partir de la crisis económica de 1970, ha evolucionado de un Estado providencia a un Estado subsidiario.

<sup>3</sup> Cuando se crea la Academia Nacional de Medicina de Venezuela (1904), el 22% de sus integrantes se había graduado en Francia. Igualmente el origen de la creación del Ministerio de Salud (1936) se fundamenta en la escuela de salud francesa.

<sup>4</sup> Entre las veinte principales causas de muertes coexisten patologías típicas de países desarrollados (enfermedades del corazón, cáncer, accidentes) y patologías de los países en vías de desarrollo, tales como enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias de nutrición, entre otras.

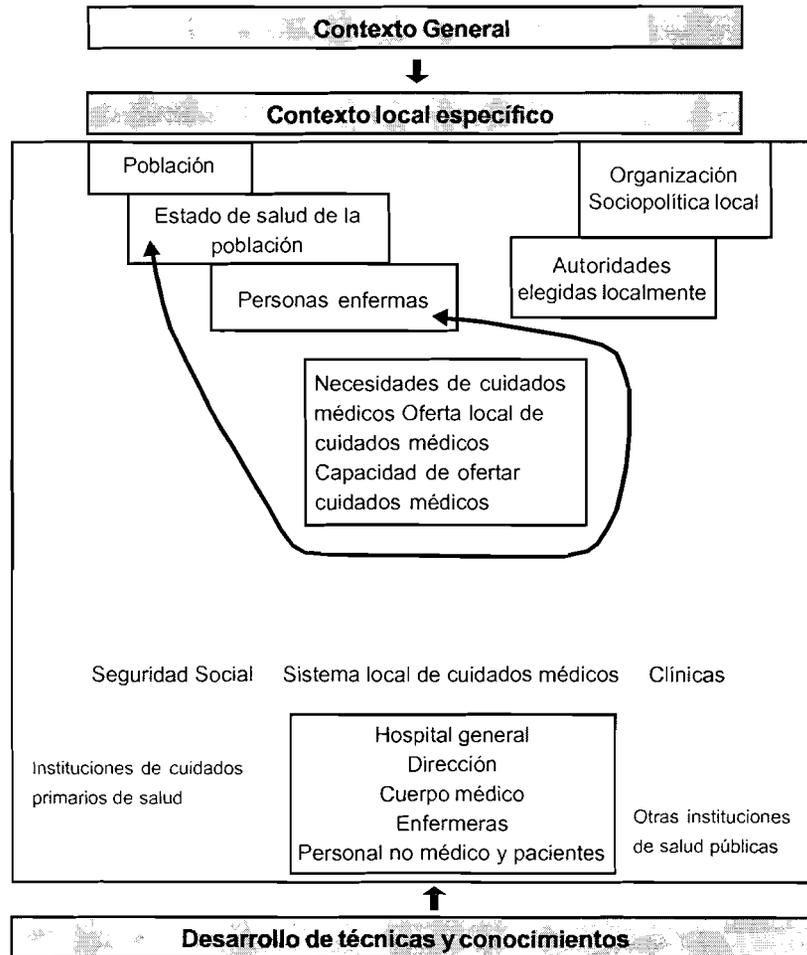
<sup>5</sup> Un profesional recién graduado ganaba un salario de US\$ 1.000 para 1977, luego de trabajar 16 años no alcanza a ganar un sueldo de US\$ 677.

<sup>6</sup> La investigación fue desarrollada por la Organización Panamericana de Salud (OPS) para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela (MSDS). Se evaluó, basado en las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), el desempeño de las autoridades sanitarias (el instrumento abarcó once funciones).

<sup>7</sup> En 1989, los venezolanos eligen por primera vez a los gobernadores de estados y alcaldes municipales. El gobierno queda integrado por tres niveles, nacional, estatal y municipal. Las competencias en el sector salud fueron las primeras en ser solicitadas por los gobiernos estatales y municipales.

Bajo este ambiente, en 1999 se aprueba una nueva constitución. En cuanto a los derechos sociales y de las familias, la nueva constitución se apoya en la doctrina contenida en el preámbulo de la Constitución francesa de 1848 y 1946, en los postulados sociales del canciller alemán Bismarck (a mediados del siglo XIX) y en la protección integral de

la salud y maternidad del Plan Beveridge (Gran Bretaña 1946). La crítica al nuevo sistema público de salud es que el financiamiento es totalmente obligación del Estado<sup>8</sup>. Posteriormente se aprueba la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social<sup>9</sup> (LOSSS 2002). La nueva ley se asemeja al Código de Salud francés (9)



**Figura 1.** Estructuración de la oferta local de cuidados. Bensón (1975), Donabedian (1973), Glouberman y Mintzberg (1995). En el libro de Contandriopoulos y Souteyrand (1996), p. 86 (15). Modificado por los autores.

<sup>8</sup> El financiamiento público ilimitado es irreal y contribuye a crear falsas expectativas. La propiedad estatal de los servicios de salud limita algunas posibilidades de participación e incluso transferencias de servicios al sector privado.

<sup>9</sup> La LOSSS fue aprobada sin el debido consenso político. El régimen planteado crea una institución cuyo costo fiscal es del 12% del PIB, lo que lo hace impráctico. En los actuales momentos esta ley todavía no está en vigencia. La Ley puede ser detallada en la página electrónica del MSDS [www.msds.gov.ve](http://www.msds.gov.ve)

en cuanto a la creación de las siguientes instituciones: organismos asesores del MSDS, organismos tutelares, el esquema de organización, la creación de un sistema de información, la acreditación, sus principios<sup>10</sup>, la participación activa del colectivo y el desarrollo de planes o proyectos con una estrategia plurianual. La crítica a la ley es la gran influencia del ejecutivo en el nombramiento de los responsables de la regulación del sistema de salud. La mencionada ley no especifica quien va a nombrar a las autoridades regionales<sup>11</sup>.

**Contexto local:** los primeros estados que asumieron el sistema local de salud se preocuparon por crear estructuras organizativas más eficientes (8). Se desconoce la capacidad de ofertar cuidados médicos debido a que no hay sistemas de información local ni nacional. No se lleva el control de referencia y contra referencia entre las diversas instituciones de salud (no se han concretado los sistemas locales de salud). El bajo desempeño institucional (11 y 12) se debe a que: a) las políticas, programas y desempeños de las instituciones de salud



**Figura 2.** Equilibrio entre los actores políticos nacionales y regionales, deseable para generar un mejor desempeño institucional de los establecimientos de salud.

<sup>10</sup> Los principios son: universalidad, gratuidad, participación, integralidad, solvencia, equilibrio fiscal, calidad, eficacia, y eficiencia.

<sup>11</sup> La Academia Nacional de Medicina de Venezuela señala que la nueva ley centraliza aspectos técnicos y detalles operativos. Se debe dejar una acción a los otros actores políticos consagrados en la misma constitución como son los estados y las municipalidades, que históricamente han tenido una participación en el campo de la salud. No generar esta dinámica sería desnaturalizar la rectoría del organismo centralizado. En el caso francés, el ente nacional orienta y controla, los demás organismos descentralizados actúan bajo su responsabilidad, generando una actividad creadora en el cumplimiento de esas políticas.

no son evaluados, b) las políticas y programas no son resultado de un consenso entre todos los actores políticos, c) debilidad en los procesos institucionales básicos como son planificación, información, presupuesto, monitoreo y evaluación, d) cambios constantes del personal directivo (anuales). En cuanto a las instalaciones físicas de las instituciones de salud del MSDS, se encuentran fuera de servicio un 70% aproximadamente (13, 14). Actualmente el gobierno asigna el presupuesto a los hospitales según el número de camas de hospitalización. Los programas de políticas públicas del MSDS dirigidos a mejorar las principales causas de morbimortalidad del país son pocos conocidos por las instituciones de salud pública (12, 16). Los actores individuales más importantes son: el ministro de salud (asigna los recursos ordinarios y extraordinarios, dota directamente a las instituciones de los equipos médicos), el gobernador del Estado ( nombra los directores de los hospitales), en los municipios el alcalde ( nombra los directores de las instituciones de salud de atención primaria) y el director del hospital ( maneja el presupuesto ordinario de la institución). Ellos son los que toman las decisiones de las instituciones. Por otra parte, los actores colectivos son el cuerpo médico y el sindicato de los trabajadores. En cuanto a la seguridad sanitaria, se evidenció que en uno de los hospitales más importantes del país, se cumple con menos del 50% de la normativa legal en el manejo de los desechos hospitalarios (17). Sobre este aspecto, en Francia se estima que hay entre 500.000 a 800.000 pacientes al año que contraen una infección nosocomial durante su hospitalización y

10.000 decesos por esa causa (18). En Venezuela se desconoce la cifra real, pero se presume que debe ser muy elevada. Es importante resaltar que encuestas realizadas por diversas investigaciones en las instituciones de salud del país (respondidas por los jefes de servicio, enfermeras graduadas, personal profesional y obrero), reflejan el deseo de los entrevistados a contribuir en el mejoramiento de su institución (10, 13, 14, 19, 20). Ese deseo no es menor del 90% del personal. Lo que indica que *si el personal participa en la toma de decisiones de su institución, estaría dispuesto a contribuir en el mejoramiento del desempeño, aun en las condiciones en que se encuentran.*

**Síntesis: Amenazas y oportunidades.** Entre las amenazas: desequilibrio en el poder público, perfil epidemiológico heterogéneo y complejo, creciente ingobernabilidad, deterioro de la calidad de vida, financiamiento irreal del sistema de seguridad social, bajo DI del sistema de salud, desconocimiento de políticas de calidad en el sector salud. Entre las oportunidades: país con grandes reservas minerales, posee una importante cantidad de estructuras de salud pública, contexto reglamentario basado en principios fundamentados, gobiernos locales con autonomía política y deseos de participación del personal de las instituciones de salud.

**¿Qué hacer?.** Buscar la participación y el equilibrio político en las decisiones. **¿Cómo?** Según la Constitución y la nueva Ley (LOSSS), el MSDS debe generar una política integral de salud. La LOSSS especifica que dicha política debe generarse coordinando la participación de las instituciones y organizaciones que tienen efectos en la salud,

a través de la creación de espacios de diálogo y concertación<sup>12</sup>. Sin embargo, históricamente el gobierno central ha impuesto sus decisiones. Suponemos que se debe, entre otras cosas, a que el contexto local no ha presentado sus exigencias en forma coherente, articulada y en la que se recojan las exigencias reales de la colectividad. Esta realidad hace imperativo un diálogo entre los diferentes actores y una concertación previa en ese contexto (ver figura 2) que permita el equilibrio y el éxito de los planteamientos o exigencias que se presenten al gobierno central. A continuación, la contribución de los actores políticos locales en el Proyecto de Establecimiento:

a) **Personal de la institución de salud:** existe una serie de actores (ver figura 1), que al lograr coherencia interna y cierto dominio del medio que los rodea pueden imponer sus estrategias (21). Existe una experiencia en la que

una institución de salud privada, en menos de un año, logró cambios exitosos en su ingeniería clínica, creando un proyecto de crecimiento a cinco años (22)<sup>13</sup>.

b) **La comunidad:** la participación de la comunidad es un concepto nuevo contemplado dentro de la Constitución y la LOSSS<sup>14</sup>. Sin embargo, en los diferentes proyectos realizados en Venezuela no ha habido participación directa de la comunidad. La participación directa de la comunidad<sup>15</sup> contribuiría a conocer y tomar en cuenta *sus valores culturales y costumbres* (15). En los países en vías de desarrollo esa participación podría lograrse asignándoles una pequeña contribución monetaria a las personas que deseen colaborar en el desarrollo del proyecto, lo que podría permitir su traslado a las reuniones y, en algunos casos, su alimentación<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> En la página electrónica del primer Ministro de Francia, se pudo constatar que una de las políticas del sistema de salud francés es la concertación y el dialogo entre los diferentes actores.. La página fue revisada el día 20/02/2004, [http://www.archives.premier-ministre.gouv.fr/jospin\\_version3/es/ie4/contenu/29516.htm](http://www.archives.premier-ministre.gouv.fr/jospin_version3/es/ie4/contenu/29516.htm). Igualmente, el Código de Salud de Francia (9) especifica cuales son las funciones de cada uno de los actores de la salud

<sup>13</sup> Conocidos los objetivos y las actividades a desarrollar en un año, los asesores mantenían reuniones semanales con miembros de la junta directiva y cada mes con la asamblea de médicos. La participación de los profesionales no médicos, enfermeras, pacientes y obreros se realizaba mediante encuestas estructuradas y otros métodos como la lluvia de ideas y pareto. En Francia la colectividad no juega un gran rol dentro de las decisiones del hospital (21).

<sup>14</sup> La participación de la comunidad fue una de las políticas adoptadas para mejorar el más importante hospital pediátrico de Vietnam, las otras fueron: definición de enfermedades prioritarias, adaptación de técnicas de cuidados médicos y descentralización» (23).

<sup>15</sup> La participación de la comunidad se limitaba a llenar encuestas. El objetivo de la encuesta en algunos casos era conocer: a) el grado de satisfacción de los cuidados médicos, b) los servicios más utilizados, c) nudos críticos que afectan su satisfacción, d) como afecta al funcionamiento de los servicios no médicos y otras informaciones. Como caso práctico, (24) se pudo determinar que los militares de los grados superiores no utilizaban el hospital, prefiriendo asistir a clínicas privadas y que el servicio de laboratorio era el más solicitado.

<sup>16</sup> Sería similar a lo que se hace con los estudiantes universitarios que realizan sus tesis de grado, se les da una ayuda monetaria mensual de aproximadamente de US\$ 80.

- c) **Autoridades locales:** es imprescindible el apoyo político local. Ejemplo de ello, ocurrió en el hospital pediátrico más importante de Venezuela (14), a quien la autoridad local le había otorgado autonomía de gestión. Con base en ella, se desarrolló un proyecto que logró la recuperación del mismo en menos de un año<sup>17</sup>, sin embargo, al cambiar la autoridad política local, esa autonomía fue retirada, el proyecto no pudo continuarse y resurgieron los antiguos problemas que existían en la institución.
- d) **Otras instituciones de salud:** según la declaración de Alma Ata de 1978, una institución de salud no puede estar aislada. En el caso de los hospitales, debe existir coherencia y articulación entre los diferentes establecimientos de salud de una región<sup>18</sup>. Estos tienen que ver con la planificación de los servicios médicos primarios. En este sentido la autoridad política regional debe gestionar que todos los representantes de las instituciones de salud de su localidad participen y cooperen en el desarrollo del proyecto de establecimiento<sup>19</sup>.
- e) **Institutos de Educación Superior:** una de las funciones de las universidades es la de generar conocimiento, si ese conocimiento es producto de la investigación de campo mucho mejor. Algunas autoridades locales y regionales, conscientes de esa realidad, han propiciado este tipo de investigación, algunos de los resultados de dicha iniciativa han sido mencionados en ésta investigación. La fortaleza de la participación de la universidad es que ubica, sistematiza y ordena la información, para posteriormente tomar decisiones. Dicha información se encuentra dispersa y ubicarla tiene un costo monetario prohibitivo para las débiles finanzas públicas<sup>20</sup>.
- Una de las funciones fundamentales iniciales de estos actores locales es la de realizar una reflexión que conduzca a una visión clara de los objetivos que quieren alcanzar. Es lo que se llama una reflexión estratégica (26) y ésta debe contener los problemas públicos de salud (será definido en el modelo conceptual) que la institución de salud debe mejorar<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> Este proyecto fue objeto de la aprobación de un apoyo económico por parte de la Unión Europea por un monto de 4.000.000 de euros. Actualmente, el gobierno de Venezuela gestiona el apoyo suscrito. Para mayor información visitar la página electrónica [www.delven.cec.eu.int/es/Cooperación/Cooperación.htm](http://www.delven.cec.eu.int/es/Cooperación/Cooperación.htm)

<sup>18</sup> En Venezuela no hay cultura para trabajar como un sistema local de salud (10).

<sup>19</sup> El Código de Salud Francés incentiva diferentes tipos de gestión entre las instituciones de salud de una región. Inclusive en el proyecto de un establecimiento es imprescindible la participación y la cooperación de los otros establecimientos.

<sup>20</sup> Para ubicar, clasificar y tomar decisiones basados en la información, se desarrolló un método de pasantías y de tesis de grado de los estudiantes universitarios dentro de las instituciones de salud. El método ha dado muy buenos resultados (25)

<sup>21</sup> Es imprescindible que los objetivos que se quieran alcanzar no sean muchos, se recomiendan al menos cinco problemas públicos de salud (23).

**Objetivo de la investigación:** ésta investigación tiene como objetivo general: *Proponer un MODELO de proyecto de establecimiento a fin de mejorar el desempeño institucional de los establecimientos de salud, lo que contribuiría a mejorar las condiciones de salud de la población.* Los objetivos específicos son: evaluar la política o programa de la enfermedad definida como problema público (PP), evaluar el DI de la institución de salud basada en la política o programa, elaborar el plan de acción conociendo las fortalezas y debilidades de ese desempeño, estudio y preparación del proyecto médico y de los proyectos satélites.

### MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

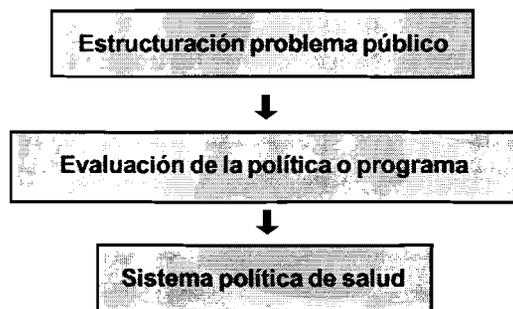
A continuación, se presentan las bases conceptuales sobre las que se fundamentan los objetivos específicos del trabajo. *Evaluar la política o programa de la enfermedad definida como problema público:* se define el tipo de análisis de políticas basado en la estructuración de los problemas públicos (PP). Ver la figura 3.

*La Estructuración del problema público (PP):* debe ser vista de manera multivariada (27, 28), basada en la multiplicidad de actores, métodos, perspectivas y factores. El enfoque se fundamenta en el multiplicismo crítico (28), que está reconocido en la literatura especializada como post-racional (27). El proceso de estructuración pasa por considerar tres aspectos esenciales (28). a) Definición de PP: son los que expresan de manera directa los intereses colectivos y que favorecen los consensos sociales (27). Por tal motivo, disminuir la mortalidad, la morbilidad y mejorar la calidad de vida es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, meta que toda sociedad desea alcanzar. El PP, como se comentó, debe ser definido por los actores de la localidad de la institución de salud<sup>22</sup>. Es importante resaltar que un problema bien formulado es un problema mitad resuelto (26). b) Sistematización de los factores asociados a los PP: las enfermedades son producidas por múltiples factores asociados a los PP<sup>23</sup>, por lo cual se debe realizar un esfuerzo analítico de ordenación (27). c) Desarrollo de los sistemas de seguimiento y evaluación: las polí-

---

<sup>22</sup> Las instituciones francesas deben guiar sus problemas públicos a la orientación estratégica de los «Esquemas Regionales de Organización Sanitaria» (SROS) y la Conferencia Regional de Salud. Estas organizaciones no existen en Venezuela, aunque se mencionan en la LOSSS. Como ejemplo de un PP, puede ser la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (primera causa de muerte en Venezuela).

<sup>23</sup> En el caso de las enfermedades cardiovasculares (EC), hay evidencia empírica que las relacionan con algunas condiciones socioeconómicas, con el sistema educativo y otros autores con la influencia de factores ambientales. Por tal motivo, las EC deben ser analizadas como un proceso multivariado en el cual el sistema de salud es apenas un componente que en algunas ocasiones no es el más significativo (12). Los sistemas políticos más importantes para mejorar las condiciones de salud son: la educación, el demográfico, el medio ambiente, el socio-económico y el de salud (30)



**Figura 3.** Evaluación de la política o programa

ticas públicas orientadas a modificar los sistemas de políticas, pueden tener efectos deseados como también efectos negativos. Esas expresiones empíricas son obtenidas a través del seguimiento y la evaluación<sup>24</sup>.

*Evaluación de la política o programa:* en Venezuela se han formulado políticas o programas orientados a evitar la mortalidad y a prevenir las principales enfermedades. Sin embargo, estos en algunos casos no han definido bien el PP y no han considerado que estas enfermedades estén determinadas por múltiples problemas<sup>25</sup>. Adicionalmente, no ha existido cultura de evaluación<sup>26</sup> de las políticas públicas que haya

permitido valorar su efecto e identificar requerimientos para su redefinición (30).

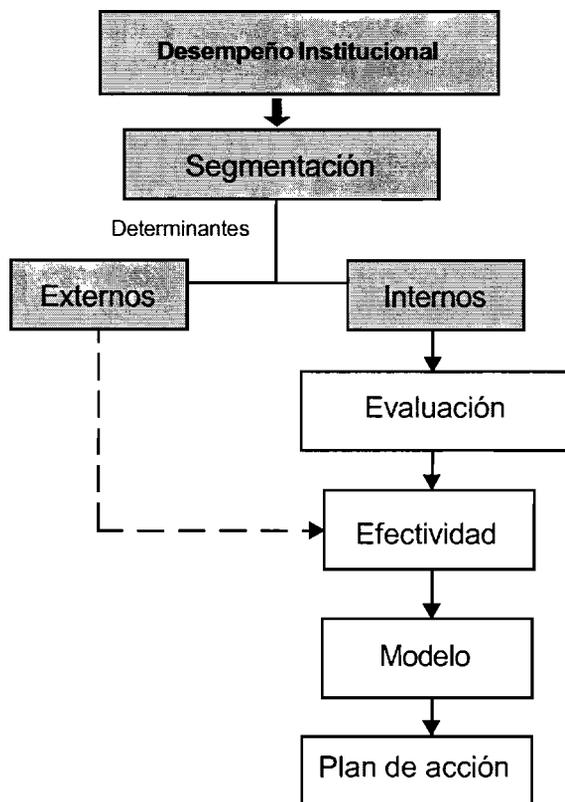
*Sistema político de salud (SPS):* la política o programa debe expresar cómo el sistema de salud va a mejorar las condiciones de salud de la población. Esto nos lleva a otra consideración fundamental: «*la relación entre el sistema de salud y la condición de salud sólo es posible evidenciarla a través del estudio del desempeño institucional*» (DI).

**Evaluación del DI de la institución de salud basada en la política o programa:** el DI es la capacidad que tenga el sistema de salud para brindar a la población el mejoramiento de las *condiciones de salud (efectividad)*, *utilizando los recursos disponibles con eficiencia y distribuyendo equitativamente el financiamiento y la prestación de los servicios en función de alcanzar los objetivos trazados en las políticas de salud*. En la figura 4 se esquematizan las diferentes etapas de la evaluación. *Segmentación:* es una estrategia gerencial que se utiliza debido a que es extremadamente difícil desarrollar una estrategia sobre una enfermedad que tenga múltiples clasificaciones, las cuales a su vez se dividen en diferentes manifestaciones.

<sup>24</sup> Mediante la definición y sistematización de los problemas públicos es que se puede originar un modelo conceptual para evaluar el programa político. Es decir, analizar los objetivos generales que plantea, los objetivos específicos, las metas o productos, las actividades que permitirán alcanzar tales metas, así como las estrategias y el plan de acción, el cronograma de actividades, donde se ejecutarán las políticas y a quien van dirigidas (30). Es decir, se busca si en el programa existe el error tipo III (Raiffa en Dunn 1994: p 151).

<sup>25</sup> Al evaluar el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas de niños en Venezuela implementado desde 1981 dio como resultado: a) fallas conceptuales del Programa debido a la presencia de un error tipo III, b) falta de coherencia interna del Programa, c) ámbito reducido de acción y d) el Programa no está asociado a los cambios de las tasas de mortalidad por diarrea en el período 1958-2000 (32).

<sup>26</sup> Por evaluación entendemos la «valoración sistemática de la operación o resultados de un programa o política comparado con un conjunto de normas o reglas explícitas o implícitas, como un medio de contribuir al mejoramiento de la política o programa» (31).



**Figura 4.** Evaluación y Proyecto

Por ello es recomendable escoger la manifestación que sea representativa de la enfermedad y que para su mejoramiento o solución requiera la intervención del mayor número de actividades que se realicen en la institución de salud. (26). Este último aspecto se fundamenta en el hecho que a partir de 1980, se produjo un cambio en la práctica médica. Anteriormente los servicios trataban aisladamente cada enfermedad, posteriormente, como consecuencia del desarrollo tecnológico y de las técnicas

médicas, se hizo necesaria la interrelación entre los servicios, lo que ha dado origen a la interdependencia entre ellos (33). La segmentación fue aplicada en un trabajo relacionado con el problema de las enfermedades cardiovasculares (EC)<sup>27</sup> (12). Estas enfermedades se clasifican en enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías reumáticas, la vascular periférica y la cardiopatía isquémica (CI) (34). En la investigación, la CI representaba la mortalidad más alta (49% del total de las EC); sus manifestaciones son el angor, la muerte súbita cardíaca y el infarto agudo de miocardio (IAM) (35). Debido a que el IAM representa la tasa mayor de mortalidad (82% de la CI) y que para su tratamiento se requiere la intervención de un gran número de servicios, se tomó dicha manifestación para evaluar el DI de la institución. Identificación de los *Determinantes*. Los determinantes del DI corresponden a dos grandes grupos: externos e internos. Los determinantes externos se refieren a los factores que influyen en uno de los procesos institucionales (planificación, presupuesto, información, monitoreo y evaluación). Son múltiples los determinantes internos del DI, sin embargo, el factor relacionado con el cumplimiento de la política o programa (36)<sup>28</sup> es el más importante. De acuerdo con el ejemplo al que se ha hecho referencia anteriormente, en el problema de las EC, el factor interno estudiado fue el cumplimiento de los criterios de la *American College of Cardiology* y *American Heart Association ACC/AHA* en los cuida-

<sup>27</sup> Primera causa de muerte del venezolano con una tasa de 133 x 100.000 habitantes (para el 2000).

<sup>28</sup> En la literatura se consiguen otras características en los determinantes externos e internos, pero para los efectos de este trabajo solo se mencionaran los de los procesos institucionales.

dos médicos de un paciente con IAM (37, 38); entre los factores externos estudiados se encontraban el porcentaje de ocupación (organización), los recursos financieros del hospital (presupuesto), lo relacionado con el ambiente físico y el equipamiento médico (logística), la elaboración de las historias médicas<sup>29</sup> (información y monitoreo), el personal médico especializado y las enfermeras graduadas (recurso humano) y el archivo de las historias médicas (planificación)<sup>30</sup> *Evaluación*: se realiza con la finalidad de verificar que en el proceso que se debe realizar para tratar la enfermedad (manifestación escogida a través de la segmentación) se hayan cumplido los llamados criterios normativos (39, 40) o estándares<sup>31</sup>. La evaluación debe ser retrospectiva y por lo menos debe analizarse por un periodo de tiempo de 10 años. En el ejemplo que se ha venido mencionando, para evaluar la aplicación de los conocimientos científicos, se utilizó la auditoría médica en un lapso de tiempo de 1990-2000.

*Efectividad*: algunos de los criterios utilizados para evaluar el DI (42, 43, 44) son la efectividad, la eficiencia y la equidad. Cada criterio representa un amplio campo en la investigación. Lo recomendable es desarrollar un criterio para evitar que los proyec-

tos sean complejos y su implementación incierta (45). En el ámbito de la evaluación de las políticas públicas de salud, el criterio más utilizado es la efectividad. La evaluación de la efectividad mide los cambios en las condiciones de salud de la población, entre los indicadores de la efectividad la calidad y la cobertura son los más importantes (6). La calidad es el indicador más utilizado en los países desarrollados para evaluar y mejorar sus sistemas de salud (46, 47), pero igualmente ha sido utilizada en los países africanos (23). Haciendo una síntesis de varios autores<sup>32</sup>, se define la calidad como: «*el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales, sin aumentar de forma proporcional los riesgos y con la mayor satisfacción del paciente, al manejar una información no solamente completa sino también racional y válida*». La cobertura es un indicador más fácil de definir y se puede decir que es: «*la proporción de la población cubierta por determinado servicio de salud*»<sup>33</sup>. Generalmente, «*las políticas y programas de salud deben estar orientados al aumento de la cobertura y a la calidad de los servicios prestados o a las dos cosas simultáneamente, como criterios de base*». A continuación se pasa a responder ¿Qué se debe evaluar?

<sup>29</sup> En la elaboración de las historias médicas se van a evaluar si están todos los datos del paciente, los factores modificables y no modificables de la enfermedad.

<sup>30</sup> Se pueden realizar otros indicadores.

<sup>31</sup> Ese proceso es definido como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, como sería un examen y el cumplimiento satisfactorio <sup>de normas de prácticas</sup> (41).

<sup>32</sup> En la literatura hay mucha información sobre la calidad de los cuidados médicos (18,31,33,40,42,43,44,47,48)

<sup>33</sup> En Venezuela, generalmente, la cobertura de sus programas se establece como exitosa cuando alcanza un 80% de la población (por ejemplo, el programa de cáncer de mama).

*Modelo de Hatry:* para evaluar el desempeño, Hatry (49) propone un Modelo Lógico en el que la medición debe basarse en los resultados («outcomes») más que en los productos («outputs») que una institución ofrece. Los resultados tienen que ver con los beneficios finales que los ciudadanos obtienen de los servicios prestados<sup>34</sup>. En el ejemplo ilustrativo se evaluó si fueron aplicados los criterios indicados internacionalmente para tratar a los pacientes con IAM.

*Plan de acción conocidas las fortalezas y debilidades del DI:* el conocimiento de las fortalezas y debilidades hace más viable la realización del proyecto médico. Retomando el ejemplo de la medición de la calidad de la atención médica a los pacientes con IAM, a través de la evaluación del DI del servicio, se pudieron identificar sus debilidades y fortalezas (ver tabla 2).

*Estudio y preparación del proyecto médico<sup>35</sup> y de sus proyectos satélites:* una vez conocidas las fortalezas y debilidades, si estas últimas no permiten la solución de los problemas públicos de salud es recomendable el desarrollo de un proyecto de establecimiento. El proyecto de establecimiento

consiste: «en mejorar o solucionar los problemas públicos de salud (identificados por los actores locales y nacionales) mediante el desarrollo de un proyecto médico. El proyecto médico a su vez, debe generar los proyectos satélites (cuidados de enfermería, ingeniería clínica, social, gerencial y de política de calidad), que le permitirán alcanzar los objetivos deseados. El proyecto de establecimiento, generalmente, tiene una duración máxima de cinco años. Sin embargo, ello no impide que sea revisado antes de su culminación». El proyecto médico debe ser elaborado sobre la base del conocimiento de las principales enfermedades definidas como problemas públicos de salud y la decisión del cuerpo médico de la institución de mejorarlas o solucionarlas. Generalmente, se inicia elaborando un protocolo de acción, con ésta información se definen los objetivos médicos para un período de tres a cinco años. Ese protocolo se puede presentar como una «Guía de Procesos Asistenciales Integrados»<sup>36</sup>. Esta guía europea se basa en la gestión de procesos, en la cual se analizan los componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo, integra el conocimiento actualizado y procura cierto énfasis en los resultados obtenidos.

<sup>34</sup> Hatry explica que los resultados son de dos tipos: a) resultados intermedios (por ejemplo, el número de la población en las instituciones de atención primaria) y b) los finales (cumplimiento de la cobertura y la calidad de servicios prestados)

<sup>35</sup> En Francia el Proyecto Médico es elaborado sobre las reflexiones llevadas a cabo en los diferentes servicios médicos y el establecimiento, tomando en cuenta la oferta de las necesidades médicas (carta sanitaria y el esquema regional de salud) especialmente las que son de su responsabilidad dentro de su área de influencia. Con esta información se definen los objetivos médicos para el período de tres a cinco años (9). Como Venezuela no tiene ese organismo y la información no está disponible, se requiere un acuerdo muy amplio para definirlo (actores locales y el MSDS).

<sup>36</sup> Como un ejemplo, se puede estudiar la que presenta la página web de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía-España: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/>

**Tabla 2.** Capacidad de ofertar cuidados médicos del Servicio de Cardiología

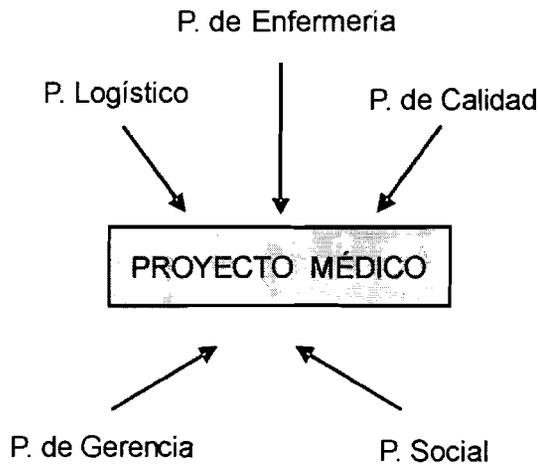
Cuidados	Demanda	Oferta	Debilidades	Fortalezas
Diagnóstico básico	Diagnóstico clínico, ECG, laboratorio	Hay capacidad	Presupuesto, organizacional, logístico, planificación, monitoreo e información.	Posee el recurso humano especializado. Las instalaciones físicas son adecuadas.
Diagnóstico especial	Cateterismo, laboratorio especial, ultrasonido intravascular (no se dispone del equipo médico), holter, prueba de esfuerzo, tilt-test, monitoreo de cuidados coronarios.	Se realiza el diagnóstico no invasivo. Los demás diagnósticos son irregulares*.		
Tratamiento básico	Fármacos: inotrópicos, vasodilatadores, diuréticos, antiarrítmicos, trombolíticos anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios. Marcapaso externo.	Es irregular*		
Tratamiento especial	Angioplastia, cirugía cardiovascular, el desfibrilador implantable y el marcapaso temporal.	Es irregular*		

\* Es irregular: ya que depende de la disponibilidad del momento del suministro de los insumos, de los equipos médicos, del laboratorio y los fármacos por parte de la administración del Hospital.

Fuente: Mijares *et al* 2004 (50)

nidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos, hasta lograr un grado de homogeneidad razonable. Finalmente, todos estos planteamientos se ven concretados en una representación gráfica o arquitectura de procesos que incluye criterios de interconsulta, hospita-

lización, uso de pruebas diagnósticas, tratamientos basados en la evidencia científica, cuidados de enfermería y educación sanitaria y uso de telemedicina. Con esta información se pueden desarrollar los proyectos satélites. *Proyectos satélites*: elaborado el proyecto médico (guía de procesos a cumplir por problema público) se desarrollan los proyectos satélites (ver figura 5).



**Figura 5.** Una constante estratégica. Código de Salud francés.

Estos proyectos deben ser elaborados por los encargados de cada departamento del hospital, asistidos por un especialista. Para su desarrollo, es imprescindible tener un inventario de todo lo que se posee y las condiciones en las que se encuentran (en la actualidad no existen en los hospitales).

Por otra parte, se debe señalar la demanda y la oferta de cada equipo. La experiencia en diferentes proyectos<sup>37</sup> ha mostrado que el inventario en una institución, se puede realizar en tres meses asistido por aproximadamente 25 estudiantes de diversas especialidades de la ingeniería y la arquitectura, dirigidos por tres especialistas. Una vez obtenida esa información, permite la definición de los objetivos específicos, modalidades de acción, la implicación de

diversos actores, de los medios que se requirieren, tiempo y presupuesto.

*Etapas de la concertación:* luego de elaborado el proyecto conjunto (médico y satélites) se procede a la aprobación del mismo por todos los actores locales y del MSDS. Es importante resaltar que la inversión necesaria para mejorar una institución de salud, tomando en cuenta las condiciones en las que se encuentran las instituciones venezolanas, es aproximadamente del 5% al 6% del costo total anual de la institución durante los primeros tres años, luego podría disminuir a 3% ó 4% anual (14, 51).

*Monitoreo y evaluación del proyecto de establecimiento:* mediante indicadores de calidad y cobertura se debe evaluar el proyecto a fin de ajustar y regular los alcances del mismo.

### Metodología

Esta sección hace operativo el marco conceptual planteado y las premisas sobre las que se sustenta son las siguientes: a) es necesario conocer el contexto general y local de la institución de salud para generar estrategias de consenso y participación entre los actores políticos, b) los problemas públicos son los que expresan de manera directa los intereses colectivos y que favorecen los consensos sociales, c) las condiciones de salud son dadas por el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de la morbilidad en la población, d) las condiciones de salud son determinadas de

<sup>37</sup> La ingeniería clínica abarca la gestión de instalaciones (eléctricas, aguas blancas, ascensores, aguas negras, aire acondicionado, comunicación), equipos médicos, equipos industriales, cocina, lavandería, arquitectura, señalización y seguridad sanitaria.

manera multivariada, e) la evaluación de la política o programa público debe ser retrospectiva y basada en su estructuración, f) la participación del sector salud se basa en el desempeño de las instituciones que lo componen, g) los determinantes del DI están divididos en dos tipos, internos y externos (ellos permiten conocer las fortalezas y debilidades de la institución), h) el criterio de evaluación (inicial) es la efectividad (medida en la calidad y cobertura), i) el análisis del desempeño de las instituciones públicas debe realizarse con base en un determinado período histórico, j) el análisis del desempeño institucional, debe basarse en el análisis de un programa o política específica, k) la medición debe basarse en los resultados («outcomes») que una institución ofrece, l) conocido el DI se debe generar el plan de acción (proyecto médico) y m) El proyecto de establecimiento debe contener un proyecto médico como eje, alrededor del cual se desarrollen los proyectos satélites de la institución de salud; su dimensión debe ser prospectiva a cinco años.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **Conclusiones**

El modelo político-gerencial, que se ha venido desarrollando a través de la sistematización de experiencias en diversas instituciones de salud de Venezuela y el estu-

dio del sistema de salud francés, es una herramienta que puede contribuir al mejoramiento del desempeño de las instituciones de salud. El modelo toma en cuenta tres aspectos fundamentales: la evaluación de la política, la evaluación del desempeño institucional y el estudio y desarrollo del proyecto médico y de los proyectos satélites. Para su desarrollo es importante tomar en cuenta el contexto general y local, así como conocer las fortalezas y debilidades asociadas a la ejecución del modelo. Lo que se pretende con el modelo es articular el proyecto de establecimiento plurianual al sistema político de salud de cada país.

### **Recomendaciones**

El modelo presentado permite la viabilidad y continuidad de los proyectos, características de las que adolecen muchos de los planes que se han desarrollado para mejorar el desempeño en las instituciones de salud de Venezuela. Se sustenta en el consenso, razón por la cual es necesario que todos los actores involucrados propicien el acuerdo que permita su establecimiento. ■

## REFERENCIAS

1. Oficina Central de Estadística e Informática Venezuela: estimaciones y proyecciones de población 1950-2035. Venezuela : OCEI; 1995.
2. Ministerio de Salud y Desarrollo Social . Anuario Epidemiológico. Venezuela: MSDS; 2000.
3. Navarro J C. Reforming Social Policy in Venezuela: implementing targeted programs in the context of traditional pattern of public intervention . Inter-American Development Bank. EE.UU; 1994.
4. Sabino C . De cómo un estado rico nos llevó a la pobreza. Hacia una nueva política social. Cedice. Caracas: Panapo; 1994.
5. Kelly J. The Question of Inefficiency and Inequality: social Policy in Venezuela. En: Goodman L et al Lessons of the Venezuelan. Experience. The Woodrow Wilson Center. Washington, DC: The John Hopkins University Press; 1995. p. 283-310.
6. González M Reformas del Sistema de salud en Venezuela. (1987-1999): balance y perspectivas. Proyecto conjunto CEPAL/GTZ. . Santiago de Chile: Publicaciones de las Naciones Unidas; 2001.
7. Mijares-Seminario, R; Lara L; Rincón E. Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública: Caso Venezuela. En: I Congreso Venezolano de Bioingeniería. Coro. Venezuela; Mayo 2002.
8. González M. Lecciones y perspectivas de la Reforma del sistema de Salud de Venezuela (1990-2002). Trabajo de ascenso para ascender a la categoría de profesor Titular de la Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela. 2003.
9. Code de la Santé Publique (Código de la Salud Pública de Francia): 5a ed.. Francia: Dalloz; 2001.
10. Pérez-Itriago A, Jaén M .Descentralización de la Salud: por una atención de calidad. Propuestas y escenarios. En: Casanova R, Navarro J, Jaén M y Corredor J. Descentralización de la Educación, la Salud y las Fronteras, la distribución del poder. COPRE-PNUD. Serie Venezuela, la Reforma del Futuro. Caracas: Nueva Sociedad; 1993.
11. Rincón-Osorio E. Evaluación del desempeño de servicios ambulatorios de prevención de cáncer de mama. Estudio de caso (Tesis de post grado). Caracas: Universidad Simón Bolívar; 2003.
12. Mijares-Seminario R. Evaluación del desempeño institucional del Servicio de Cardiología del Hospital Militar «Dr. Carlos Arvelo». Rev Av Cardiol 2004; 23: 2-12.
13. Lara L , Mijares-Seminario R. Plan Maestro de Arquitectura e Ingeniería para un Sistema Local de Salud. Presentación oral en el I Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica (p.18 del programa de actividades del Congreso). Mazatlán ( México). Noviembre 1998.
14. Mijares-Seminario R y Lara E. Establishment of a Clinical Engineering Department in a Venezuelan National Reference Hospital. J Clin Engineering. 1997; 22: 239-248.
15. López L. Asistencia Cardiovascular en el Tercer Nivel de Atención Médica. Trabajo presentado ante la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela para ascenso de profesor. Caracas; 2000.
16. Mijares-Seminario R, Lara L y Silva R. Evaluación del establecimiento de una Gerencia de Ingeniería Clínica en una Institución de Salud Médico Asistencial privada en Venezuela. Proyecto contratado a FUNINDES-USB, por parte de la Clínica Loira de Caracas. Caracas, Venezuela. 1999.
17. Mata A, Reyes R, Mijares-Seminario R. (Febrero). Manejo de desechos hospitalarios en un hospital tipo IV de Caracas, Venezuela. Rev Interc 2004; 29: 89-93.
18. Tabuteau D . La sécurité sanitaire. 2e éd. Paris: Berger-Levrault ; 2002.
19. Mijares-Seminario, R; Lara, E; Silva, R; Berutti, L; Pineda, M; y Lugo, R. La infraestructura de los hospitales venezolanos. Memorias del II Congreso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica. La Habana. Cuba; Mayo 2001.

20. Mijares-Seminario R y Lara E Implantación de una Gerencia de Ingeniería Clínica en el Hospital Militar «Dr. Carlos Arvelo». Proyecto contratado a FUNINDES-USB, por parte del Servicio de Sanidad Militar. Caracas; 2001.
21. Contandriopoulos A.P, Souteyrand I. L'hôpital strâtege: dynamiques locales et offre de soins. Paris : John Libbey Eurotext; 1996.
22. Lara L, Mijares-Seminario R Implantación de un sistema de ingeniería clínica a una institución de salud privada: Caso Clínica Loira. Proyecto contratado a FUNINDES-Universidad Simón Bolívar. Venezuela por parte de la Clínica Loira. 2000.
23. Ministère des Affaires Étrangères de Francia. La dynamique du projet d'établissement: guide en organisation hospitalière dans les pays en développement.. Paris: La Documentation française; 2001.
24. Mijares-Seminario, R . Sistema Logístico de Mantenimiento para el Hospital Militar Dr Carlos Arvelo". (Tesis de M.Sc.). IUPFAN, Venezuela; 1993.
25. Mijares-Seminario R. Sistemas de pasantías en instituciones de salud. Rev. Sonrisas 1996; 23: 51-70.
26. Cremadez M . Le management stratégique hospitalier. Paris: Inter Editions; 1992.
27. MacRae, D. Policy Indicators. Links between Social Science and Public Debate. . EE.UU: The University of North Carolina Press; 1985.
28. Dunn, W. Public Policy Analysis: An Introduction. 2a ed. Pittsburgh: Hall (University of Pittsburgh); 1994.
29. White, L. Values, ethics, and standards in policy analysis. En: Stuart S Nagel. Encyclopedia of Policy Studies. 2nd ed. Washington D.C: SAGE Publications, 1994. p. 857-879.
30. González, M.. Desarrollo y uso de modelos de políticas públicas: análisis de la experiencia docente en el Postgrado de ciencia Política de la Universidad Simón Bolívar, Venezuela (1998-2001). Trabajo presentado en el Panel «Reforma del Estado, postgrados, investigación, y transferencia hacia el sector público, en el VI Congreso Internacional del CLAD. Buenos Aires, Argentina. 2001.
31. González M. A policy oriented framework to evaluate determinants of child health conditions: conceptual foundations and empirical analysis. Pittsburgh: Universidad de Pittsburg; 1998.
32. Curcio P. Estructuración de problemas públicos: evaluación del programa de control de diarreas en Venezuela (Tesis doctoral para optar al título en Ciencias Políticas). Caracas: Universidad Simón Bolívar. 2003.
33. Clément J-M. 1900-2000: La mutation de l'hôpital. París : Grafo S.A. ; 2001.
34. Martínez, F; Antó, J; Castellanos, P; Gili, M; Maset, P; Navarro, V. Salud Pública. México: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1998.
35. Morales E; Castro, R; Castro, N.. Perspectiva Venezolana de la Cardiopatía Isquémica. Caracas: OCEAN; 2000.
36. Weiss, C. Evaluation. Methods for Studying programs and Policies. Washington. D.C.:Prentice-Hall, Inc.; 1998.
37. American College of Cardiology (ACC) y de la American Heart Association (AHA). Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol 1990; 16: 249-92.
38. American College of Cardiology (ACC) y de la American Heart Association (AHA). Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction. . J Am Coll Cardiol 1996; 18: 250-93
39. Morehead MA. The Medical Audit as an Operational Tool. Am J Public Health 1967; 57:1643-1656.
40. Donabedian A. Explorations in Quality Assesment and monitoring. Vol. II: The Criteria and Standards of Quality Assesment and Monitoring. An Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1982.
41. Fernàndez A. Les nouveaux tableaux de bord des décideurs. 10a éd. Francia: Éditions d'Organisation; 2000.
42. Starfield B. Primary Care, Concepts, Evaluation and Policies. New York: Oxford University Press; 1992.

43. Aday, Lu Ann; Charles E. Begley; David R. Lairson; Carl H. Slater (Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency and equity. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1993.
44. Leger A.S.; H Schnieden; J.P. Walsworth-Bell . Evaluating Health Services effectiveness: A guide for Health professions, service managers and policy makers. Milton Keynes (PA): Open University Press; 1992.
45. Berman P. Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable. Health Policy 1995; 32: 13-28.
46. Maders H-P; Clet E. Le management d'un projet. ; Francia: Les Éditions d'Organisation ; 1998.
47. Bradshaw P. Modernizing the British National Health Service (NHS)–some ideological and policy considerations. J Nurs Manag 2003; 11: 85-90.
48. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1980
49. Hatry, Harry P. Performance measurement: Getting results. En: B Guy Peters & Jon Pierre. Handbook of Public Administration. Washington. D.C.: SAGE Publications (The Urban Institute); 1999. p. 55-100.
50. Mijares-Seminario R, Lara L, Della P y Rincón E. Gestión Tecnológica en un Ministerio de Salud. Rev. Sanid Milit Mex. 2004; 58: 434-442.
51. Desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1998.