

BASES DE LA SALUD PÚBLICA

El artículo que sigue es la continuación de una serie iniciada en el Volumen 45, N°1, (abril 2005) de Cuadernos, cuyo objetivo ha sido contribuir a la exposición de los aspectos teóricos más importantes de la Salud Pública, en su vinculación con la aplicación práctica de sus diversas disciplinas en nuestro país. Esperamos que estos documentos den lugar a debates tan valiosos como el que quiso provocar el Dr. Salvador Díaz Pérez con su tesis de 1957, tesis a la cual el artículo que sigue es una respuesta parcial a través del tiempo.

La Administración Sanitaria: Cuadro Sinóptico

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen. Objetivo del artículo

Se presenta de manera sintética el campo de una de las grandes disciplinas que integran la Salud Pública: la administración de los sistemas de atención de la salud. En un trabajo anterior de esta serie se dice: "Las dos disciplinas básicas de la Salud Pública, sobre el cimiento de la Medicina, son la Epidemiología y la Administración, ambas estrechamente relacionadas" (Cuad Med Soc 2006; 46/3: 212-227).

No se trata de mostrar Teorías de la Administración, sino de facilitar la entrada al tema de quienes trabajan en instituciones de atención de salud y "viven" y tratan de comprender las situaciones y los problemas administrativos que afloran en ellos. Ello se hace tan sólo a partir de la experiencia práctica y docente del autor.

Se esbozan las dos vertientes de la administración: la Organización y el Manejo. Para cada una se diseña el trazado o retículo sobre el cual se pueden ordenar los respectivos componentes: definición, principios, estructura, funciones, resultados esperados, defectos posibles, técnicas de ejecución. Todo ello se enfoca, primero, en el nivel general del sistema y después, en el nivel local. Finalmente se considera la relación entre la administración y los programas de servicios y también el comportamiento de la administración en épocas de cambio.

Se intenta lograr que los estudiantes y profesionales del sector puedan ubicar en este trazado las situaciones, los eventos y los problemas administrativos que les toca vivir en su trabajo diario; y que encuentren una primera orientación hacia las vías posibles de mejoramiento de la gestión del sistema de atención de la salud. Se trata de unir lo conceptual con lo empírico y de proporcionar una línea base desde la cual avanzar por entre la vasta literatura que se refiere a las ciencias básicas de la disciplina y a las habilidades técnicas requeridas. También se espera facilitar a cada interesado la sistematización y comunicación de las propias experiencias y ojalá la iniciación de investigaciones en este campo. El fin último es el de contribuir a mejorar la atención a la salud de la población.

¹ Médico, Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Asesor Departamento de Estudios, Ministerio de Salud de Chile. Correspondencia a: cmontoya@minsal.cl.

Figura 1
Subdivisiones del tema

| | NIVEL NACIONAL | NIVEL LOCAL |
|---------------------------------|--|--|
| ORGANIZACIÓN | <ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso de dividir y coordinar las tareas. 2. La estructura resultante: definición, roles, status, relaciones. 3. El diseño espacial del sistema y sus principios. 4. Resultados. 5. Problemas posibles. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivos. 2. Cargos y perfiles. Equipos. 3. Procesos de atención a las personas, grupos y ambiente. 4. Ejecución: en el espacio en el tiempo de insumos de calidad. |
| MANEJO | <ol style="list-style-type: none"> 1. Principios. 2. Niveles administrativos. 3. Funciones: distribución. 4. Resultados. 5. Problemas posibles. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Funciones. 2. Lo esencial: comunicación y liderazgo 3. Técnicas administrativas 4. Técnicas operacionales. |
| ADMINISTRACIÓN Y PROGRAMAS | | |
| ADMINISTRACIÓN Y CAMBIO | | |
| EVALUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN | | |

1. OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Sirve (latín: administrare = servir) a la sociedad para organizar y manejar lo mejor posible el sistema de atención de la salud, a fin de que éste ejecute correctamente el plan y los programas de salud basados en la política de salud. Del sistema interesan a la administración principalmente sus tres objetivos: elevar el nivel de salud; satisfacer a la población en términos del alivio del dolor, la explicación de las causas de éste y la certificación del rol de enfermo, con sus derechos; y contribuir al desarrollo del país. De la política de salud, le interesa el modelo de atención (integral), el nivel de racionalidad a que se aspira, y las políticas de recursos humanos y de recursos financieros.

Las bases teóricas de la Administración se encuentran principalmente en la sociología y en la psicología social. Algunas de sus aplicaciones operacionales se apoyan en ciertas ramas de la matemáticas, como la programación matemática y las probabilidades.

2. EL SISTEMA GENERAL DE ATENCIÓN

2.1. La organización

El término "organización" puede tomarse en dos sentidos: en el de "proceso de organizar" y en el de "organización producida". En el primer caso ha existido la necesidad de producir algo, un bien o un servicio; para hacerlo se han definido actividades "técnicas" y estas se han dividido en

tareas asumidas por un grupo "social" que las ejecuta de manera coordinada.

En el segundo caso nos encontramos con una estructura o anatomía; pero no con una estructura inerte, sino con un "organismo" o sistema, que tiene identidad, historia, cultura, diversas funciones, poder, intereses, objetivos, relaciones internas, y un entorno del cual toma insumos y al cual entrega productos, y con el cual mantiene unas interacciones de carácter cibernético. La "organización producida", si ha de subsistir y ser eficaz, productiva, debe ser capaz de adaptarse a los cambios del sistema mayor al cual pertenece, así como a los de los subsistemas que incluye.

2.1.1. Estructura

En la anatomía del Sistema General de Atención se distinguen las siguientes partes principales: los usuarios, los proveedores, los intermediarios financieros, las fuentes de financiamiento y, sobre todos ellos, una cabeza o dirección superior.

Los actores humanos que están en cada una de esas partes desempeñan roles. Aquí estamos hablando de sus roles institucionales y profesionales pero cada uno de los actores tiene además roles extra institucionales. El equilibrio entre ellos y la forma de desempeño depende de las motivaciones de los actores (subsistencia, pertenencia, vocación, paz interior).

Cada rol se corresponde con ciertas actividades típicas dentro del sistema. Por ejemplo, el rol de médico con la actividad "consulta médica". Es preciso definir cada rol y cada actividad típica.

Cada rol está asociado a una posición o status dentro de la organización. Los status están vinculados a la idea de autoridad y de determinados márgenes de libertad. Una fuente de status es la profesión o calificación de las personas. (En el hospital actual, el médico todavía tiene el status de tomador de decisiones; así debe ser también en el Consultorio).

Entre los status / roles hay relaciones de diversos tipos. Estos son: de línea; de asesoría; y de colaboración horizontal directa. Otras relaciones son las de participación y de coordinación.

La cabeza del sistema tiene un rol de mando. Es importante que exista unidad de mando. A su vez, el mando y todo el conjunto de roles está sometido a reglas, tales como leyes, reglamentos y normas técnicas. Un ejemplo preciso de tales reglas es el que se encuentra comprendido en el concepto de burocracia (Weber).

En relación con los roles extrainstitucionales mencionados hay también reglas, tanto formales como informales, unas visibles y otras invisibles.

Los status y relaciones de la institución se representan en organigramas funcionales.

La claridad de los roles y la adhesión de cada cual al suyo están relacionadas con la definición de los fines de la organización y del régimen social y político en que ésta está inmersa. Esas autenticidades o transparencias tienen que ver con la moral de los participantes y de sus dirigentes, y son requisitos fundamentales para el bienestar y la salud de la población.

2.1.2. El diseño espacial del sistema

Para este diseño hay cinco principios generales:

- la accesibilidad de los usuarios al sistema de proveedores: física, económica, técnica y sociocultural
- la economía y efectividad de escala (mayor a mayor tamaño)
- la administrabilidad de las partes o establecimientos (mayor a menor tamaño)
- la coordinación de las partes, las cuales han sido divididas para facilitar la ejecución de las tareas
- la parsimonia en el número de partes dependientes de un centro de mando o de control y en el número de niveles administrativos.

Estos principios conducen a un diseño territorial y poblacional, o geodemográfico. En Chile hay tres modalidades geodemográficas principales: el subsistema o red de atención de cada gran ciudad; el subsistema de cada ciudad intermedia; y el subsistema de cada ciudad pequeña, con su entorno rural (si lo hay). En cada modalidad hay establecimientos – tipo, como son los hospitales, los consultorios y las postas; en ellos se reúnen los “proveedores” de los distintos programas.

Desde el punto de vista de la forma de agrupación espacial de las personas hay otras tres categorías principales, que se cruzan con las anteriores: atención de base residencial (la que más se toma en cuenta), atención de base ocupacional (importante para grandes centros laborales) y atención de base escolar.

2.1.3. Resultados esperados: efectividad, eficiencia, equidad y participación, que son parámetros de la planificación y por lo tanto vinculan estas dos formas del pensamiento salubrista.

2.1.4. Posibles defectos estructurales de los sistemas: en la dirección, en las fuentes de financiamiento, en la intermediación financiera, en la asignación de recursos a los proveedores y en el diseño de la provisión.

2.2. El Manejo

2.2.1. ¿Quién maneja?

En el sistema público hay al menos tres niveles administrativos: central, intermedio y local. Cada uno tiene sus funciones “naturales”. El nivel central tiene la de expresar la política nacional de salud (generada en el sistema político), definir sus contenidos y velar por su cumplimiento. Tiene además 12 funciones específicas indelegables por ser de ámbito nacional (Ver Casilla N°1). Y a la capacidad para ejercer estas funciones corresponde el perfil del buen administrador general.

Casilla N°1
Funciones del nivel central o “cabeza”
del sistema público de salud

- Conocer y comprender el sistema de salud y su lugar en el sistema de gobierno nacional.
- Orientar al sistema hacia sus tres objetivos generales y sus cuatro funciones (promover, proteger, reparar y rehabilitar el estado de salud de la población, las personas y el ambiente).
- Diseñar o modificar y coordinar la red nacional de Servicios.
- Obtener la síntesis de información necesaria para gobernar, evaluar y explicar el sector.
- Formular el plan y las normas aplicables a todo el país y proponer la legislación pertinente
- Aprobar y consolidar el presupuesto nacional de salud, distribuyéndolo entre las regiones.
- Prever, preevaluar y evaluar los resultados del sistema.
- Nombrar, calificar o sancionar a los directores regionales y autorizar los actos de estos funcionarios.
- Controlar la tecnología que entra al país
- Emitir instrucciones sobre materias específicas de alcance nacional: control de epidemias y otras emergencias; resolver sobre nuevos métodos o procesos.
- Elaborar algunos contratos de largo plazo.
- Representar al sistema ante el Gobierno, los demás sectores y poderes, la población y el exterior.

2.2.2. Principios

La distribución de funciones entre los niveles administrativos se rige por seis principios:

- la subsidiaridad: cada nivel hace lo que no puede hacer el nivel inmediatamente inferior
- la reciprocidad entre niveles
- la unidad de mando
- los valores comunes
- el poner a la comunicación en el sitio preferente
- la orientación al futuro

Suele haber desviaciones respecto a la distribución natural de funciones entre los niveles: centralismo o descentralización. Estas desviaciones dependen de: el tamaño del país, su diversidad, la capacidad de cada nivel, y la fuerza de los intereses presentes en cada nivel.

Estos elementos están representados en los organigramas administrativos.

2.2.3. Resultados esperados

Son los mismos que se esperan de la organización.

2.2.4. Defectos posibles del manejo del sistema general:

- faltas del cumplimiento de las funciones y principios esenciales
- visión de corto plazo
- cuoteo o sectarismo en las designaciones.
- que todos los problemas lleguen a la cabeza del sistema para su solución
- que se realice mucho “trabajo” con pocos resultados
- que haya un exceso de personal sin funciones claras
- que no exista participación informada de los actores en la formulación y evaluación de las políticas, planes, presupuestos y normas del sistema de atención.

3. EL SISTEMA LOCAL DE ATENCIÓN

3.1. La organización local

3.1.1. Definiciones

Se precisa definir cada actividad y tarea y cuales son las de cada persona y unidad. Debe existir una descripción de los cargos y de los perfiles o capacidades de los incumbentes.

Se deben definir y constituir los equipos de trabajo, según Servicios hospitalarios, Sectores de APS, Programas y Centros de responsabilidad o de costos.

Los usuarios del sistema requieren y reciben las actividades y tareas, recorren los establecimientos, contactan a los equipos prestadores. De esta manera se configuran los procesos de atención. El aseguramiento de la efectividad y eficiencia de estos procesos en relación con las necesidades de salud de los usuarios es el objetivo central del Sistema de atención y, por ende, de su administración. El diseño, la implementación y la evaluación de dichos procesos constituye un plano de encuentro entre al menos tres esquemas de pensamiento de la salud pública: el de la clínica, el de la planificación y el de la administración. Se habla de administración clínica ("gestión clínica"); pero la confluencia mencionada no se refiere a pacientes individuales solamente, sino al sistema y a poblaciones.

Figura 2
Disciplinas que convergen en los usuarios



3.1.2. Principios:

Estos son: idoneidad, confianza, modestia.

3.1.3. Detalles de ejecución de las actividades y tareas:

- en cuanto a lugar/espacio: uso de mapas; sectorización; regionalización; visitas a domicilios y a organizaciones sociales; diseño de edificios adaptados a las tareas (sala IRA; sala de docencia) y a los objetivos de sustentabilidad ambiental y preferencias culturales; adecuada señalización en los locales; transporte.
- en cuanto al uso del tiempo: calendarios de actividades; horarios aceptables para la población; mecanismos de captación y de citación de los usuarios; agenda de los profesionales; turnos; bitácora o diario de actividades y observaciones.
- en cuanto a los insumos: medicamentos; equipamiento tecnológico; logística y contabilidad; presupuesto por programas (SIG) y cálculo de costos; administración financiera.
- en cuanto a la calidad: acreditación de los establecimientos; auditoría de las actividades y de los incidentes; registros adecuados de las atenciones; medición del flujo de usuarios y de funcionarios, de tiempos de atención y de espera; sistemas de reprogramación de atenciones; normas de trato; información a la población; pertinencia cultural; captación de las opiniones de los usuarios y de los pares.

3.2. El manejo local

3.2.1. ¿En qué consiste el manejo local?

Las 8 funciones específicas de una Dirección local están enunciadas en la Casilla Nº2.

Casilla Nº2

Las funciones de una Dirección local

- Tener información pertinente del sistema local y de su entorno, sistematizada según el esquema de planificación.
- Programar las actividades, asignar los recursos respectivos y coordinar y controlar la ejecución, velando por el cumplimiento de las normas pertinentes.
- Evaluar (calificar) al personal.
- Prever, prevenir y arbitrar conflictos.
- Evaluar y dar o no dar curso a propuestas provenientes del personal o de los usuarios.
- Presidir el Consejo Técnico-Administrativo del nivel que corresponde.
- Velar por la ética en el cumplimiento de las actividades.
- Representar al establecimiento, departamento o unidad que dirige.

Lo esencial de las funciones de dirección local se resume en los conceptos de: conocimiento, información, comunicación y desarrollo de las personas. Una disciplina básica es la Psicología Social: el conocimiento de la naturaleza humana y las interacciones entre personas. Además, en este y en todos los niveles de dirección se requiere liderazgo, cualidad que resulta en parte de los conocimientos, y en parte de otras características de las personalidades y en particular de aquellas relacionadas con la empatía (magia). Es frecuente que el líder tenga experiencia de ámbitos externos a su propio sistema, que opere en la frontera entre la organización y el ambiente. Se distinguen estilos de liderazgo: más o menos democrático o autoritario. Hay liderazgos en el ámbito técnico o de las tareas, y liderazgos afectivos, que protegen a los partícipes del grupo y mantienen la cohesión del mismo. Todo miembro de un equipo puede ejercer liderazgo y la medida en que manifieste esta cualidad depende en gran parte del sistema en que se actúa, y del entorno del mismo.

En el ejercicio del manejo local se emplea un cierto número de técnicas administrativas. Las más importantes son:

- a) La Supervisión: el énfasis debe estar en el carácter educativo, y no represivo, al aplicar esta técnica.
- b) La Solución de Problemas: requiere conocer la cadena causal del problema en cuestión, con el objeto de recorrerla en sentido retrógrado, hasta encontrar el o los factores a corregir.
- c) El Monitoreo: tener toda la información pertinente a la vista con el fin de guiar la acción.
- d) Los Flujogramas o trayectos que siguen los pacientes, o el personal, o los materiales, las "estaciones de servicio", las "estaciones de espera", "los tiempos de servicio y de espera". Se relacionan con la "Teoría de Colas".
- e) Los gráficos PERT y Gantt, que representan los pasos de un proyecto y las precedencias y los tiempos entre ellos.
- f) Las técnicas de Relacionamiento Laboral y las de Negociación.
- g) El Mapa Político o de relaciones con el entorno de la unidad. Reconocer en este mapa las motivaciones de los actores y los posibles conflictos de intereses.

- h) El Cuaderno de Opiniones (NO de reclamos) de los usuarios y del personal.
- i) El Método de Toma de Decisiones importantes o sujetas a incertidumbre.
- j) El Sistema de Información Gerencial (SIG) o de costos por programas, esencial para conocer y dar a conocer la magnitud y estructura de los costos de cada unidad o programa.
- k) La Investigación de la utilización de Servicios (Health Services Research)
- l) La Epidemiología al servicio de la Administración: determinación de las causas y consecuencias de los eventos administrativos.
- m) La Antropología Cultural: comprensión de las creencias, saberes y prácticas médicas de cada comunidad, y conocimiento de las autoridades tradicionales de las comunidades.
- n) El Análisis Financiero: por ejemplo, el manejo de los recursos o del endeudamiento, o el buen uso de la externalización de tareas.
- o) El Mercadeo: imagen, publicidad.
- p) El control de Calidad y de la Seguridad de los usuarios y del personal. El registro y estudio de los incidentes y accidentes.
- q) La Evaluación de Resultados en el tiempo.
- r) Las Guías para la descripción de cargos y de perfiles de los candidatos a dichos cargos.

En el manejo de los Componentes del Sistema Local se usan en el día a día ciertas técnicas de rutina sujetas a regulación detallada, y que llamamos "Técnicas Operacionales". Ellas son:

1. operaciones de personal: reclutamiento, selección, contratación, ambientación, capacitación elemental, control de asistencia, vacaciones, permisos, licencias, separaciones. Cuidados del ambiente de trabajo, casino, vestuarios y baños. Autocuidado.
2. operaciones de usuarios: asignación de "cupos" para la demanda espontánea, para las citaciones y para las derivaciones. Educación respecto al trato recíproco entre usuarios y funcionarios. Tiempos de espera. Ambiente en que se espera: mobiliario, baños, elementos educacionales. Manejo de opiniones y reclamos. Identificación de las demandas que no se deben rechazar ni diferir (paciente grave).

3. operaciones de insumos: farmacia; alimentos suplementarios; bodega; muelles de descarga; inventario.
4. operaciones de dinero: contabilidad de ingresos, egresos y saldos; facturación; órdenes de compra.
5. operación de servicios básicos: operación y mantenimiento de los equipos médicos, de los computadores, de los vehículos y de los equipos "industriales" (como calefacción, grupos electrógenos, central de gases); esterilización; alimentación; ropería; lavandería; material de oficina; electricidad, agua, gas, teléfonos, radiotransmisores; vigilancia; aseo y ornato.

4. LOS PROGRAMAS Y LA ADMINISTRACIÓN

Un programa de salud es un conjunto de actividades que se dedican a la atención de un grupo definido de la población o de un grupo de elementos del ambiente que tienen una relación determinada con la salud humana.

Los programas y la programación son conceptos propios del esquema de pensamiento planificador. Pero la organización, como faceta de la administración, debe preocuparse de la identidad de los programas, de su lugar en la repartición de tareas y de recursos, y de su posición en el conjunto de relaciones estructurales de un sistema o subsistema de atención. Esto dice relación con la "apertura" de programas: cuantos y cuales; y con sus relaciones mutuas, es decir, con la matriz de programas.

El manejo de los programas considera en primer lugar el carácter propio de la "jefatura de programa". Esta no ocupa un lugar en la línea de relaciones jerárquicas. El jefe de programa no interviene directamente en decisiones sobre el personal, el presupuesto o los insumos, sino que las orienta en virtud de su rol como asesor especializado del jefe jerárquico del nivel correspondiente. Para ello debe conocer y supervisar las actividades propias del programa en todo el territorio y población que le corresponde.

Todo programa tiene una doble faz: una epidemiológica y otra administrativa. En esta segunda vertiente debe usar ciertas técnicas de las que se han visto en las secciones anteriores, y especialmente las que se relacionan con el manejo de la calidad y el uso del tiempo, del espacio y de los insumos.

5. ADMINISTRACIÓN Y CAMBIO

En tiempos de cambio es más necesaria que nunca la claridad y coherencia en la aplicación de los conceptos de la administración de los sistemas en transición. Se necesitará una administración fuerte y ágil, preferiblemente muy vinculada a la conducción superior del país o región.

Administrar el cambio implica también la adaptación de la propia administración usando sus propias técnicas, flexibilizando la organización, creando redes de especialistas y de sintetizadores; asignando nuevos incentivos y monitoreando la ejecución y los resultados del cambio.

Para construir nuevos tipos de recursos y / o implementar nuevos principios se recurrirá a "proyectos de gestión". Nuevamente, este es un concepto que pertenece al ámbito de la planificación y ahí se estudia.

6. EVALUAR LA ADMINISTRACIÓN

Será necesario evaluar periódicamente las estructuras, las funciones administrativas, las técnicas aplicadas, los costos de administrar, y los resultados obtenidos en términos de eficiencia y efectividad. Aún antes, comprobar hasta qué punto se puede hablar de "administración" y de "administradores" en el sistema que se observa, al cotejar con la realidad los distintos aspectos enunciados en esta sinopsis.

A un nivel general, se debe comprobar si la administración "sirve" en forma coherente a la materialización de las políticas, planes y programas del sector de la salud.

7. UTILIZACIÓN DE ESTE CUADRO SINÓPTICO

El estudio y uso de estos esquemas se probará en la medida en que sea útil para identificar, agrupar y relacionar los casos y situaciones administrativas que se presentan casi a diario en la vida de un sistema o subsistema de atención de salud. Con ello se debería lograr el aprendizaje de la administración en la práctica de modo de superar los problemas, mejorar los sistemas o referir los desafíos a los niveles adecuados para su solución.

Eso requiere que los equipos estén atentos a reconocer y documentar los problemas y dudas de carácter administrativo que se les presenten. Se tratará entonces de sistematizar dichos casos con ayuda del cuadro sinóptico en que se ha procurado resumir la teoría; al mismo tiempo se logrará actualizar y enriquecer la teoría y su presentación.

Como se ha visto, la administración utiliza una gran cantidad de técnicas. La exposición de ellas ocupa la mayor parte de los textos de esta disciplina. Conviene estudiar cada técnica a medida que se presenta la necesidad; y esta necesidad podrá reconocerse a partir de este resumen. Por ello, en lugar de prolongar este texto, se incluyen en la bibliografía referencias específicas sobre algunas técnicas y conceptos de uso frecuente en el campo de la atención de la salud.

Bibliografía

Bases teóricas de la organización:

- Weber Max (1922). *Economía y Sociedad, Segunda edición en español, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1964 (Tomo II).*
- Merton Robert (1957). *Social theory and social structure (Part II), The Free Press, Glencoe, Ill.*
- Krech D, Crutchfield R S, Ballachey E L, (1962). *Individual in Society. A textbook of Social Psychology, McGraw-Hill Book Co.Inc., New York.*
- Etzioni Amitai, (1964). *Modern Organizations, Prentice-Hall, New Jersey.*
- Schein Edgar H, (1965). *Organizational Psychology, Prentice-Hall, New Jersey.*
- Zetterberg Hans, (1965). *Teoría y verificación en sociología, Editores Nueva visión, Bs. Aires.*
- Fajreldin Valentina, *Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la Interdisciplina, Revista Ciencia y Trabajo (Chile) 2006; año 8, N°20: 95-102.*

Roles:

- Molina Carlos, *El médico para Chile en el S. XXI, Cuad Med Soc 1995; 36/N°extraordinario: 37-42.*
- Etienne R, (1986) *Confucius, Gallimard.*
- Schweitzer Albert, (1945) *Les grands penseurs de l'Inde (Capítulos 6 a 9: el Budismo), Ed. Payot, Paris.*
- Lau D C, (1963) *Lao Tzu, Penguin Classics.*

Sistema de atención de Salud:

- Kleczkowski B M, Roemer M I, Van der Werff A, (1984) *National health systems and their reorientation towards health for all, Public Health Papers N°77, WHO, Geneva*
- Laval Enrique et al., *Doctrina del Servicio Nacional de Salud, reproducida en: Cuad Med Soc 2005; 45/2: 163-170.*
- Montoya Carlos, *Diseño de un sistema de salud, Cuad Med Soc 2005; 45/1:11-16.*
- Ristori Leonardo, Tay Leoncio, *El Sistema de Atención Médica Urgente(SAMU) de la Región Metropolitana, en: El Hospital Público en Chile, Vol II, Ministerio de Salud 2003.*
- Montoya C, *Seguridad social administrada por privados, Cuad Med Soc 2004; 44/2: 81-90.*

Planificación en Salud:

- *Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social, Santiago de Chile 1964, reimpreso en: Cuad Med Soc 2006; 46 Suplemento 1 (118 Págs.).*
- Montoya C, (2006) *Elementos de Planificación y programación local en salud, Ministerio de Salud, Santiago.*
- Montoya C, *Los programas y la programación de la atención de salud, Cuad Med Soc 2005; 45/3: 224-231.*

Centralismo y descentralización:

- Raczynski D, Serrano C, (2001) *Descentralización. Nudos críticos, Introducción (pp 11-25), CIEPLAN, Santiago.*

Tareas, Unidades y Cargos:

- Orúe-Echevarría, J, (1997) *Manual de valoración de puestos y calificación de méritos, Ed. Deusto, Bilbao.*
- Montoya C, (2002 a 2004) *Capítulos de Introducción a El Hospital Público en Chile, Vols. I, II y III, Ministerio de Salud, Santiago.*
- Covacevich Sergio, *Avances en la gestión de los pabellones de cirugía del Hospital San Borja-Arriarán, en: El hospital público en Chile, Vol III, Ministerio de Salud, 2004.*
- Nachar Eliana, *Calidad de los procesos y planificación en el Servicio de Farmacia de un hospital público, en: El hospital Público en Chile, Vol II, Ministerio de Salud 2003.*
- Ibaceta María, *Hospital domiciliario, Cuad Med Soc 2004; 44/4: 265-273.*

Procesos:

- Montoya C, Muñoz H, Morris S, Quiñones F, *Patrones de atención médica de lactantes, Cuad Med Soc 1972; 13/4:24-32.*

- Gálvez, Sergio, *Gestión clínica en cuidados intensivos*, en: *El Hospital Público en Chile Vol II*, Ministerio de Salud 2003.
- Kennedy Michael, (2007) *El desarrollo de productos en Toyota. Capítulo 3: Establecer un punto de partida*, Ed. Deusto, Barcelona.

Ejecución de las actividades:

- Montoya, C, *El método de sectorización en salud*, *Cuad Med Soc*, 1997; 38/3: 13-19.
- Cruz-Melo, Agustín, Montoya C, *Programa de dirección en Consultorio distrital (el uso del tiempo)*, *Cuad Med Soc* 1971; 12/4: 19-24.
- Montoya C, Madrid S, Bugueño J M, *Uso y perspectivas del SIG en los hospitales chilenos*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol I*, Ministerio de Salud, Santiago, 2002.
- Pino Mirna, Valle C, Miranda E, *El sistema de información para la gestión hospitalaria (WinSig) en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol III*, Ministerio de Salud 2004.
- Droms William C, (1997) *Finance and accounting for nonfinancial managers, 4th edition*, Addison Wesley, Reading Mass.
- Figueras Josep, Robinson R, Jakubowski E, *Effective purchasing for health gain*, *European Observatory for Health Systems and Policies*, 2005.
- Brenner Pola, *Calidad de la atención hospitalaria en Chile. Uso de trazadores*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol III*, Ministerio de Salud 2004.
- Kaufmann A, (1967) *Métodos y modelos de la investigación de operaciones*, 6ª reimpression en español, Ed. Continental S.A., México D.F.
- Baumol William J, (1974) *Teoría económica y análisis de operaciones*, 5ª Edición, Herrero Hnos. editores, México.
- Montoya C, Serra I, Soto M L, Rodríguez L, (1992) *Programa de reducción de listas de espera. Evaluación Cirugía infantil*, Ministerio de Salud de Chile, Documentos Técnicos
- González-Dagnino Alfonso, *Sobre las "colas" en atención primaria*, *Cuad Med Soc* 1999; 40/3-4: 20 -27.

Técnicas administrativas:

- Espíndola José Luis, (1999) *Análisis de problemas y toma de decisiones*, 2ª Edición, Ed. Addison Wesley Longman, México.
- Sackett D L, Haynes R B, Tugwell P, (1985) *Clinical epidemiology, (Ch.7, Deciding on the best therapy)*, Little Brown, Boston, Toronto. Hay versión en castellano, Editorial Díaz de Santos, Madrid 1989.
- Fisher R, Ury W, (1983) *Getting to yes. Negotiating agreement without giving in*, Penguin Books, New York.
- San Miguel M Ascensión, Concha Eulalio, *Metodología para abordar los conflictos funcionarios en el Hospital San José*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol II*, Ministerio de Salud, Santiago 2003.
- Millar Iris, Castro Carlos, *Manejo del ausentismo en el Hospital G. Grant Benavente*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol III*, Ministerio de Salud 2004.
- Montoya C, *Evaluación de los efectos que sobre el estado de salud poblacional producen los sistemas de la atención de salud*, *Cuad Med Soc* 2005; 45 /4:321-327.

Administración y cambio:

- Kennedy Michael, (2007) *El desarrollo de productos en Toyota, Capítulo 9*, Ed. Deusto S.A., Barcelona.
- Inzunza M. Teresa, *Adaptación organizacional del Hospital de Niños Roberto del Río a los cambios en el perfil de necesidades de salud*, en: *El Hospital Público en Chile Vol II*, Ministerio de Salud 2003.
- Gutiérrez Giovanna, Fuenzalida Adriana, Alarcón Gisela, *Hacia la continuidad de la atención: experiencia complejo asistencial Barros Luco*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol II*, Ministerio de Salud, Santiago 2003.
- Martínez Alvaro, *Los estados de ánimo en los procesos de cambio en los hospitales de Chile*, *Cuad Med Soc* 2004; 44/3:189-191.

Enseñanza de la Administración Sanitaria:

- Díaz Salvador (1957) *La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. Ensayo crítico. Prólogo de Enrique Laval*.