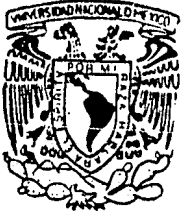


247



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLAN

OPTIMIZACION DE LA JORNADA PARA ATENCION DE CONSULTA EXTERNA DEL MEDICO GINECO - OBSTETRA EN UNIDADES DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL IMSS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ADMINISTRACION
P R E S E N T A :
BENITO DIAZ BECERRA

DIRECTOR DE TESIS

L. A. MARIO ALBERTO FERREIRA ALVARADO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAGINA

Introducción	1
CAPITULO I Generalidades	
1.1 El Recurso Humano y su importancia en el mecanismo funcional del I.M.S.S.	5
1.1.1 Definición e importancia de la Administración de los Recursos Humanos.	5
1.1.2 Necesidad de mejorar el Recurso Humano.	9
1.1.3 El Recurso Humano en el I.M.S.S.	
1.1.3.1 Costo del Recurso Humano	13
1.1.3.2 Integración del Recurso Humano en la estructura del I.M.S.S.	20
1.1.4 El personal médico del I.M.S.S.	28
1.1.5 Estructura típica de un Hospital de Especialidad.	34
CAPITULO II Optimización del Recurso Humano en base al uso de Indicadores.	
2.1 Definición de indicador.	39
2.2 Métodos para la fijación de indicadores	45
2.3 Determinación de indicadores en unidades médicas de especialidad.	54
2.3.1 Descripción del puesto.	55
2.3.2 Identificación de la demanda del servicio	59
2.3.3 Capacidad de atención del servicio.	61
2.3.4 Procedimiento para la determinación del indicador.	67

...

CAPITULO III	Optimización del Servicio de Consulta Externa en Gineco-Obstetricia en Unidad de Especialidad en base a la redistribución del Recurso Humano por medio de indicadores.	
	3.1 Problemática	69
	3.2 Recopilación de la información	71
	3.2.1 Demanda del servicio	71
	3.2.2 Determinación de la capacidad necesaria para la cobertura del servicio.	73
	3.2.3 Utilización de la demanda y la capacidad del servicio para establecer el indicador.	78
	3.3 Distribución óptima del Recurso Humano.	78
	3.4 Beneficios obtenidos del estudio.	81
CAPITULO IV	Conclusiones.	84
	Bibliografía.	87

I N T R O D U C C I O N

Base esencial para impulsar el Desarrollo Económico Nacional, lo constituye, sin duda, el Régimen de Seguridad Social en el país. Esta forma de apoyar el desarrollo trae consigo una serie de cambios de planeación y métodos más concordantes con la realidad, que nos sirvan para satisfacer las necesidades de atención médica de la población en general.

La extensión del Régimen de Seguridad Social como consecuencia del Plan Nacional de Desarrollo, en cuanto a promover la inscripción de trabajadores y patronos sujetos de aseguramiento, los avances tecnológicos, la racionalización y armonía de los recursos, así como la situación de crisis económica que atraviesa el país caracterizada por desaceleración progresiva en el crecimiento del producto, inflación persistente, elevación en el índice de desempleo fluctuación de la moneda y, en suma, ruptura del orden económico y monetario, son factores que determinan la necesidad de revisar los criterios con que se deben asignar y ordenar los recursos humanos, en instituciones de seguridad social y sobre todo, determinar técnicas viables que permitan su aplicación, aún en áreas que siendo afines técnicamente, observen variantes por condiciones locales.

Es objetivo del tema, determinar que la planificación de los Recursos Humanos en el Sector Salud, debe enfocarse en el contexto de su aplicación, a fin de lograr una asignación de recursos de acuerdo con prioridades que concuerden con los problemas específicos de cada Unidad de Servicio Médico.

El trabajo a presentar es un ordenamiento y una asignación de recursos humanos meramente orientador, debiendo manejarse con la suficiente elasticidad, pues como es de considerarse, cada unidad médica, dependiendo de la zona o re

gión en que se ubique, tendrá características especiales que determinen la variación en la demanda de servicios, la cual estará determinada por sus - condiciones sanitarias, tipo de desarrollo económico, nivel socio-cultural y densidad territorial; siendo imperativo efectuar un análisis particular de cada zona y unidad médica que atienda a las necesidades en cada una de las mismas.

C A P I T U L O I

G E N E R A L I D A D E S

1.1 EL RECURSO HUMANO Y SU IMPORTANCIA EN EL MECANISMO FUNCIONAL DEL I.M.S.S.

1.1.1 DEFINICION E IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS HUMANOS.

El elemento humano dentro de los estudios de la Administración General, es señalado como un denominador común de la eficiencia, que dá razón de ser a los demás recursos del organismo, ya que éstos son operados por hombres. - Para mostrar la importancia de la Administración de Recursos Humanos, es necesario recordar la definición de la Administración General, la cual - - Fernando Arias Galicia, en su obra sobre la Administración de estos recursos cita a J.A. Fernández Arena, quien afirma que es "La disciplina que - persigue la satisfacción de objetivos organizacionales contando para ello con una estructura y a través del esfuerzo humano coordinado" (1).

Como puede notarse, el esfuerzo humano influye en toda la empresa; "Para - las diversas operaciones y el mercado financiero, el elemento humano representa lo que la sangre es para el cuerpo; sin éste, la empresa no podría - vivir " (2).

A pesar de que las computadoras electrónicas, los servomecanismos, y otros tipos de control que pueden adoptarse para la toma de decisiones, en algunos casos muy complicados y que no hace mucho tiempo incumbía solo a personas, en determinados momentos del procedimiento siempre interviene el hombre y es éste quien tiene que preparar la información a base de la cual - las máquinas han de operar. Son también las personas quienes consideran - las acciones a ejecutar, pueden auxiliarse de las máquinas, pero el hombre es quien decide el curso a seguir.

(1) José Antonio Fernández Arena. Introducción a la Administración. México UNAM 1971 citado por Fernando Arias Galicia. Administración de Recursos Humanos. México. Ed. Trillas 1980 Pág. 23.

(2) Florencio Rodil Urrego. Lecturas sobre Organización. México. Ed. Trillas 1975. Pág. 149.

En relación a lo anterior, si el elemento humano coopera, la organización funcionará, en contrario ésta se detendrá; por ello reviste primordial importancia el atender a los recursos humanos del organismo.

TIPOS DE RECURSOS

El logro de los objetivos de la organización requiere de recursos o elementos que coordinados, le permitirán o facilitarán alcanzar las metas.

Estos Recursos son:

- Recursos Materiales

Comprende instalaciones físicas, maquinaria, muebles, materias primas, etc.

- Recursos Técnicos.

En este concepto se anotan los sistemas, procedimientos, organogramas, - instructivos, etc.

- Recursos Financieros.

Son los que tienen por objeto procurar al organismo de los elementos económicos que forman la base indispensable para la adquisición, conservación y operación de todos los elementos, y enseñan la mejor manera de combinar y aprovechar esos elementos económicos.

- Recursos Humanos.

Aquí no incluiremos únicamente el esfuerzo humano, sino que se deberán con siderar otros factores que dan diversas modalidades a ese esfuerzo, conoci mientos, experiencias, motivación, intereses vocacionales, apti tudes, acti tudes, potencialidades, salud, etc.

Los Recursos Humanos pueden mejorar y perfeccionar el empleo y diseño de los - Recursos Materiales, Técnicos y Financieros, no sucediendo lo mismo en senti - do inverso.

CARACTERISTICAS DE LOS RECURSOS HUMANOS

a) A diferencia de los Recursos Técnicos, Materiales y Financieros, el recur

so humano no es propiedad de la Organización. Ya que las cualidades como los conocimientos, experiencia y habilidades forman parte del patrimonio personal.

- b) Las personas que perciben que su actitud va a ser provechosa para ellas y que los objetivos de la empresa concuerdan con los suyos, entonces darán su mejor esfuerzo y pondrán a disposición de la organización las cualidades que poseen.

- c) Las experiencias, los conocimientos y las habilidades son intangibles, por ello se había pensado que el Recurso Humano no cuesta, aunque ahora algunas empresas empiezan a reflejar las inversiones y los costos en los Recursos Humanos.

- d) Para incrementar las cualidades del Recurso Humano existen dos formas:
 - Descubrimiento: Son los test psicológicos y la orientación profesional auxiliares valiosos para poner de manifiesto las habilidades e intereses desconocidos o poco conocidos por las personas.

 - Mejoramiento: Se proporcionarán mayores conocimientos, experiencias y nuevas ideas a través del adiestramiento, la capacitación y el desarrollo.

Así como existen formas para incrementar los valores personales en el Recurso Humano, también hay elementos para disminuirlos como lo serían las enfermedades, los accidentes y la mala alimentación.

- e) Considerando que no todas las personas poseen las mismas habilidades, mientras más escaso resulte un recurso más solicitado será, estableciéndose así una competencia entre quienes conforman la demanda, que se traduce en mayores ofertas de bienes o dinero a cambio del servicio.

DEFINICION

Ahora se pueden exponer diferentes definiciones acerca de lo que significa la Administración de Recursos Humanos.

Agustín Reyes Ponce, establece que "es la búsqueda de la máxima coordinación posible de los intereses del empresario con los de sus trabajadores" (3).

Asimismo, el Dr. Manuel Barquín C., nos dice que "la administración de personal es una actividad del campo de la administración, en el que estan comprendidos: la actividad humana, la disciplina científica y una técnica o conjunto de técnicas" (4).

Fernando Arias Galicia, define a la Administración de Recursos Humanos como "el proceso administrativo aplicado al acrecentamiento y conservación del esfuerzo, las experiencias, la salud, los conocimientos, las habilidades, etc., de los miembros de la organización en beneficio del individuo, de la propia organización y del país en general" (5).

De lo anterior, se puede deducir una definición que pretenda dar la dimensión apropiada a la función de Administración de los Recursos Humanos:

La Administración de Recursos Humanos es el conjunto de técnicas dirigidas al desarrollo de capacidades personales en beneficio del individuo y la institución, en coordinación con los recursos materiales y técnicos para la consecución de los objetivos de la organización.

(3) Agustín Reyes Ponce. Administración de Personal. Primera Parte. México 1984. Ed. Limusa. Pág. 26.

(4) Manuel Barquín C. Dirección de Hospitales. México 1979. Ed. Neisa. Pág. 88.

(5) Fernando Arias Galicia. Administración de Recursos Humanos. México 1980. Ed. Trillas. Pág. 27.

1.1.2 NECESIDAD DE MEJORAR EL RECURSO HUMANO.

En el transcurso del tiempo, el Seguro Social ha venido ampliando su campo de aplicación para abarcar no sólo a los trabajadores asalariados permanentes como fue señalado en la Ley de 1943, sino también a otros sectores de la población urbana y de campo.

Debido a la magnitud de la responsabilidad que implica, los horizontes que abre a la seguridad social y su trascendencia histórica, habría que destacar la fracción XXIX del Artículo 123 Constitucional al determinar que la Ley del Seguro Social se aplique a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

La situación económica del país hace cada vez más imperativo llevar la protección del Seguro Social obligatorio a los diversos grupos, a fin de hacerlos partícipes de la solidaridad colectiva. Sin duda, el Programa Nacional de Salud 1984-1988, comprendido en el Plan Nacional de Desarrollo, incluye entre sus propósitos el de ampliar la cobertura de los servicios para que se incorpore con equidad y de manera paulatina a los trabajadores no asalariados a los beneficios de la seguridad social.

Esto, aunado a la disminución de la capacidad adquisitiva de la población y al encarecimiento de la medicina privada, propiciaron un incremento del orden de 15% en la demanda de servicios médicos en 1983 y de 10% en 1984. Para enfrentar ésta demanda, ampliar los servicios y mantener el equilibrio financiero del I.M.S.S. se implantaron cuatro estrategias básicas tendientes a racionalizar las estructuras y los procesos administrativos; dichas estrategias son:

- 1 La desconcentración de las funciones operativas
- 2 Proporcionar capacitación y fomentar el desarrollo y la mejor asignación de los recursos humanos.
- 3 Obtener un mejor balance de los elementos con que cuenta el I.M.S.S.
- 4 Ajustar las actividades conforme al cambio en la vida del país.

La Desconcentración de las funciones operativas de los servicios se refiere en esencia a la simplificación de trámites y la consecuente reducción de costos que implica esta acción, atendiendo los problemas en el lugar en que son generados, para así proporcionar respuestas y soluciones más ciertas y oportunas. Siendo esta acción un proceso obligado en función del crecimiento organizacional del Instituto, contando para ello con un sistema operativo de 38 Delegaciones, que están regidas internamente por Consejos Consultivos integrados por representantes de los sectores obrero, empresarial y de los Gobiernos Estatales. Este esquema de organización constituye en sí mismo una forma de desconcentración.

La segunda estrategia referente a la capacitación, desarrollo y mejor asignación del personal, obedece a tres propósitos:

- Proporcionar a los trabajadores conocimientos y técnicas para el desempeño eficiente de sus tareas.
- Reforzar su motivación
- Reordenar su asignación de acuerdo con las prioridades operativas.

El cumplimiento de los propósitos contenidos en esta estrategia hace factible fijarse un objetivo de cero crecimiento de personal.

Para la tercer estrategia, buscar un balance de los recursos existentes, con el propósito de elevar la productividad partiendo de la premisa de que la eficiencia de la totalidad de servicios que proporciona el Instituto depende de que se maneje coordinadamente un conjunto de elementos humanos y materiales (como fue anotado anteriormente, ésta es la esencia de la administración de los recursos humanos), teniendo en consideración que cualquier carencia condiciona el resto de la capacidad de acción y cualquier exceso constituye un estéril desperdicio.

La cuarta estrategia tocante a la racionalidad económica y administrativa, consiste en hacer que confluyan de manera armónica y secuencial los diferentes componentes materiales y humanos en la prestación de servicios, ajustándolos constantemente, haciendo flexible la acción del Instituto ante el cambio del país para que sean apegados a la realidad nacional en el otorgamiento de servicios.

Como se puede observar, las cuatro estrategias básicas implantadas por el I.M.S.S. buscan elevar la productividad o eficiencia en la atención al mismo costo. El siguiente trabajo se orienta a reordenar la asignación del personal en base a la utilización de indicadores, considerando que no toda aquella insuficiencia de personal para atender la demanda de servicios, obedece necesariamente a la carencia de fuerza de trabajo, sino a una distribución inadecuada del mismo debiendo efectuarse el análisis respectivo, para eliminar un requerimiento ficticio.

PRODUCTIVIDAD

Si mencionamos que hay que elevar la productividad, es necesario entender qué significa este término:

" La productividad es la relación entre producción e insumo" (6)

(6) Oficina Internacional del Trabajo. Introducción al Estudio del Trabajo. Suiza 1980. OIT. Pág. 4.

La productividad "..... implica la relación que existe entre el volumen de producción alcanzado y los recursos empleados para lograrlo" (7)

Para representar esta relación, usaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Productividad} = \frac{\text{Volumen Producción}}{\text{Recursos Aplicados}}$$

Estas definiciones son válidas para una empresa, una industria o toda la economía; o sea que la productividad, no es más que el cociente de la cantidad producida entre la cuantía de los recursos que se hayan utilizado en la producción o prestación de un servicio.

Ahora bien, indicamos anteriormente, que la necesidad de mejorar nuestra - - productividad, es en función de buscar los métodos que permitan hacer un uso cada vez más racional de nuestros recursos por lo que redundará en un mejor aprovechamiento de los mismos.

En la Seguridad Social, un incremento en la productividad, se observará al - proporcionar servicios a un mayor número de derechohabientes sin necesidad - de incrementar fuerza de trabajo, equipo o construcciones, o al destinar recursos proporcionalmente menores al incremento de la población derechohabiente, esto sin menoscabo de la calidad de la atención otorgada.

(7) Fernando Arias Galicia. Administración de Recursos Humanos. México 1980.
Ed. Trillas. Pág. 203-204.

1.1.3 EL RECURSO HUMANO EN EL I.M.S.S.

1.1.3.1 COSTO DEL RECURSO HUMANO

El costo del Recurso Humano implica la concurrencia de dos factores: niveles de salario y tiempo.

La comparación del costo real de la mano de obra por unidad, de un período a otro, es sólo un punto de partida en el análisis del costo de la mano de obra. Dicha comparación nos proporciona la variación total o bien, el exceso, pero no revela ninguna información sobre las causas.

Como se indicó líneas arriba, el costo del Recurso Humano tiene implícitos dos factores, que son los niveles salariales y del tiempo, siendo lógico - que el exceso en el costo, tiene que descomponerse cuantitativamente en - función de estos dos factores.

Una lista de las posibles causas de las variaciones en el costo de la mano de obra podría ser la siguiente:

- 1 Variaciones originadas en las tarifas de salarios
 - a) Cambios en las tarifas de salarios
 - b) Cambios en el sistema de pago; por ejemplo de trabajo a de g r e t a j o por tiempo.
 - c) Cambios en la calidad de la mano de obra empleada.

- 2 Variaciones originadas en el tiempo o en la eficiencia influi - das por:
 - a) Selección de operarios
 - b) Adiestramiento de operarios
 - c) Frecuencia de los cambios de labores

- d) Rotación de la mano de obra
- e) Sistema de salarios a base de incentivos.
- f) Condiciones de trabajo.
- g) Horas de trabajo.
- h) Honrradez de los operarios.
- i) Selección de máquinas y herramientas.
- j) Cambios en el diseño del producto.
- k) Cambios en la maquinaria, herramientas o métodos de producción.
- l) Contabilización y registros de producción adecuados.

Las razones antes expuestas, todas las cuales pueden dar lugar a variaciones en el costo de la mano de obra, representan fundamentalmente problemas de dirección.

Si bien, todos los aspectos enunciados como variaciones en el costo por unidad son importantes, haremos destacar aquellos que están de alguna manera vinculados con la remuneración adecuada que debe recibir el trabajador a cambio de su esfuerzo y servicio, por que no cabe duda, que lo que mueve directamente al individuo a ir a trabajar a una empresa y determinar la conformidad del trabajador, es en gran parte la remuneración que de esa empresa recibe.

En el caso que nos ocupa además, se debe considerar que el costo de los recursos humanos es la partida más cuantiosa dentro del presupuesto de un hospital. Así lo muestra la experiencia en instituciones que trabajan proporcionando todos los servicios hospitalarios, como referencia, cabe señalar que el Dr. Manuel Barquín Calderón elaboró un cuadro indicando los porcentajes que representan las cuentas más importantes en los gastos de un hospital (8):

(8) Manuel Barquín Calderón. Dirección de Hospitales. México 1979. Ed. Neisa. Pág. 497.

50%	sueldos y prestaciones para el personal
20%	medicamentos y material de curación
12%	alimentos para enfermos y personal
10%	diversos gastos de materiales de limpieza, papelería y otros
4%	lavandería
4%	mantenimiento
<u>100%</u>	

DEFINICIONES

Salario:

A. Reyes Ponce, lo define como "Toda retribución que percibe el hombre a cambio de un servicio que ha prestado con su trabajo" (9).

La Ley Federal de Trabajo en su Artículo 82 establece que el "Salario es la retribución que debe pagar el patrón al trabajador por su trabajo".

El Artículo 84 del ordenamiento mencionado aclara que "El salario se integra - con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra - cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo".

Otra definición es la de la Oficina Internacional del Trabajo al indicar que el salario es "La ganancia sea cual fuere su denominación o método de cálculo, siempre que pueda evaluarse en efectivo, fijada por acuerdo o por la legislación nacional, y debida por un empleador a un trabajador en virtud de un contrato de trabajo escrito o verbal, por el trabajo que este último haya efectuado o deba efectuar o por servicios que haya prestado o deba prestar".

(9) Agustín Reyes Ponce. Administración de Personal. Segunda Parte. México 1983.

Sueldo:

La utilización de este término se ha establecido por la costumbre para referirse a la retribución que se entrega al empleado que realiza labores intelectuales, administrativas, de supervisión o de oficina, y el salario a los trabajos manuales o de taller. Su diferenciación obedece únicamente a la periodicidad de pago, que es quincenal o decenal en el primer caso y semanal en el segundo.

La Ley Federal del Trabajo, en su Artículo 88 indica que "Los plazos para el pago del salario nunca podrán ser mayores de una semana para las personas que desempeñan un trabajo material y de quince días para los demás trabajadores".

Con el fin de establecer estándares correctos de salarios para que los aumentos se basen en la capacidad personal, de preferencia considerando la capacidad y la antigüedad en el servicio y para evitar fricciones con los demás trabajadores, así como el aumento constante de los costos sin que se produzca el correspondiente aumento en la producción, es aconsejable clasificar las labores e implantar tabuladores fijos de salarios para cada una de las actividades a realizar en la organización, en esta forma los aumentos de salarios se producirán únicamente cuando un operario pase de una categoría de trabajo a otra.

El I.M.S.S. tiene implantado dos tabuladores de sueldos:

Uno para trabajadores de confianza y otro para trabajadores sindicalizados.

El tabulador para trabajadores de confianza comprende 60 niveles salariales - siendo el de menor jerarquía el número uno, ascendiendo progresivamente hasta el límite de los 60 niveles mencionados. Se tiene considerado como trabajador de confianza a todo aquel que realiza funciones de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización de carácter general y no consideradas en el tabulador

TESIS CON. FALLAS DE ORIGEN

CUADRO No. 1
DETERMINACION DEL PORCENTAJE DE PRESTACIONES EN RELACION AL SUELDO (ANUAL)

CATEGORIA: MEDICO NO FAMILIAR

SUELDO MENSUAL: \$ 131,455

PRESTACIONES ANUALES	A N U A L I G U A L D A D													
	0		5		10		15		20		25			
	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%	ABSOLUTOS	%		
SUELDO	1,577,500	67.00	1,577,500	59.70	1,577,500	58.17	1,577,500	55.35	1,577,500	51.19	1,577,500	48.97	1,577,500	46.50
* SUELDO ADICIONAL POR PERMUTA	37,260	1.58	37,260	1.41	37,260	1.37	37,260	1.31	37,260	1.21	37,260	1.16	37,260	1.10
* SUFIC. SUELDO CLAUSULA 17. C. 17. (1)	11,604	0.49	11,604	0.44	11,604	0.43	11,604	0.41	11,604	0.38	11,604	0.36	11,604	0.35
* PERMUTA DE PERMUTA	24,000	1.02	24,000	0.91	24,000	0.89	24,000	0.84	24,000	0.78	24,000	0.74	24,000	0.71
* PENSIONADO	-	-	271,068	10.25	338,832	12.50	474,360	16.64	677,652	21.99	813,192	26.25	946,720	29.40
* PERMUTA DE PERMUTA (2)	22,922	0.98	40,030	1.51	41,442	1.53	44,265	1.55	72,751	2.36	76,906	2.39	81,260	2.42
* SUELDO POR ASISTENCIA (2)	67,766	2.88	67,766	2.57	67,766	2.50	67,766	2.38	67,766	2.20	67,766	2.10	67,766	2.02
* SUELDO POR PUNTUALIDAD (2)	49,695	2.11	49,695	1.88	49,695	1.83	49,695	1.74	49,695	1.61	49,695	1.54	49,695	1.4
* PERMUTA DE PERMUTA (2)	89,710	3.81	89,710	3.39	89,710	3.31	89,710	3.15	89,710	2.91	89,710	2.78	89,710	2.64
* SUELDO (3)	406,594	17.27	406,594	15.39	406,594	14.99	406,594	14.27	406,594	13.19	406,594	12.42	406,594	11.80
* SUELDO PERMUTA (2)	67,207	2.86	67,207	2.55	67,282	2.40	67,282	2.36	67,282	2.10	67,282	2.03	67,282	1.97
TOTAL	2,354,341	100.00	2,642,517	100.00	2,711,633	100.00	2,850,044	100.00	3,081,822	100.00	3,221,597	100.00	3,361,361	100.00

1.- LOS DATOS SE OBTUVIERON DE LAS DECLARACIONES DE SU CUERPO, ESPECIALIZADA EN LA JORNADA DE TRABAJO, O POR NO INTERROMPER LA INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA QUE ESTE REALIZANDO.

2.- LOS DATOS SE OBTUVIERON DE LAS DECLARACIONES DE SU CUERPO, ESPECIALIZADA EN LA JORNADA DE TRABAJO, O POR NO INTERROMPER LA INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA QUE ESTE REALIZANDO.

3.- LOS DATOS SE OBTUVIERON DE LAS DECLARACIONES DE SU CUERPO, ESPECIALIZADA EN LA JORNADA DE TRABAJO, O POR NO INTERROMPER LA INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA QUE ESTE REALIZANDO.

FUENTE: SUBDIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA, JEFAURA DE PLANEACION Y ORGANIZACION DE RECURSOS HUMANOS

para trabajadores sindicalizados, así como los relacionados con trabajos personales del patrón.

Por lo que toca al tabulador de trabajadores sindicalizados en el I.M.S.S. comprende 219 categorías contenidas en 79 ramas de especialidad, tanto administrativa como de apoyo, médico y paramédico. Siendo el trabajador sindicalizado o de base aquel que ocupa en forma definitiva un puesto comprendido en el tabulador para trabajadores sindicalizados. Habrá de entenderse - por tabulador de sueldos, la lista de categorías y cuotas fijas mensuales - en efectivo, agrupadas por ramas de trabajo o escalafonarias, las cuales - serán revisadas anualmente según lo establece el Artículo 399 bis de la Ley Federal del Trabajo.

Para ejemplificar el costo directo que representa el recurso humano en el I.M.S.S., fue seleccionada la categoría de Médico No Familiar, porque contempla dentro de la rama médica prestaciones o percepciones extraordinarias por no interrumpir la intervención quirúrgica que estuviere efectuando, visitar pacientes a su cuidado después del horario normal de labores, y por el uso de su vehículo para éstas actividades. Por otro lado, debido a la naturaleza de sus funciones, significan la esencia de la actividad principal de ésta - Institución de Seguridad Social, que es la prestación de servicios médicos (cuadro 1).

Como se puede observar, la cantidad relativa del sueldo anual en función del sueldo integrado anual es variable conforme a la antigüedad del trabajador, - dichas cifras se dan de la siguiente manera:

A N T I G U E D A D							
CONCEPTO	0	5	10	15	20	25	30
SUELDO ANUAL	1,577,508	1,577,508	1,577,508	1,577,508	1,577,508	1,577,508	1,577,508
SUELDO INTEGRADO ANUAL	2,354,341	2,642,517	2,711,693	2,850,044	3,081,822	3,221,597	3,361,361
PORCENTAJE - DEL SUELDO ANUAL EN FUNCION DEL SUELDO INTEGRADO.	67.00	59.70	58.17	55.35	51.19	48.97	46.93
PORCENTAJE DE PRESTACIONES	33.00	40.30	41.83	44.65	48.81	51.03	53.07

Es de hacer notar en el cuadro No. 1, que nueve de los once conceptos anotados son fijos, los únicos que varían son los referentes a la antigüedad y prima vacacional; ello en base a lo establecido en la Cláusula 144 del Contrato Colectivo de Trabajo indicando que el Instituto otorgará una gratificación extraordinaria que consistirá en :

- De 05 años a 09 años 23 quincenas de servicios 04 qnas. de sueldo
- De 10 años a 14 años 23 quincenas de servicios 05 qnas. de sueldo
- De 15 años a 19 años 23 quincenas de servicios 07 qnas. de sueldo
- De 20 años a 24 años 23 quincenas de servicios 10 qnas. de sueldo
- De 25 años a 29 años 23 quincenas de servicios 12 qnas. de sueldo
- De 30 años de servicios 14 qnas. de sueldo

Asimismo, la prima vacacional es de un 25% sobre los salarios que les corresponden durante los periodos vacacionales incluyendo la gratificación por antigüedad. Los demás conceptos se calculan sobre el sueldo tabular

Podemos establecer el sueldo integrado mensual de Médico No Familiar para -
determinar su percepción bruta.

AÑOS	SUELDO INTEGRADO MENSUAL
0	196,195.00
5	220,209.75
10	225,974.41
15	237,503.66
20	256,818.50
25	268,466.41
30	280,113.41

Ya se mostró el costo que representa el Recurso Humano en una Unidad Hospitalaria, así como el costo de una plaza de Médico No Familiar, por lo cual debemos tener siempre en consideración que el factor primordial para disminuir el costo del recurso humano en la atención médica es la asignación precisa y adecuada de especialistas en los niveles operativos, pues cuando se designe un especialista injustificadamente se provoca en forma artificial la demanda a través de relaciones personales de este profesional con los Médicos Generales y - al poco tiempo se producirá una falsa justificación que encubra el error de - planeación, con esto se cumple la Ley de Parkinson como la cita George L. - - Morrissey, la cual establece que "El Trabajo se dilata hasta ocupar la totalidad del tiempo disponible para su terminación" (10).

1.1.3.2 INTEGRACION DEL RECURSO HUMANO EN LA ESTRUCTURA DEL I.M.S.S.

La organización y dirección de cualquier unidad económica, requieren de un instrumento claro, sencillo y abreviado que le permita captar y representar los -

(10) George L. Morrissey. Administración por objetivos y resultados. Colombia.

1976. Ed. Fondo Educativo Interamericano. Pág. 74.

lineamientos generales de una estructura orgánica, ya sea en forma general o individual, formulándose para tal efecto, los organogramas correspondientes.

Su correcta utilización, ofrece ventajas y restricciones, considerándose como principales, las siguientes:

VENTAJAS:

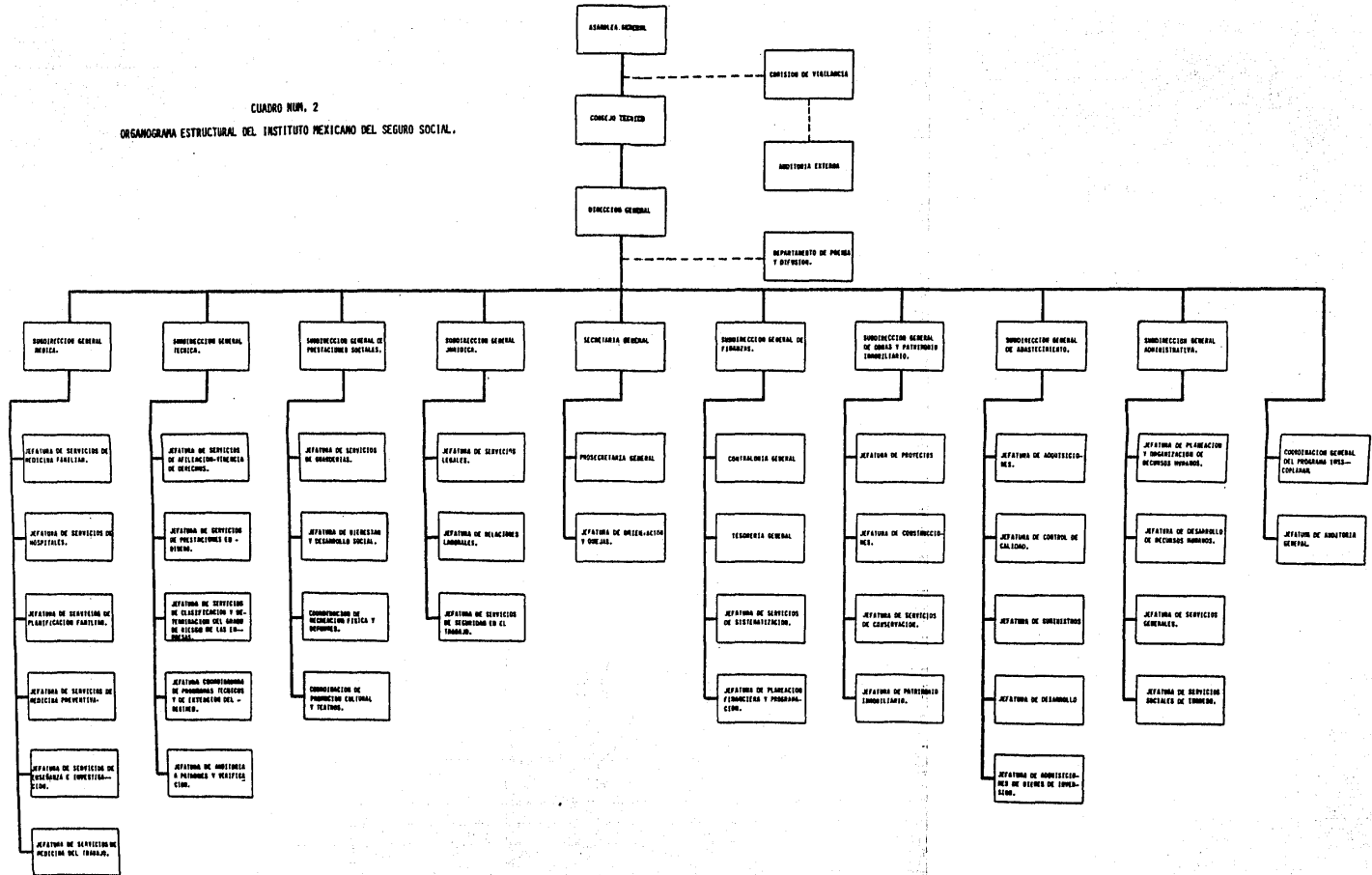
- Señala la ubicación de las unidades administrativas dentro de la organización.
- Indica la subordinación orgánica mediante las líneas de autoridad, haciéndolo algunas veces con mayor detalle al mostrar las líneas de autoridad funcional o especializada.
- Se representan las principales funciones que se efectúan en las unidades administrativas.
- Constituye una herramienta técnica que brinda información para efectos de análisis y estudios administrativos.

RESTRICCIONES:

- Refleja los datos en forma transitoria, toda vez que la dinámica del trabajo propicie cambios.
- No permite mostrar toda la información y funciones del organismo.
- Expresa un modelo formal de la organización, sin considerar los conductos informales y el medio en que se ubica.

Los organogramas mayormente utilizados dentro de la Administración Pública, son el estructural y el funcional. El cuadro 2, presenta el organograma estructural del Instituto Mexicano del Seguro Social, con objeto de brindar una visión general del mismo.

CUADRO NUM. 2
ORGANOGRAMA ESTRUCTURAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.



Secretaría General.

Atiende los asuntos relativos a la Asamblea General, al H.Consejo Técnico y a la Dirección General. Norma las acciones para el control y análisis del acervo documental, emisión de publicaciones y el manejo de asuntos internacionales del Instituto.

Subdirección General Técnica.

Establece los lineamientos para la elaboración de los programas de afiliación vigencia de derechos, de la extensión del Régimen del Seguro Social, del otorgamiento y el pago de las prestaciones en dinero, de las visitas de verificación específicas, de la clasificación y determinación de grado de riesgo y primas correspondientes a las empresas y de la auditoría a patrones.

Subdirección General Jurídica.

Sus funciones primordiales son las de normar la operación de los servicios jurídicos y los de prevención e investigación de riesgos de trabajo; elaborar estudios y presentar opiniones acerca de consultas técnico-jurídicas; coordinar la revisión y elaboración de modificaciones a la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

Subdirección General de Finanzas.

Se encarga de planear y programar el desarrollo de las acciones financieras y los servicios de sistematización. Define los criterios para la elaboración e integración del presupuesto del Instituto, controlando su ejercicio de acuerdo con los lineamientos señalados por la Secretaría de Programación y Presupuesto.

Subdirección General de Obras y Patrimonio Inmobiliario.

Norma el diseño arquitectónico y de ingeniería necesario para la localización, construcción, ampliación y remodelación de unidades de servicio. Establece los criterios para la evaluación de la funcionalidad, calidad, diseño, construcción y costo de las unidades. Se encarga de la conservación de inmuebles, instalaciones y equipo del Instituto.

Subdirección General de Abastecimiento.

Define las estrategias para la adquisición, almacenamiento y distribución de bienes de inversión y consumo conforme a las leyes, normas y políticas internas y externas establecidas para tal efecto.

Subdirección General de Prestaciones Sociales.

Tiene como finalidad, la de fomentar la salud, prevenir enfermedades, accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, mediante programas de : capacitación técnica, bienestar familiar; actividades artísticas, culturales y deportivas.

Subdirección General Administrativa.

Autoriza y emite normas en materia de administración, planeación , organización, desarrollo y capacitación de recursos humanos, servicios generales y comisiones mixtas.

Subdirección General Médica.

Siendo la Subdirección General Médica, responsable de proporcionar servicio médico a la población, a continuación se hace mención de las funciones que tiene asignadas:

- Participar en la prestación de los servicios de salud en coordinación - con las instituciones del sector salud.
- Dirigir la planeación integral de los sistemas y recursos de salud con base en las necesidades de la población.
- Consolidar la red de servicios en todo el país mediante una adecuada - zonificación, con base en la estrategia de niveles de atención, a fin - de optimizar recursos y mejorar la calidad y oportunidad de los mismos. Los niveles de atención son:

1er. nivel	Unidad de Medicina Familiar
2do. nivel	Hospitales Generales de Zona
3er. nivel	Hospitales de Especialidades

- Normar el otorgamiento integral de los servicios médicos en sus tres - niveles de atención, así como en los de medicina preventiva, planifica- ción familiar, medicina del trabajo, enseñanza e investigación, buscan- do la eficiencia y congruencia internas.
- Dirigir el diseño y la aplicación de los mecanismos de evaluación para - verificar el cumplimiento y la eficiencia de sistemas, normas y progra - mas.

- Establecer los lineamientos para la organización y el funcionamiento de sus dependencias normativas, para el otorgamiento de los servicios de primero, segundo y tercer niveles, previsión y detección de enfermedades, formación y capacitación de recursos humanos para la salud, así como de investigación médica.
- Emitir los lineamientos para el otorgamiento de los servicios de salud en las delegaciones.
- Dictar estrategias para el funcionamiento de las comisiones de cuadros básicos de medicamentos, equipo médico y materiales de curación.

Del análisis al organograma estructural del I.M.S.S. se puede observar que la Jefatura de Auditoría General se encuentra mal ubicada, al depender directamente de la Dirección General, debiendo ser de la Subdirección General de Finanzas, para evitar con ello un crecimiento horizontal innecesario, partiendo de la consideración que la naturaleza y semejanza de las operaciones supervisadas permiten un mayor tramo de control.

DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS HUMANOS.

En base a la estructura del Instituto, podemos elaborar una agrupación de servicios por actividad, los cuales serían:

- a) Médicos
- b) Administrativos
- c) Técnicos
- d) Finanzas
- e) Obras y Abastecimiento
- f) Jurídicos
- g) Solidaridad Social
- h) Prestaciones Sociales
- i) Organismos Superiores
- j) Otros.

Al mes de marzo de 1986, el I.M.S.S. tiene un total de 254,152 trabajadores cuya distribución se muestra en el cuadro 3.

Otra clasificación es considerando el tipo de servicio que se presta, resultando lo siguiente (cuadro 4):

- 1) Atención directa a la población derechohabiente.- Estos se encuentran ubicados en los servicios médicos, técnicos y de prestaciones sociales.
- 2) Servicios de apoyo.- Aquí se incluyen obras y patrimonio inmobiliario,- abastecimiento, administrativos, jurídicos y otros que tienen como función la de llevar a cabo las acciones de dirección y organización.
- 3) Servicios financieros.- Este grupo comprende principalmente la captación de ingresos y distribución de recursos financieros.

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR ACTIVIDAD

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>No. DE PLAZAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Médicos	175,691	69.13
Administrativos	17,847	7.02
Técnicos	6,707	2.64
Finanzas	9,403	3.70
Obras y Abastecimiento	13,689	5.39
Jurídicos	1,677	0.66
Seguridad Social	10,005	3.94
Prestaciones Sociales	8,505	3.34
Organismos Superiores	6,426	2.53
Otros	4,202	1.65
S U M A	254,152	100.00

Fuente: Listado Nacional de plazas por Subdirección y/o Jefaturas I.M.S.S. marzo 86.

Cuadro No. 4

DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR TIPO DE SERVICIO		
<u>ACTIVIDAD</u>	<u>No. DE PLAZAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Atención directa a Derechohabientes.	190,903	75.11
Servicios de Apoyo	53,846	21.19
Servicios Financieros	9,403	3.70
S U M A	254,152	100.00

Fuente: Listado Nacional de plazas por Subdirección y/o Jefatura I.M.S.S. marzo 86

Como ya se indicó, existen en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tanto trabajadoras de base ó sindicalizados como de confianza, representando un 80% y 20% respectivamente del total de plazas autorizadas.

1.1.4 EL PERSONAL MEDICO DEL I.M.S.S.

El conjunto de elementos profesionales de la medicina que realiza la atención médica en una institución hospitalaria, se agrupa para formar el cuerpo médico.

Se puede clasificar a estos grupos de profesionales en :

- a) Médico
- b) Enfermería
- c) Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- d) Labores de asistencia

a) Médico.- El cuerpo médico está constituido por los siguientes grupos:

- a) Personal Médico Regular.- Se le llama así al responsable directo del diagnóstico y tratamiento de los enfermos del hospital.
- b) Personal Médico Residente.- Está constituido por aquellos médicos que con fines de adiestramiento trabajan tiempo completo para el hospital, bajo un contrato-beca por tiempo definido. Sus funciones son las de auxiliar al personal médico regular y prestar servicios en caso de urgencia.
- c) Personal Médico Honorario.- Los médicos honorarios serán aquellos que en virtud de sus relevantes antecedentes profesionales o científicos, sean designados como tales por el H. Consejo Técnico. - Pueden o no recibir remuneraciones y tendrán derecho a atender a sus pacientes.
- d) Personal Médico Agregado.- Está constituido por quienes, con la aprobación de las autoridades respectivas, participan bien en la atención de pacientes hospitalizados, o bien por aquellos que realizan con carácter temporal, labores de investigación, de estudio o docencia.

Asimismo, el cuerpo médico se considera dividido en :

- Médico No Familiar y,
- Médico Familiar.

El primero considera dentro de su ámbito a todo aquel profesionista médico con especialización en cualquier rama de la medicina.- El médico familiar se encarga de la atención primaria del paciente tendiendo conocimientos en medicina general, derivando los casos que considere necesario en su diagnóstico al Médico No Familiar o Especialista para su atención.

- b) Enfermería.- El servicio de enfermería es la atención que recibe el paciente en un hospital por las enfermeras profesionales y sus auxiliares.

Se divide en:

- a) Auxiliar de Enfermería
- b) Enfermera General
- c) Enfermera Especialista
- d) Enfermera Jefe de Piso
- e) Subjefe de Enfermeras
- f) Jefe de Enfermeras.

La atención que recibe el paciente no se centra únicamente en las técnicas adquiridas en la Escuela de Enfermería, sino que también se deben considerar una serie de aspectos humanos, propios de la profesión como son aquellos de infundir confianza al paciente, proporcionarle la comodidad necesaria al mismo tiempo de vigilar su seguridad dentro de la institución, porque debemos considerar que el servicio de enfermería es el único que permanece cuidando al enfermo las veinticuatro horas del día, todos los días del año.

Además éste servicio tiene a su cargo una serie de funciones administrativas relacionadas con el movimiento de pacientes, el control de material y equipo, la responsabilidad de mantener al corriente las hojas del expediente clínico y agregar todos aquellos informes que provienen de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, a fin de que el expediente esté siempre actualizado.

- c) Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.- Los auxiliares de diagnóstico y tratamiento son, como sus nombres lo indican, servicios que concurren para estos fines a ayudar al médico clínico en su labor en los hospitales.

Estos servicios son los que dan la característica de atención médica moderna a la profesión en las instituciones médicas, y obligan necesariamente a organizar el trabajo en equipo.

La clasificación de auxiliares de diagnóstico o de tratamiento, en algunos casos es bastante clara, pero hay otros en que es el mismo departamento el que ayuda a fundamentar el diagnóstico y realiza funciones que aplican diversos medios terapéuticos.

Los auxiliares típicamente de diagnóstico son:

- a) Auxiliar de laboratorio
- b) Laboratoristas
- c) Químico de laboratorio de análisis clínicos
- d) Inhaloterapeutas
- e) Técnico en el manejo de aparatos de electrodiagnóstico
- f) Técnico - radiólogo.

Estos no son servicios de atención primaria al paciente, sino que sólo actúan a petición de los servicios clínicos. Por otra parte, no están totalmente integrados por personal perteneciente a la profesión médica, sino que en todos ellos se encuentran elementos de otras profesiones como químicos, técnicos - diversos y algunos profesionales de enfermería.

d) Labores de Asistencia.- Las labores de asistencia son realizadas por:

- a) Trabajadoras Sociales
- b) Asistentes Médicas.

El trabajo Social tiene como meta buscar el adecuado funcionamiento de los individuos o de los grupos sociales, en relación con todas aquellas actividades que tienen como fin la armoniosa interacción de los mismos, para lograr el bien

nestar individual y colectivo.

Las funciones de las Trabajadoras Sociales, se dirigen hacia tres fines:

- 1.- Prevenir las sociopatías que se presentan en la comunidad o en el individuo.
- 2.- Procurar encauzar debidamente los recursos individuales y sociales para lograr mayor bienestar social.
- 3.- Restaurar la incapacidad social de los individuos, cuando existe un problema conocido.

Por lo tanto, los esfuerzos de las trabajadoras sociales tienden a ayudar a los individuos o grupos humanos a resolver, o por lo menos, a disminuir el impacto de los problemas que generan el desequilibrio entre el individuo y su medio.

Las asistentes médicas colaboran con las trabajadoras sociales en diversos aspectos de sus actividades, pero siempre trabajando bajo la estrecha supervisión de una trabajadora profesional. Las asistentes médicas, se encargan de diversas funciones de orientación y trato de los pacientes en diferentes zonas del hospital, proporcionando información y llenado a veces de formularios o papelería administrativa relacionada con estas funciones.

Ahora bien, sería interesante saber que cantidad de plazas tiene asignada el Instituto Mexicano del Seguro Social a los grupos de presionales anotados anteriormente.

<u>G R U P O</u>	<u>PLAZAS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
MEDICO		
- MEDICO NO FAMILIAR	12,625	13.05
- MEDICO FAMILIAR	10,188	10.53
ENFERMERIA		
- AUXILIAR DE ENFERMERIA	27,778	28.70
- ENFERMERA GENERAL	19,353	20.00
- ENFERMERA ESPECIALISTA	3,916	4.05
- ENFERMERA JEFE DE PISO	2,469	2.55
- SUBJEFE DE ENFERMERAS	669	0.69
- JEFE DE ENFERMERAS	135	0.14
AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO		
- AUXILIAR DE LABORATORIO	1,505	1.55
- LABORATORISTAS	2,153	2.22
- QUIMICO DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO	1,811	1.87
- INHALOTERAPEUTAS	166	0.17
- TECNICOS EN MANEJO DE APARATOS DE ELECTRODIAGNOSTICO	116	0.12
- TECNICO RADIOLOGO.	1,331	1.38
LABORES DE ASISTENCIA		
- TRABAJADORAS SOCIALES	1,334	1.38
- ASISTENTES MEDICAS	11,222	11.60
S U M A	96,771	100.00

1.1.5 ESTRUCTURA TIPICA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDAD

Como se indicó con anterioridad, cualquier unidad económica requiere de un instrumento breve y claro que le permita representar los lineamientos de una estructura orgánica, ya sea en forma individual o general, para lo cual se debe formular los organogramas respectivos.

A continuación se muestra en el cuadro No. 5 la estructura de un Hospital de Especialidades; describiendo las funciones del área administrativa, que es la responsable del aprovechamiento de los recursos, materiales y técnicos de la unidad.

Junta de Gobierno

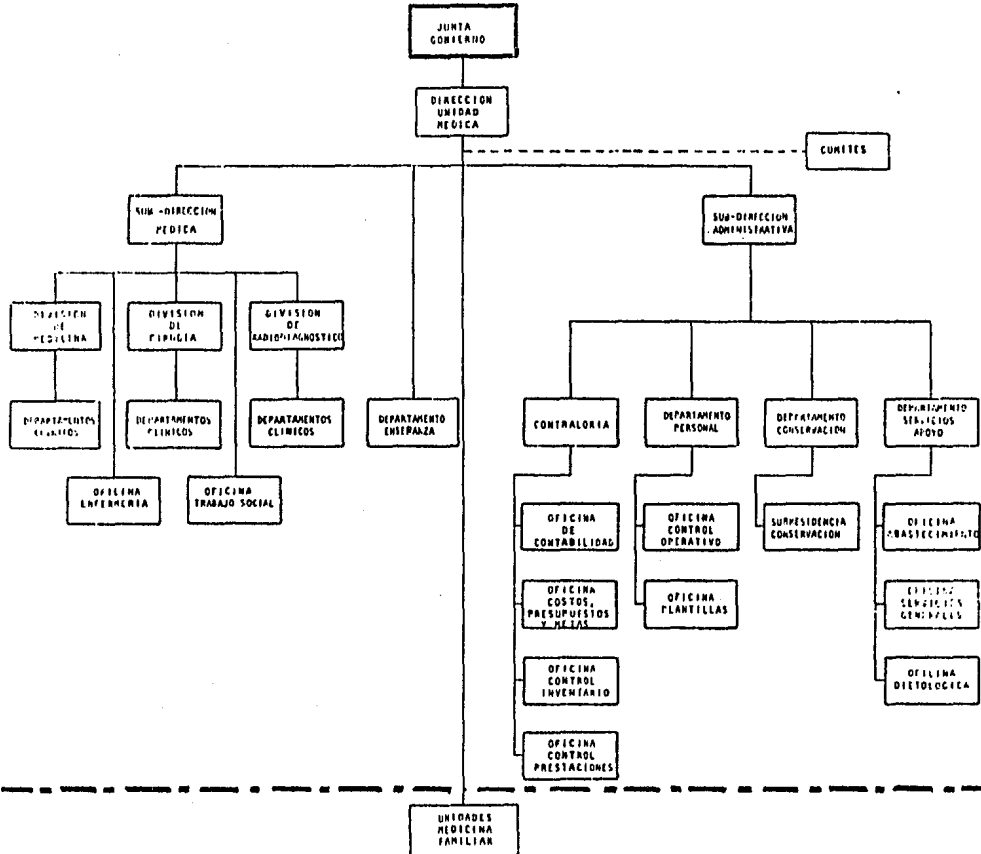
- Responder ante las autoridades superiores, del cumplimiento de los objetivos y de la aplicación de las normas de la unidad.
- Integrar y armonizar los planes, programas y presupuestos de la unidad y vigilar su cumplimiento.
- Estudiar y analizar los asuntos más importantes acerca de la marcha de la unidad y decidir sobre las soluciones que deban adoptarse.

Dirección de la Unidad

- Analizar y aprobar los planes, programas y presupuestos de la unidad, así como someterlos a las autoridades superiores, los que así correspondan.
- Difundir y vigilar el cumplimiento de las normas emanadas por las dependencias normativas.
- Presidir la Junta de Gobierno de la Unidad, cumplir y vigilar que se lleven a cabo las decisiones tomadas en ella.

CUADRO 5

ESTRUCTURA ORGANICA DE UNIDAD MEDICA DE ESPECIALIDADES



Subdirección Administrativa.

- Planear e integrar los programas, presupuestos y metas en los aspectos financieros, administrativos y de apoyo en general.
- Organizar, dirigir y evaluar el desarrollo de los programas - de control financiero de la unidad y corregir las desviaciones detectadas.
- Dirigir y evaluar la administración de los recursos humanos, - materiales y técnicos, tomando las medidas necesarias para optimizar su aprovechamiento.
- Establecer coordinación con el área médica de la unidad para - prever y satisfacer sus necesidades operativas.

Contraloría

- Supervisar la captación y proceso de datos que integran la información básica para el registro contable y el control de costos y presupuestos de la unidad.
- Supervisar y controlar el adecuado manejo del fondo fijo de la unidad.
- Detectar y analizar las desviaciones en el ejercicio del presupuesto de la unidad.

Personal

- Analizar para su racionalización los gastos que la unidad realiza por concepto de personal.
- Supervisar la actualización oportuna de necesidad de fuerza de trabajo de la unidad.
- Supervisar y controlar la oportuna cobertura y sustitución de - plazas vacantes, de acuerdo a las necesidades de la unidad.

- Supervisar el trámite de prestaciones al personal.
- Detectar necesidades y propiciar la captación y adiestramiento para el personal administrativo de la unidad.

Conservación

- Planear y controlar los proyectos, presupuestos y calendarios para la conservación y adaptación de las instalaciones y equipos de la unidad.
- Planear y determinar las necesidades de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos de la unidad.
- Aprobar la valoración del estado físico de los edificios, instalaciones y equipos de la unidad.

Servicios de Apoyo

- Establecer los sistemas de control necesarios para el abastecimiento, preparación de alimentos, prestación del servicio de limpieza y demás servicios generales de apoyo para los diferentes turnos de la unidad.
- Organizar y supervisar la oportuna tramitación de las solicitudes de reaprovisionamiento, de acuerdo al calendario establecido y en su caso investigar el origen y frecuencia de solicitudes extraordinarias.
- Informar sistemáticamente sobre el avance y resultados de los programas a su cargo y proporcionar los elementos adicionales de información que le sean requeridos.

C A P I T U L O I I

OPTIMIZACION DEL RECURSO HUMANO EN BASE AL USO DE INDICADORES

2.1 DEFINICION DE INDICADOR

Algunos de los mayores avances en campos fundamentales para la administración han sido hechos en las disciplinas cuantitativas: las matemáticas y la estadística. A pesar de que la mayoría de los administradores no poseen los antecedentes necesarios para hacer algunos de los cálculos que requieren las técnicas refinadas de la toma de decisiones, se han convertido en algo claramente imperativo que los administradores deban ser capaces de comprender el enfoque cuantitativo lo suficiente para:

- 1o. Plantear sus problemas en forma que faciliten el uso de especialistas en el manejo de datos cuantitativos.
- 2o. Comunicarse con los especialistas en la interpretación de las respuestas obtenidas por métodos refinados.

Para poder efectuar una toma de decisiones en base a métodos cuantitativos de análisis deben considerarse los siguientes aspectos:

- a) El problema debe expresarse en términos cuantitativos.
- b) Las relaciones deben ser expresadas en símbolos que faciliten las manipulaciones matemáticas.
- c) Los resultados de las acciones deben ser medibles.

La administración incluye complejas relaciones entre numerosos factores. - Estas relaciones pueden ser expresadas vagamente en términos cualitativos, - pero muchas veces es más significativo establecerlas en forma cuantitativa.

Ahora bien, basados en las consideraciones anteriores, podemos decir que un indicador es " un elemento de medida de una problemática; una traducción númerica de los aspectos significativos de un fenómeno que nos permite ejercer en la toma de decisiones, acciones conducentes a su corrección o mejoramiento

to" (1).

También podemos establecer que el indicador es una medida uniforme y bien establecida, reconocida como aceptable, es igualmente un elemento que nos sirve para medir una actividad en donde se requiere obtener, buena calidad y cantidad en forma más eficaz y económica.

Otra definición de Indicador nos dice que "es una medida estadística diseñada para mostrar los cambios en una variable o grupo de variables relacionadas - con respecto al tiempo, situación geográfica u otra característica como renta, profesión, etc. Una colección de indicadores para diferentes años, situaciones etc., se llama "Serie de Indicadores" (2).

Con lo anterior, construimos una definición de indicador buscando dar un enfo que de aplicación general:

El indicador es un elemento de medida uniforme, que representa las acciones de un fenómeno para permitirnos llevar a cabo acciones de corrección o mejoramiento, encaminadas a la obtención de resultados previamente establecidos.

Aplicación.

Con los indicadores se puede comparar el costo de alimentos u otros costos de vida en una ciudad durante un año contra los del año anterior, o bien comparar la producción de acero un año determinado en una parte del país con la habida en otra parte.

-
- (1) Agustín Barbebosa Kubli. Análisis de la Naturaleza y Propiedades de los Indicadores de la Seguridad Social. Seguridad Social Tomo II. Números - 131 y 132 Ed. Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social. México. 1981. Pág. 159.
 - (2) Murray R. Spiegel. Estadística. Serie Schaum. Ed. MacGraw-Hill. México. 1970. Pág. 313.

Ubicando lo anterior para su aplicación dentro de un hospital, si tenemos información sobre:

- Número de derechohabientes que en promedio ha atendido una institución durante un período determinado.
- El número de consultas otorgadas en ese mismo período.
- El número de recetas expedidas en Consulta Externa. También por el mismo período.

Podemos entonces construir los siguientes indicadores:

- Consultas por derechohabiente
- Recetas por derechohabiente
- Recetas por consulta

Los ejemplos de indicadores citados, corresponden a la relación de dos conjuntos, formados cada uno de cifras estadísticas resultantes del registro de población derechohabiente y servicios médicos proporcionados.

Tipos de Indicadores.

Indicadores Reales. Reflejan una realidad de funcionamiento, basados en un historial estadístico.

Indicadores Teóricos. Se obtienen del estudio de tiempos y movimientos y representan lo que se debe hacer. Ejemplos:

- Un empleado de farmacia puede surtir en un turno de 6.5 horas, 160 recetas.
- Un promedio de 3.5 consultas por hora es el adecuado para una buena atención médica.

Indicadores Combinados. Son una combinación de indicadores reales y teóricos; se utilizan para conjugar las demandas de servicio en los estándares aprobados por el área médica. Su utilización permite calcular la dotación de instalaciones y recursos humanos que se requiere para la atención de la población derechohabiente.

Selección de Indicadores.

Considerando la diversidad de variables que influyen en la fijación de indicadores, se establecen los siguientes criterios:

- 1.- Disponibilidad: deberán estar disponibles la mayor cantidad de registros sobre la relación a establecer.
- 2.- Cobertura: el indicador se debe relacionar tanto como sea posible a cada territorio o región como un todo y no solamente a cualquier área seleccionada o a un grupo determinado de población.
- 3.- Calidad de los datos básicos: los registros que se necesiten para estimar el indicador deberán ser de buena calidad, es decir, el indicador no deberá estar indebidamente afectado por aspectos cualitativos entre los registros, tales como aquellos que surgen por el registro incompleto o por diferencias en la práctica del registro, definiciones o procedimientos usados para clasificar y consolidar los datos.
- 4.- Amplitud: el indicador deberá poseer todos los factores que influyan en la aplicación del mismo.

5.- Simplicidad: tanto como sea posible, el cálculo del indicador deberá ser lo suficientemente sencillo, como para tener aceptación general.

Indicadores, Naturaleza y Propiedades.

Siendo los indicadores construcciones basadas en observaciones cuantitativas, que nos reflejan aspectos acerca de la vida social y económica en que estamos interesados o acerca de los cambios que están teniendo lugar en los mismos, - tenemos necesidad de conocer como funcionan sus acciones, si se esta bien o - mal, o en que se está bien o mal, para estar en condiciones de corregirlo o - mejorarlo.

1.- ¿ QUE OCURRE ?

Permite describir cual es la posición del fenómeno o qué cambios - han tenido lugar en él.

2.- ¿ POR QUE OCURRE ?

Proporciona los datos para explicar la situación de los fenómenos, - o por que han tenido lugar determinados cambios.

3.- ¿ QUE HAY QUE HACER ?

Dado el conocimiento de la situación sirven de patrón de decisión - para la conducción o cambio del fenómeno.

4.- ¿ SE LOGRO MEJORAR ?

Pone de manifiesto, en el tiempo, si se ha observado una mejoría - como resultado de la aplicación de la medida.

OBJETIVOS DE
LOS
INDICADORES



NATURALEZA Y
PROPIEDADES
DE LOS INDICADO-
RES.



ESTABLECIMIENTO DE LOS
INDICADORES.

Contar con la Herramienta para tomar decisiones.

Caracterizar la herramienta para saber utilizarla.

Obtención de la herramienta.

Medición del Recurso Humano.

La administración de Recursos Humanos, debe diseñar procedimientos con los cuales medir la potencialidad del trabajo de los miembros de la organización y el cumplimiento de los objetivos de la misma. Los métodos para establecer la productividad deberán aportar información pertinente para una planeación que permita elevarla, manteniendo el desarrollo del potencial de trabajo de sus miembros y que permita detectar oportunamente tendencias indicadoras de resultados futuros, nocivos a la productividad y a sus respectivas causas.

La productividad es un indicador de resultados que obedecen a una interacción de actividades de la organización, puestas en juego de una manera continua y compleja. La administración de recursos humanos ha propuesto la adopción de algunos indicadores, cuyas escalas sugieren cierta correlación de la productividad (medida en términos de horas-hombre, unidades producidas, etc.) con la eficiencia lograda por la aplicación de políticas administrativas, que directa o indirectamente afectan a los miembros de la organización.

Algunos de estos indicadores como la medición del desempeño, la rotación del personal, el ausentismo, la moral del trabajo, proporcionan la suficiente información para la toma de decisiones.

En suma, la medición de los recursos humanos no es más que la cuantificación de las habilidades y conocimientos a una fecha disponible.

2.2 METODOS PARA LA FIJACION DE INDICADORES.

La determinación de un indicador de trabajo, exige la investigación del tiempo necesario para el desarrollo de cada actividad operativa, considerando que se trabaja en condiciones normales.

Las etapas para efectuar la medición sistemática del trabajo son las siguientes:

- . SELECCIONAR El trabajo que va a ser objeto de estudio.
- . REGISTRAR Todos los datos relativos a las circunstancias en que se realiza el trabajo.
- . EXAMINAR Y ANALIZAR Los datos registrados y el detalle de los elementos con espíritu crítico, separando los inproductivos o ajenos a los productivos.
- . MEDIR La cantidad de trabajo de cada elemento expresándola en tiempo, mediante el método más apropiado de medición de trabajo.
- . COMPILAR El tiempo de la operación previniendo, en caso de estudios con cronómetro, suplementos para breves descansos, necesidades personales, etc.
- . DEFINIR Con precisión la serie de actividades y el método de operación a los que corresponda el tiempo registrado y notificar que ese será el tiempo tipo para las actividades y métodos especificados.

Los principales métodos para la fijación de indicadores son:

- a) Estudio de tiempos con cronómetro
- b) Sistema de normas de tiempo predeterminadas (NTPD)
- c) Datos tipo
- d) Muestreo de trabajo.

a) Estudio de tiempos con cronómetro.

El estudio de tiempos es una técnica de medición del trabajo empleada para registrar los tiempos y ritmos de trabajo correspondientes a los elementos de una tarea definida, efectuada en condiciones determinadas, y para analizar los datos a fin de averiguar el tiempo recurrido para efectuar la tarea según una norma de ejecución preestablecida.

Para la consecución de lo anterior, emplearemos un cronómetro para medir el tiempo de un hombre representativo, trabajando en una tarea específica.

Los pasos al hacer un estudio de tiempo con cronómetro son:

- 1.- Seleccionar y describir las operaciones exactas del tipo repetitivo que se van a estudiar.
- 2.- Recolectar los accesorios necesarios que se van a emplear, incluyendo el cronómetro y las hojas de observación.
- 3.- Seleccionar al operador que se va observar y obtener la cooperación del supervisor de línea.

- 4.- Identificar con precisión los puntos de medición y los elementos de la operación.
- 5.- Determinar el número de ciclos que se van a medir.
- 6.- Hacer las observaciones reales y registrarlas en las hojas de observación. Medir simultáneamente el desarrollo del trabajador.
- 7.- Calcular la medida de la tendencia central, la cual representará los valores detallados de tiempo (El resultado es llamado "tiempo tipo").
- 8.- Calcular el "tiempo normal" utilizando la medición de la labor del trabajador en cuestión.
- 9.- Calcular el indicador suministrando tolerancias.

b) Normas de tiempo predeterminadas (NTPD)

El sistema de normas de tiempo predeterminadas es una técnica de medición del trabajo en que se utilizan tiempos establecidos para los movimientos humanos básicos (clasificados según su naturaleza y las condiciones en que se hacen) a fin de establecer el tiempo requerido por una tarea efectuada según una norma dada de ejecución.

En términos generales, muchas operaciones constan de todos ó algunos de cinco movimientos básicos a los cuales se les suma otros movimientos del cuerpo; esto conforma un sistema NTPD básico (cuadro 6).

Movimiento	Descripción
Estirar el Brazo	Mover la mano hasta el punto de destino.
Agarrar (o asir)	Obtener el dominio del objeto con los <u>de</u> dos.
Trasladar	Cambiar el objeto de lugar
Colocar	Alinear objetos y ajustar unos en otros.
Saltar	No sujetar más el objeto.
Movimientos del cuerpo	Movimiento de las piernas y tronco.

El tiempo de una operación completa puede establecerse examinando la operación, identificando los movimientos básicos que la componen.

Existe una multiplicidad y variedad de los sistemas NTPD que han sido ideados, los cuales algunos de ellos solo pueden obtenerse contratando consultores de dirección. Actualmente existen más de doscientos sistemas que significan en sí - complejidad y dificultad en el aprendizaje, por lo que resulta casi imposible - el llegar a conocerlos uno por uno suficientemente bien para poder juzgar su - eficiencia real.

Los sistemas NTPD no eliminan la necesidad de utilizar el cronómetro, ni tampoco el estudio de métodos ó el muestreo de trabajo, de hecho es difícil cubrir - todos los casos que pueden darse en un organismo utilizando un solo sistema NTPD por lo que se auxilia de los métodos enunciados.

Los tiempos indicados en los sistemas NTPD son promedios, cuyos márgenes son - lo bastante pequeños como para ser descartados en todos los casos prácticos.

Durante la segunda guerra mundial y la posguerra se inventaron varios sistemas NTPD de distintas clases, entre ellos destaca el de "Medición de Tiempos Métodos" (MTM), que está muy difundido en el mundo.

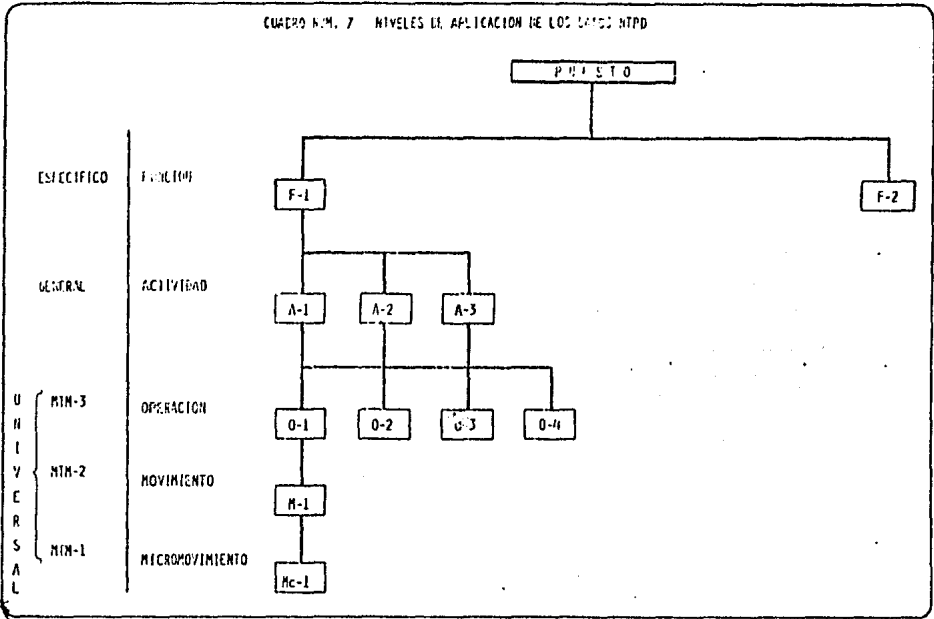
Los sistemas NTPD no consideran exclusivamente el tiempo necesario para ejecutar un movimiento específico, sino que muestra los movimientos que lo precede y el que lo sigue, siendo el sistema MTM el resultado de ello, lo cual se logró estableciendo subdivisiones de las principales categorías de movimientos, elaborando definiciones y reglas de aplicación especiales para respetar los empalme, estableciendose así niveles de aplicación de los datos mediante los sistemas internacionales MTM: MTM-1, MTM-2 y MTM-3. En el cuadro No. 7 se pretenden mostrar el nivel de aplicación de estos sistemas.

El campo de aplicación de los datos varían en cuanto al número y extensión de las áreas en la que se utilizará cada sistema (cuadro No. 8).

En primer lugar, existen sistemas de aplicación universal, que abarcan todos los sectores de actividad. Es el caso de los datos relativos a los movimientos incluidos en los niveles MTM-1,2 o 3, así como de los sistemas de factor trabajo. En segundo lugar existen datos relacionados con una ocupación principal, por ejemplo, trabajos de oficina, de mantenimiento, consultas o ciertos tipos de trabajos de producción. Pueden citarse los datos "patrón" para las oficinas (Master Clerical Data) y el MTM-V, de la asociación sueca de MTM, para talleres de máquinas. Por último está la categoría menos general; los sistemas ideados especialmente para determinadas fábricas o departamentos. Estos últimos no pueden transferirse sin revalidarlos antes con un estudio del nuevo caso de aplicación.

Los sistemas NTPD tienen ventajas sobre el estudio de tiempos con cronómetro - - pues atribuyen a cada movimiento un tiempo dado, independientemente del lugar donde se efectúe el movimiento, mientras que en el estudio de tiempos, no se cronometra un sólo movimiento, sino una secuencia de éstos que juntos componen una operación.

CUADRO N.º 7 NIVELES DE APLICACION DE LOS DATOS NTPD



CUADRO NUM. 8 CAMPO DE APLICACION DE LOS DATOS NTPD

A L C A N C E	SISTEMA NTPD	CAMPO DE APLICACION
1 UNIVERSAL	NTM-1,2,3; FACTOR TRABAJO.	TRANSFERIBLE EN TODO EL MUNDO Y APLICABLE A TODOS LOS SECTO RES DE ACTIVIDAD MANUAL.
2 GENERAL	PATRON PARA DATOS DE OFICINA (OFICINAS); NTM-V -- (TALLERES DE MAQUI-- NAS).	TRANSFERIBLE SOLAMENTE DENTRO DE UN SECTOR DE ACTIVIDAD.
3 ESPECIFICO	DATOS TIPO PARA DETER MINADOS DEPARTAMENTOS DE UNA FABRICA U HOS- PITAL.	NO TRANSFERIBLE. SIN ESTU-- DIOS DE VALIDACION.

Estos tipos de sistemas son particularmente útiles para ciclos repetitivos de tiempos muy breves.

c) Datos Tipo

Muchas de las operaciones que se realizan en un hospital tienen varios elementos comunes. El elemento "andar" o "caminar", por ejemplo, forma parte de numerosas tareas. Actividades distintas como asear, preparar alimentos, atender pacientes hospitalizados, visitas médicas, comprenden invariablemente un elemento común que se cronometra varias veces. Por consiguiente, sería más fácil y rápido la determinación de tiempos tipo si se dispusiera de un conjunto de datos para su elaboración, sin tener que cronometrarlas necesariamente por cada uno de los elementos que en la operación intervienen.

Son evidentes las ventajas de establecer un banco de datos tipo para los diversos elementos que aparecen repetidamente en el lugar de trabajo. Si existiera una amplia gama de elementos en el banco de datos, no sería necesario efectuar un estudio de tiempos para cada nueva tarea, bastaría con descomponer la tarea en elementos y buscar en el banco de datos los tiempos normales de cada elemento, calculando así el indicador y el tiempo total necesario para ejecutar la nueva tarea.

Para establecer los datos tipo deben seguirse las etapas indicadas a continuación:

- 1.- Determinar el alcance o cobertura de los datos tipo.
- 2.- Descomponer las tareas en elementos mediante el análisis de las mismas.
- 3.- Decidir el método de medición (cronométraje o NTPD).
- 4.- Determinar los factores que influyen en el tiempo de ejecución de cada elemento.
- 5.- El tiempo empleado para ejecutar la actividad se medirá a partir de observaciones directas.

La utilización de los datos tipo se enfoca en esencia hacia su empleo en el estudio de tiempos por cronómetro y los sistemas de normas de tiempo predeterminadas, facilitando la aplicación de dichos métodos.

d) Muestreo de Trabajo.

El muestreo de trabajo es conocido también como "muestra de actividades", "método de observaciones aleatorias" y "control estadístico de actividades". Es una técnica que se utiliza para investigar la proporción del tiempo total dedicado a diversas actividades que componen una tarea. Otra definición es la que nos proporciona la Oficina Internacional del Trabajo:

"El muestreo del trabajo es una técnica para determinar mediante muestreo estadístico y observaciones aleatorias, el porcentaje de aparición de determinada actividad " (3)

Para obtener una visión completa y exacta del tiempo productivo y del tiempo inactivo del personal en cada área de servicio, sería necesario observar continuamente a cada persona de dicha área y registrar el momento y la causa de cada interrupción. Pero es algo evidentemente difícil de realizar, a menos que una cantidad igual al personal asignado por área, se dedicara exclusivamente a esa tarea, resultando innecesario en la práctica.

Sin embargo, si fuera posible observar de una ojeada que hace cada persona de un área predeterminada en un momento dado, quizá se descubriera que, por ejemplo, 80 por ciento de las personas están trabajando y el 20 por ciento están ociosas. Si se hiciera lo mismo veinte veces más a distintas horas del día, y si cada vez la proporción de personas laborando fuera de un 80 por ciento podría decirse, con cierta seguridad, que en todo momento hay un 80 por ciento del personal en el desarrollo de sus actividades.

Como generalmente tampoco es posible aplicar esta técnica, hay que optar por la que sigue en orden de preferencia: se hace una serie de recorridos del área a intervalos aleatorios observando al personal en funciones, las que es - -

(3) Oficina Internacional del Trabajo. Introducción al estudio del Trabajo.

tán ociosas y la causa de cada inmovilización. Esta es la base de la técnica de muestreo de trabajo. Si el tamaño de la muestra es suficientemente grande y las observaciones se efectúan realmente al azar, existe buena probabilidad de que dichas observaciones reflejen la situación real, con un margen de error por exceso o defecto.

A continuación mostraremos las ventajas y desventajas del muestreo de trabajo, en relación con el estudio de tiempos con cronómetro:

Ventajas:

- No requiere observación continua por parte del analista.
- El tiempo de trabajo de oficina disminuye.
- El operario no está expuesto a largos periodos de observación cronométricos.
- El estudio de muestreo de trabajo puede interrumpirse siempre que sea necesario, sin afectar los resultados.
- Es de bajo costo.

Desventajas:

- Un estudio de muestreo de trabajo de un grupo no presenta evidentemente más que valores medios y, por ello, no da información sobre la magnitud de las diferencias individuales.
- Con el estudio de tiempos se consigue una clasificación más precisa de las actividades y esperas que con el muestreo de trabajo, con el cual no se puede conseguir una información tan detallada, como lo da el estudio de tiempos con cronómetro.
- Ordinariamente, el muestreo de trabajo no es económico para el estudio de un sólo operario, o para estudiar empleados situados en zonas de gran extensión, etc.

Utilidad de los diferentes métodos.

a) Se usa el estudio de tiempos con cronómetro:

- Cuando el trabajo es único en las operaciones de la organización.
- En las actividades repetitivas ejecutadas en áreas ampliamente diseminadas.
- Cuando de un análisis de las actividades, sea necesario que existan movimientos distintos a los manuales.
- Cuando los indicadores establecidos por otros métodos requieren verificación.

b) Se usan los sistemas de normas de tiempo predeterminadas.

- Cuando es necesario establecer indicadores antes de iniciar una operación.
- Cuando se necesiten estimaciones de costos.
- Cuando las operaciones incluyen movimientos manuales cortos y repetitivos, que no puedan ser medidos con cronómetro.

c) Se usa el muestreo de trabajo.

- Cuando los costos son demasiado elevados para emplear otros métodos.
- Para determinar tolerancias adecuadas.
- Cuando el estudio puede ser interrumpido frecuentemente.
- Cuando la labor de los trabajadores es irregular y contiene actividades no uniformes.

2.3 DETERMINACION DE INDICADORES EN UNIDADES MEDICAS DE ESPECIALIDAD.

No se debe dejar de considerar que el balance óptimo de los elementos, es el equilibrio de los recursos con respecto a la demanda, estableciéndose a través de la determinación de indicadores, mismos que permiten la dotación de los recursos en un marco de máxima productividad, partiendo del supuesto de

atender la demanda potencial.

De ésta forma debemos incrementar la capacidad resolutive del servicio médico en Unidades de Especialidad, siendo esta capacidad, la aptitud - que se tiene para satisfacer las necesidades del paciente, en función - de la complejidad de la atención, misma que está condicionada por el - grado de capacitación del personal profesional que otorga la atención y la eficiencia de los servicios de apoyo.

El establecimiento de un indicador, puede efectuarse por cualquiera de los diferentes métodos ya mencionados, o bien, la combinación de ellos. En virtud de que cada método es flexible, al no alcanzar a cubrir por - separado, todos los casos que pueden darse en un organismo, por lo que se empleará una combinación de normas de tiempo predeterminadas (NTPD) y muestreo de trabajo; a continuación se mostrarán los elementos que - intervienen para la determinación de un indicador, estableciendo la me - todología que deberá utilizarse en el caso práctico a resolverse en el capítulo III.

2.3.1. DESCRIPCION DEL PUESTO.

Es de esencial importancia la descripción del puesto porque representa la unidad básica del trabajo, resultando evidente que a partir de su - correcta identificación y estructuración, será de utilidad para conti - nuar con otros estudios tendientes a una buena administración de sala - rios, aplicación de calificación de méritos, mejores métodos de reclu - tamiento, selección y contratación, elaboración de manuales de organi - zación y de sobremanera para fines del desarrollo de este trabajo, lo sería el apoyo para el establecimiento de indicadores para elevar la - productividad.

En función directa de las actividades a realizar, se requerirán ciertas habilidades, estudios, experiencia e iniciativa, en virtud de que las condiciones de trabajo, la responsabilidad y el esfuerzo, variarán en cada caso. Por ello es importante examinar las características de cada puesto, a fin de establecer los requisitos necesarios para desempeñarlo.

La descripción de puestos se refiere única y exclusivamente al puesto, sin importar quien lo ocupa ni como lo desempeña, lo que nos interesa saber es lo que tendrá que hacer, así como las condiciones y requisitos que deberá cubrir el ocupante. Representa en forma escrita las funciones genéricas, las funciones específicas, su objetivo y los requisitos indispensables para desempeñarlo.

Por lo anterior, el contenido de toda descripción de puestos es el siguiente:

- a) Encabezado. Aquí se propone identificar la información que permita localizar al puesto, tanto en la estructura de la organización, como físicamente en las instalaciones de la organización. Asimismo habrá que precisar el puesto del jefe inmediato y del subordinado. La denominación del puesto será de corta extensión, expresando la característica esencial del mismo.
- b) Objetivos del puesto Son los fines ó metas que se pretenden alcanzar como resultado de las actividades realizadas en el puesto.
- c) Descripción Genérica Consiste en una explicación breve, poco detallada, sobre el propósito general por la que existe ese puesto en la dependencia siendo comprensible su importancia en cuanto a la contribución al logro de los objetivos de la misma.

- d) Descripción Específica Consiste en la exposición de actividades que debe realizar un puesto determinado, diferenciando las funciones realizadas por el titular de las que en realidad tiene obligación de ejecutar; la descripción será correcta, si se obtiene una idea clara y completa del puesto.
- e) Requerimientos Son las facultades o aptitudes mínimas que debe poseer el ocupante o candidato a ocupar el puesto, debiendo establecerse las necesidades de experiencia, capacitación y perfil de la persona.

Considerando lo antes expuesto, se presenta en el cuadro No. 9 un modelo de descripción de puestos, correspondientes al Médico Gineco Obstetra, dentro de la categoría de Médico No Familiar, siendo representativa en el otorgamiento del servicio médico en una institución de seguridad social que considera cuatro especialidades básicas que son:

- Medicina Interna
- Cirugía General
- Gineco Obstetricia
- Pediatría.

El puesto es el conjunto de operaciones, cualidades, responsabilidades y condiciones que integran una unidad de trabajo específica e impersonal; se diferencia de lo que es una categoría, porque ésta representa la jerarquía que le corresponde al puesto dentro de los niveles establecidos en la estructura de la organización.

MODELO DE DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

1. ENCABEZADO

NOMBRE DEL PUESTO:	MÉDICO NO FAMILIAR (GINECO-OBSTETRICIA).
DEPENDENCIA:	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚM. 27
NÚMERO DE PLAZAS:	53
PUESTO INMEDIATO SUPERIOR:	JEFE DE SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA.
AUTORIDAD SOBRE:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

2. OBJETIVOS DEL PUESTO

OTORGAR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN GINECO-OBSTETRICIA, CIERTA Y OPORTUNA A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE SOLICITANTE.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL

PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA EN GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITALES, DIAGNOSTICANDO E INSTITUYENDO TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO A DERECHOHABIENTES HOSPITALIZADOS. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS, COMO LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS, ELABORACIÓN DE SOLICITUDES DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X.

4. DESCRIPCIÓN ESPECÍFICA

PROPORCIONAR CONSULTAS EXTERNAS, TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES, EFECTUAR LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS UNA VEZ ELABORADO EL DIAGNÓSTICO RESPECTIVO, REALIZAR INTERCONSULTAS CON LOS SERVICIOS QUE ASÍ LO SOLICITEN, LABORES PROPIAS DE LA ESPECIALIDAD EN SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ASÍ COMO EN NUTRIOLOGÍA.

5. REQUERIMIENTOS

1. TÍTULO PROFESIONAL EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN OFICIAL RECONOCIDA Y REGISTRADO POR LA DIRECCIÓN DE PROFESIONES.
2. DOS AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL DESPUÉS DE TITULADO.
3. CERTIFICADO EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN RECONOCIDA, QUE ACREDITE LA ESPECIALIDAD EN GINECO-OBSTETRICIA.
4. EDAD DE 25 A 40 AÑOS.
5. CASADO.

2.3.2 IDENTIFICACION DE LA DEMANDA DEL SERVICIO.

Despues de haber elaborado la descripción de puestos, debemos identificar la demanda potencial que el servicio tiene. El Instituto Mexicano del Seguro Social, ha establecido un sistema de regionalización para atención de los diversos grados complejidad en los diferentes cuadros patológicos, orientado a satisfacer estas demandas y necesidades oportunamente, el cual nos sería de utilidad para establecer la demanda potencial del servicio.

Como fué mencionado en el capitulo I se tiene establecido tres niveles de atención médica:

a) Primer nivel de Atención Médica o Unidades de Medicina Familiar.

Constituye la entrada de los derechohabientes al sistema de salud institucional, en donde se toman las medidas generales en relación a la salud individual y colectiva.

Se realizan acciones continuas e integradas de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación dentro de las mismas Unidades de Medicina Familiar y en las propias comunidades. Estas acciones se orientan a la solución de problemas y necesidades de salud más comunes y que en mayor medida influyen en las condiciones de vida y salud de la población.

b) Segundo Nivel de Atención Médica u Hospitales Generales de Zona.

Es aquí donde se concentran pacientes derivados del primer nivel de atención médica para proporcionarles cuidados médicos en forma discontinua. Su campo de acción básico es el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de casos a través de servicios especializados

en consulta externa y hospitalización.

c) Tercer nivel de Atención Médica u Hospitales de Alta Especialidad.

Es donde se concentran pacientes derivados del segundo nivel de atención, para proporcionarles cuidados médicos en forma periódica. Se atienden pacientes con patología orgánica concreta, específica y de escasa frecuencia, que para su estudio y tratamiento se requiere de recursos humanos y tecnológicos altamente especializados, dispuestos en consulta externa y hospitalización.

La Regionalización consiste en la redistribución de las unidades médicas de apoyo - por regiones, ubicándolas en una red escalonada y coordinada de servicios, de acuerdo a la complejidad y capacidad resolutive de cada unidad, a fin de que la atención del derechohabiente posea mayor oportunidad y calidad.

La regionalización facilita a la población derechohabiente el acceso a los servicios médicos con el propósito de lograr una mayor oportunidad en la atención médica; asimismo representa un sistema lógico y congruente de atención continua para el derechohabiente, además de pretender utilizar en forma óptima los recursos existentes en función de las necesidades de la población.

Como es posible identificar, la Unidad de Medicina Familiar representa la célula operativa en el sistema de regionalización.

Cuando el conjunto de unidades de medicina familiar de una región, se llega a establecer entre 48,000 a 350,000 derechohabientes, origina la creación de un Hospital General de Zona, que proporciona apoyo en servicio de urgencias las 24 horas los 7 días de la semana, en las cuatro especialidades mencionadas con antelación y de 1 a 7 subespecialidades de mayor demanda.

El Hospital General de Zona, ubica su ámbito geográfico en un radio aproximado de 150 kilómetros y un tiempo máximo de recorrido de 3 horas y forma la segunda célula operativa de calidad.

La demanda para atención de patologías específicas o bien los recursos de investigación definidos, justifican el derivar pacientes a Hospitales de Alta Especialidad, cuyo ámbito geográfico es disímulo y el tiempo de recorrido variable, debiendo resolver las urgencias locales que se presenten - así como recibir pacientes estabilizados de los Hospitales Generales de Zona, garantizando así una calidad médica inobjetable.

Emplearemos las consideraciones anteriores aplicando lo referente a los Hospitales Generales de Zona, en virtud de ser este nivel de atención la primera captación de pacientes que requieren atención especializada.

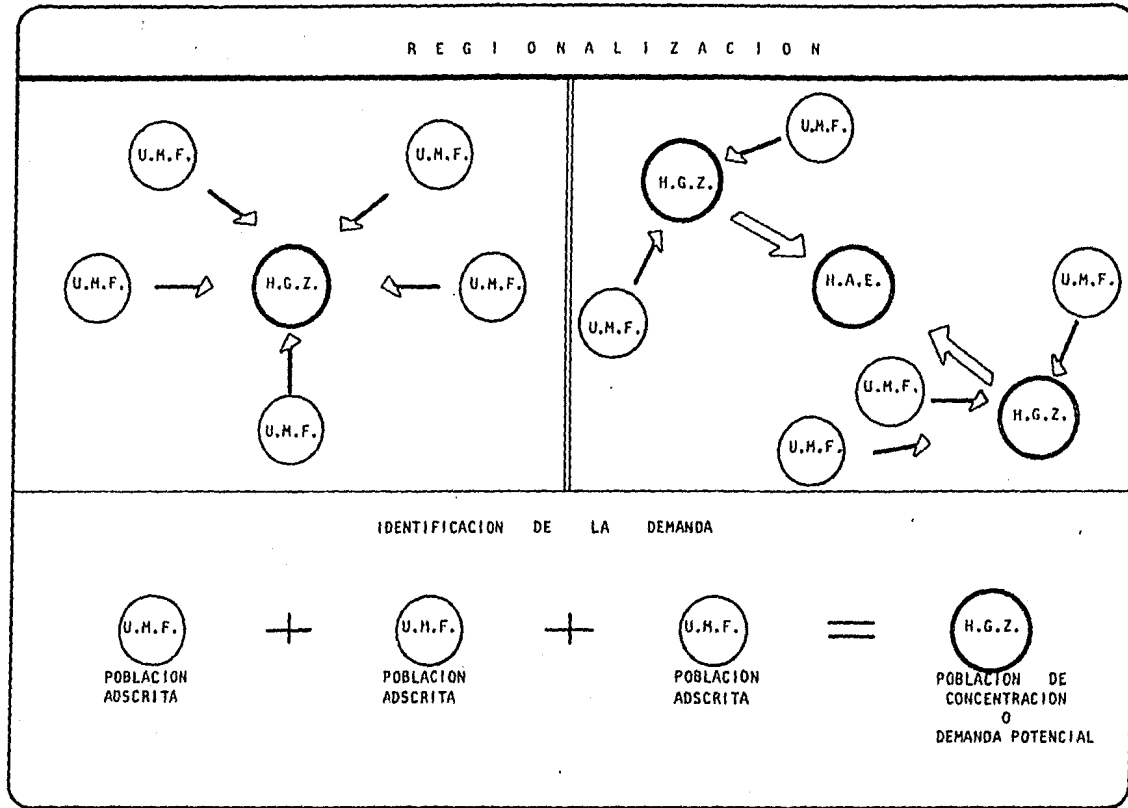
Para establecer la demanda debemos identificar las Unidades de Medicina Familiar que dependen del Hospital General de Zona y sumar la población que se tenga adscrita a cada Unidad Médica, lo que nos significará la población de concentración y en consecuencia la demanda potencial de servicios en el Hospital General de Zona. En el cuadro No. 10 se muestra tanto, la esencia de la regionalización, como la forma de identificar la demanda.

2.3.3 CAPACIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO.

La identificación de la capacidad de atención del servicio de consulta externa en Gineco Obstetricia, se obtendrá realizando observaciones aleatorias sobre el tiempo que el médico requiere para atender a cada paciente - considerando que cada gineco-obstetra dedica dos horas diarias a esta actividad, repartiendo el tiempo restante entre enseñanza e investigación, intervenciones quirúrgicas, visitas hospitalarias, así como interconsultas con otros servicios.

En primera instancia debemos determinar el tamaño de la muestra que vamos a analizar utilizando cierto nivel de confianza.

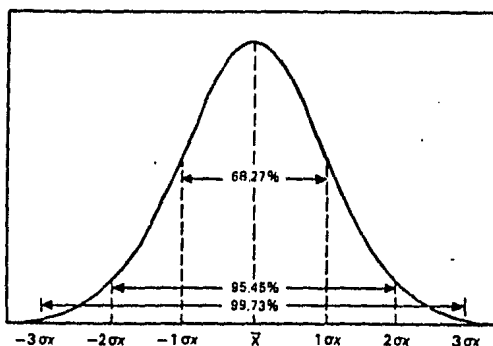
CUADRO NUM. 10



SIMBOLOGIA: U.M.F. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
 H.G.Z. HOSPITAL GENERAL DE ZONA
 H.A.E. HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Para hacer más gráfico el establecimiento de los niveles de confianza utilizaremos la curva de distribución normal; para describir esta curva se utilizan dos parámetros: \bar{x} , que es la media o medida de la dispersión y σ , que es la desviación de la media, denominada desviación típica o estándar. Dado que aquí se trata de una proporción, para indicar el error típico o estándar de la proporción utilizaremos la expresión σ_p .

FIGURA No. 1 Curva de distribución normal.



El área delimitada por la curva de distribución normal se puede calcular - en la figura No. 1 un σ_p a ambos lados de \bar{x} da un área de 68.27 por ciento del área total; dos σ_p a ambos lados de \bar{x} dan un área de 95.45 por ciento y tres σ_p a ambos lados de \bar{x} dan un área de 99.73 por ciento. En otros términos, si el muestreo que se realiza es realmente aleatorio, 95.45 por ciento de las observaciones estarán comprendidos entre $\bar{x} \pm 3 \sigma_p$. Esto es, de hecho el grado de confianza que inspiran las observaciones. Sin embargo, para facilitar el cálculo, es mejor evitar el uso de porcentajes decimales, pues es más sencillo hablar de un nivel de confianza de 95 por ciento que de 95.45 por ciento. Con ese fin pueden cambiarse los cálculos, la Oficina Internacional del Trabajo, modificó estas cantidades obteniendo las siguientes cifras (4):

(4) Oficina Internacional del Trabajo. Introducción al estudio del trabajo. Suiza 1980.O.I.T. Pág. 202.

NIVEL DE CONFIANZA	DESVIACION ESTANDAR DE LA PROPORCION	
95 %	1.96	σ_p
99 %	2.58	σ_p
99.9 %	3.3	σ_p

Por ejemplo si tomamos una muestra aleatoria de gran tamaño, podemos confiar que en un 95 por ciento de los casos las observaciones estarán comprendidas entre $\pm 1.96 \sigma_p$, y así sucesivamente para los demás valores.

En el muestreo de trabajo, el nivel de confianza mas generalmente utilizado es el de 95 por ciento.

Para establecer el tamaño de la muestra, además de definir el nivel de confianza de nuestras observaciones, tambien debemos decir el margen de error que admitiremos. Podemos decir que "tenemos confianza en que 95 por ciento de las veces la observación que hagamos tendrá una exactitud de ± 5 por ciento", o 10 por ciento, o cualquier otro margen de exactitud que adoptemos.

Utilizaremos el método estadístico para determinar el tamaño de la muestra, para ello nos valdremos de la siguiente fórmula.

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p q}{n}}$$

En la que:

σ_p = Error estándar de la proporción

p = Porcentaje de tiempo inactivo

q = Porcentaje de tiempo activo

n = Número de observaciones ó tamaño de la muestra a determinar.

Sin embargo, antes de poder aplicar esta fórmula, debemos tener por lo menos una idea de los valores de p y q. Así pues, el primer paso con siste en efectuar cierto número de observaciones aleatorias en el lugar donde se atiende la consulta externa en Gineco-Obstetricia. Supongamos que, como estudio preliminar y aleatorio, se efectuaron 100 observaciones, de las que se dedujo que los médicos se encontraban inactivos por diversas causas el 25 por ciento del tiempo (p=25) y en acti vo el restante 75 por ciento (q=75). Ahora ya disponemos de los valores aproximados de p y q; para poder determinar el valor de "n" debemos establecer previamente el valor de σ_p .

Por ejemplo, podemos utilizar un nivel de confianza de 95 por ciento con un margen de error de 10 por ciento (es decir, que tenemos confianza en que nuestros cálculos en 95 por ciento de los casos, corresponderán a ± 10 por ciento del valor real.

Al nivel de confianza de 95 por ciento.

$$1.96 \sigma_p = 10$$

$$\sigma_p = 5.1$$

Aplicando la fórmula del método estadístico quedará de la siguiente forma:

$$5.1 = \sqrt{\frac{25 \times 75}{n}}$$

$$n = \frac{25 \times 75}{(5.1)^2}$$

$$n = \frac{1,875}{26.01}$$

$$n = 72.08$$

$$n = 72 \text{ Observaciones.}$$

Después del total de observaciones efectuadas, deberemos obtener la media en tiempo de atención para consultas de primera vez como subsecuentes, al cual deberemos aumentar un 15 por ciento de concesiones por fatiga y necesidades personales con lo cual obtendremos el tiempo promedio para atención de consulta externa.

Una vez obtenido el tiempo promedio, deberemos establecer el porcentaje que representan las consultas de primera vez y las subsecuentes del tiempo destinado a la consulta externa, siendo el resultado, el número de consultas de primera vez y subsecuentes que se pueden atender.

Las cifras resultantes las multiplicaremos por la cantidad de médicos Gineco-Obstetras que se encuentren asignados a ésta actividad; lo cual nos representará la capacidad de atención del servicio de consulta externa para la especialidad en Gineco-Obstetricia.

2.3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACION DEL INDICADOR.

Cuando hemos identificado la demanda del servicio y ha sido establecida la capacidad de atención, podemos determinar nuestro indicador, para ello utilizaremos la siguiente fórmula :

$$I n = \frac{X}{Y \div 1000}$$

Donde:

X = Capacidad de atención

Y = Demanda o total de derechohabientes potenciales

I n = Indicador de atención en consulta externa por cada 1000 derechohabientes.

Como podrá observarse, una vez desarrolladas las fases anteriores, sustituimos, las variables en la aplicación de esta fórmula y obtendremos el indicador de atención en consulta externa por cada 1000 derechohabientes potenciales; lo cual nos servirá para calcular la capacidad necesaria para la cobertura del servicio de consulta externa del médico Gineco-Obstetra.

C A P I T U L O I I I

OPTIMIZACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN GINECO-
OBSTETRICIA EN UNIDAD DE ESPECIALIDAD EN BASE A LA REDIS-
TRIBUCION DEL RECURSO HUMANO POR MEDIO DE INDICADORES.

3.1 PROBLEMATICA.

Para aplicar lo expuesto en el capítulo anterior, tomaremos como prueba al Hospital General de Zona No. 27 en el Valle de México, en lo referente al otorgamiento de consultas externas, en la especialidad de Gineco - Obstetricia, servicio que está sectorizado para una mejor captación y control del tipo de población usuaria.

La sectorización esta dada por, cada Unidad de Medicina Familiar dependiente del Hospital General de Zona en cuestión, como a continuación se indica:

Sector	I	U.M.F. No. 2
Sector	II	U.M.F. No. 3
Sector	III	U.M.F. No. 11
Sector	IV	U.M.F. No. 16
Sector	V	Unidad Médica para voceadores.

En cada sector se tienen asignados Médicos No Familiares para la atención de la población usuaria, los cuales como ya se mencionó dedican dos horas diarias al desahogo de consultas externas, la distribución de dichos especialistas se muestra enseguida:

Sector	Cantidad de Médicos No Familiares
I	8
II	5
III	8
IV	5
V	2
Suma:	<hr/> 28

Como están distribuidos actualmente los médicos especialistas, existe un diferimiento en la atención médica de 21 consultas diarias, observándose esta situación en el incremento de la demanda no satisfecha reflejada en la agenda de citas médicas, de los sectores I y II.

Lo anterior, sugiere una revisión de la plantilla de personal autorizada a éste servicio, requiriendo a primera instancia proporcionar mayor fuerza de trabajo en los sectores I y II para equilibrar las cargas de trabajo existentes.

No debemos olvidar que el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene implantadas cuatro estrategias básicas, encaminadas a mejorar y ampliar los servicios y mantener el equilibrio financiero; la segunda de estas estrategias tiene como objetivo un crecimiento cero en la contratación de personal, por lo que es necesario optar por medidas conducentes a la optimización de la jornada de trabajo en consulta externa ajustándose a la demanda que del servicio de Gineco-Obstetricia hace la población derechohabiente en esta unidad médica.

Como medida para optimizar la jornada de trabajo en consulta externa podemos reordenar la asignación del personal en función de la utilización de indicadores, porque no toda inaficiencia de personal para atender la demanda de servicios es originada por la carencia de fuerza de trabajo, sino que posiblemente se deba una distribución inadecuada del mismo, por lo que deberemos realizar un análisis del servicio y determinar si el requerimiento adicional de fuerza de trabajo es ficticio.

Se necesitará equilibrar las cargas de trabajo del personal, porque de existir un desequilibrio entre la oferta de servicios y la demanda de los mismos no permite proporcionar una atención más cierta y oportuna a la pobla -

ción derechohabiente.

3.2 RECOPIACION DE INFORMACION.

En relación directa de la problemática planteada en el punto anterior, - debemos allegarnos de la información necesaria para la construcción del - indicador que nos permita conocer la capacidad necesaria para satisfacer la demanda de la población potencial usuaria, para ello debemos conocer - lo siguiente:

- Demanda potencial del servicio de Gineco-Obstetricia en consulta externa.
- Capacidad de atención del servicio de Gineco-Obstetricia en consulta externa.

Con los datos anteriores podemos efectuar una comparación entre la capacidad de atención contra la demanda y así estar en condición de redistribuir al personal conforme a las necesidades resultantes.

3.2.1 DEMANDA DEL SERVICIO.

Como fué mencionado en el capítulo anterior, para establecer la demanda, - utilizaremos el sistema de regionalización que tiene establecido el Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo cual primero deberemos identificar las Unidades de Medicina Familiar que dependen de Hospital General de Zona No. 27; las unidades médicas son las siguientes:

- Unidad de Medicina Familiar No. 2
- Unidad de Medicina Familiar No. 3
- Unidad de Medicina Familiar No. 11

Unidad de Medicina Familiar No. 16

Unidad Médica para voceadores

La población usuaria en estas unidades médicas se muestra en el cuadro No. 11

Cuadro No. 11. Población usuaria en las U.M.F. dependientes del Hospital General de Zona No. 27	
UNIDAD MEDICA	POBLACION USUARIA
U.M.F. No. 2	133,792
U.M.F. No. 3	84,949
U.M.F. No. 11	101,152
U.M.F. No. 16	51,091
Unidad Médica para Voceadores	13,905
S U M A :	384,889
Fuente: Reporte estadístico cuatrimestral de población y servicios médicos otorgados a Nivel Delegacional, Zonal y Unidad de Atención Médica, Subdirección General Médica. Diciembre 1985.	

La población usuaria es la cantidad de derechohabientes asistentes a una - fecha determinada para atención médica, considerando asegurados permanentes, pensionados, trabajadores temporales y eventuales, así como sus beneficiarios legales registrados.

Así pues, la población y por consiguiente la demanda potencial a satisfacer para la consulta externa en la especialidad en Gineco-Obstetricia es de - - 384,889 derechohabientes.

3.2.2 DETERMINACION DE LA CAPACIDAD NECESARIA PARA LA COBERTURA DEL SERVICIO.

Para identificar la capacidad de atención del servicio de consulta externa en Gineco-Obstetricia se efectuarán observaciones aleatorias sobre el tiempo que el médico dedica al desahogo de cada consulta.

Esto se desarrollará de la siguiente manera: se utilizará la fórmula del método estadístico para determinar el tamaño de la muestra, recordemos - que dicha fórmula se representa como sigue:

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{p q}{n}}$$

En la que:

σ_p = Error estandar de la proporción

p = Porcentaje de tiempo inactivo

q = Porcentaje de tiempo activo

n = Número de observaciones o tamaño de la muestra a determinar.

Se efectuó un estudio preliminar y aleatorio de 100 observaciones para establecer los valores de p y q sobre el tiempo activo e inactivo de la cual se obtuvo que los médicos se encuentran inactivos por diferentes razones el 30 por ciento del tiempo de labores (p=30) y en activo - el restante 70 por ciento (q=70).

Será necesario establecer el valor de σ_p que como ya fue indicado, representa el error estandar de la proporción, el cual fijaremos en 95 por ciento, con un margen de error del 10 por ciento, o sea que tenemos confianza en que nuestros cálculos en 95% de los casos, corresponderán a \pm 10 por ciento del valor real.

Ahora podemos establecer el valor de σ_p al nivel de confianza del 95 por ciento, con margen de error del 10 por ciento.

$$1.96 = 10$$

$$\sigma_p = 5.1$$

Teniendo las variables necesarias para despejar "n" podemos sustituir.

$$\sigma_p = 5.1$$

$$p = 30$$

$$q = 70$$

$$n = \text{Incognita.}$$

Aplicando la fórmula tenemos:

$$5.1 = \sqrt{\frac{30 (70)}{n}}$$

$$n = \frac{30 (70)}{(5.1)^2}$$

$$n = \frac{2100}{26.01}$$

$$n = 80.74 \text{ Observaciones.}$$

El siguiente paso será obtener la media en tiempo de la atención de consultas de primera vez como subsiguientes para conocer el tiempo promedio para la atención de consulta externa.

Se efectuaron 80 observaciones aleatorias de consultas otorgadas en diferentes horas durante 5 días de la semana comprendida del 13 al 17 de enero de 1986, tal como se muestra en el cuadro No. 12.

Como se puede observar de las 80 observaciones realizadas, 20 de ellas - - (25 por ciento) corresponden a consultas de primera vez y 60 (75 por ciento) a consultas subsiguientes.

El tiempo total para consultas de primera vez significaron 520 minutos y - las subsiguientes 781 minutos, por lo cual dividiremos éstas cantidades entre cada uno de los eventos correspondientes para obtener el tiempo promedio de cada tipo de consulta.

$$\begin{array}{rcl} 520 & \div & 20 = 26 \text{ minutos} \\ 781 & \div & 60 = 13.01 \text{ minutos} \end{array}$$

A cada promedio resultante le aumentaremos el 15 por ciento de concesiones por fatiga y necesidades personales de la siguiente manera:

$$\begin{array}{rcl} 26 & \times & 15 \% & = & 3.9 \\ 13.01 & \times & 15 \% & = & 1.95 \\ 26 & + & 3.9 & = & 29.9 \\ 13.01 & + & 1.95 & = & 14.96 \end{array}$$

CUADRO NUM. 12
MUESTREO PARA ESTABLECER EL TIEMPO PROMEDIO EN LA ATENCION DE CONSULTAS

D I A	HORA DE CONSULTA	TIEMPO EMPLEADO EN LA CONS.	TIPO DE CONSULTA		D I A	HORA DE CONSULTA	TIEMPO EMPLEADO EN LA CONS.	TIPO DE CONSULTA				
			1a. VEZ	SUBS.				1a. VEZ	SUBS.			
13 ENERO 1986	7.00	27 min.	X		15 ENERO 1986	18.30	26 min.	X				
	8.00	13 min.		X		19.00	09 min.		X			
	8.15	12 min.		X		19.15	12 min.		X			
	8.30	14 min.		X		19.30	25 min.	X				
	9.00	26 min.	X			20.00	14 min.		X			
	9.30	15 min.		X		20.30	26 min.	X				
	9.45	11 min.		X		21.00	13 min.		X			
	10.30	13 min.		X		21.30	15 min.		X			
	10.45	12 min.		X		16 ENERO 1986	8.00	11 min.		X		
	11.00	25 min.	X				8.15	26 min.	X			
	11.30	14 min.		X			8.45	18 min.		X		
	11.45	12 min.		X			9.00	14 min.		X		
	12.00	13 min.		X			9.15	12 min.		X		
12.15	15 min.		X	9.30	26 min.		X					
12.30	12 min.		X	10.00	11 min.			X				
12.45	10 min.		X	10.15	27 min.		X					
14 ENERO 1986	13.00	25 min.	X		10.45		13 min.		X			
	13.30	18 min.		X	11.00		12 min.		X			
	14.00	29 min.	X		11.15	11 min.		X				
	14.45	12 min.		X	11.30	14 min.		X				
	15.00	13 min.		X	11.45	25 min.	X					
	15.15	25 min.	X		12.30	14 min.		X				
	16.00	14 min.		X	12.30	26 min.	X					
	16.15	27 min.	X		13.00	13 min.		X				
	16.45	13 min.		X	17 ENERO 1986	14.00	14 min.		X			
	17.00	13 min.		X		14.30	12 min.		X			
	17.14	26 min.	X			14.45	13 min.		X			
	17.40	14 min.		X		15.00	15 min.		X			
	18.00	12 min.		X		15.15	12 min.		X			
18.15	27 min.	X		15.30		13 min.		X				
18.30	11 min.		X	15.45		12 min.		X				
19.00	15 min.		X	16.00		14 min.		X				
15 ENERO 1986	16.00	24 min.	X			16.30	13 min.		X			
	16.30	12 min.		X		16.45	17 min.		X			
	16.40	15 min.		X	17.00	15 min.		X				
	17.00	25 min.	X		17.15	11 min.		X				
	17.30	14 min.		X	17.45	12 min.		X				
	17.45	13 min.		X	18.00	13 min.		X				
	18.00	12 min.		X	18.15	14 min.		X				
	18.15	27 min.	X		18.30	13 min.		X				
			313	367	12	28			207	414	8	32

Tiempo en consultas: Primera vez 313 + 207 = 520 minutos; subsiguientes 367 + 414 = 781 minutos.
Número de consultas de primera vez = 20 Subsiguientes = 60.

Con lo cual podemos decir que el tiempo promedio para atender consultas de primera vez es de 30 minutos y para las subsecuentes de 15 minutos.

Recordando que el médico Gineco-Obstetra dedica 2 horas diarias de lunes a viernes a la atención de consultas, obtendremos lo siguiente:

Total de horas de consulta a la semana : 10 horas por médico, si consideramos que 25 por ciento corresponden a consultas de primera vez .

$$2.5 \text{ hrs. } \div 0.5 \text{ hrs.} = 5 \text{ consultas a la semana para primera vez por médico.}$$

De similar forma trataremos la obtención de consultas subsecuentes semanales

$$7.5 \text{ hrs. } \div 0.25 \text{ hrs.} = 30 \text{ consultas subsecuentes a la semana - por médico.}$$

Ahora multiplicaremos el número de consultas por la cantidad de médicos Gineco-Obstetras asignados a ésta actividad.

<u>Número de Médicos</u>		<u>Número de Consultas</u>		
28	X	5	=	140
28	X	30	=	840

Para simplificar esta relación y representarla en números de consultas diarias bastará con dividir las cifras resultantes anteriores entre los 5 días hábiles de la semana.

$$140 \div 5 = 28$$

$$840 \div 5 = 168$$

La suma de los dos conceptos es 196 que representan la capacidad de atención del servicio de consulta externa para la especialidad en Gineco-Obstetricia.

3.2.3 UTILIZACION DE LA DEMANDA Y LA CAPACIDAD DEL SERVICIO PARA ESTABLECER EL INDICADOR.

Con los elementos anteriores podemos construir el indicador para calcular la capacidad necesaria para satisfacer la demanda de consulta externa en Gineco-Obstetricia, donde utilizaremos la fórmula mencionada en el capítulo II.

$$In = \frac{X}{Y \div 1000}$$

Sustituimos

$$X = 196$$

$$Y = 384,889$$

Tenemos:

$$In = \frac{196}{384,889 \div 1000}$$

$$In = \frac{196}{384.89}$$

$$In = 0.51$$

Lo que representa que se necesita otorgar 0.51 consultas por cada mil derechohabientes.

3.3 Distribución óptima del recurso humano.

En base de la capacidad de atención del servicio podemos obtener el número de consultas que se pueden otorgar por hora.

Si tenemos como capacidad de atención la cantidad de 196 consultas con 28 médicos especialistas en dos horas cada uno para desahogar la consulta externa bastará con dividir el número de consultas entre la cantidad de médicos especialistas y el resultado dividirlo entre dos para conocer las consultas por hora que puede satisfacer un médico no familiar, así tendremos lo siguiente:

Capacidad de atención = 196 consultas diarias.

Número de médicos en consulta externa = 28

$$\frac{196}{28} = 7$$

Dividimos entre el número de horas que cada médico atiende en consulta externa:

$$7 \div 2 = 3.5 \text{ consultas por hora.}$$

Considerando que existe un diferimiento de 21 consultas diarias, efectuaremos la siguiente operación para conocer nuestro faltante de fuerza de trabajo en la atención del servicio:

$$21 \div 3.5 = 6 \text{ horas.}$$

$$6 \div 2 = 3 \text{ Médicos no Familiares.}$$

Significando lo anterior que deberemos contratar a tres médicos no familiares para cubrir las necesidades de consulta en la especialidad de Gineco-Obstetricia.

Pero si en lugar de utilizar el factor resultante de la capacidad del servicio y la cantidad de médicos, empleamos el indicador obtenido para redistribuir la fuerza de trabajo entre los sectores de población establecidos, verificaremos si el requerimiento de personal adicional es real o ficticio.

Para ello debemos emplear la cantidad de población usuaria asignada a cada sector y el indicador obtenido en el punto 3.2.3 de este capítulo.

Así tenemos que :

	<u>U.M.F.</u>	<u>Población</u>
Sector I	2	133,792
Sector II	3	84,949
Sector III	11	101,152
Sector IV	16	51,091
Sector V	Voceadores	13,905

La cantidad de población usuaria la dividiremos entre 1,000 para facilitar la utilización del indicador:

Sector I	133,792	÷	1,000	=	133.80
Sector II	84,949	÷	1,000	=	84.95
Sector III	101,152	÷	1,000	=	101.15
Sector IV	51,091	÷	1,000	=	51.10
Sector V	13,905	÷	1,000	=	13.91

Ahora podemos aplicar el indicador obtenido que es de 0.51 y así conocer el número de consultas diarias que son necesarias para satisfacer la demanda.

Por lo tanto:

Sector I	133.80	X	0.51	=	68.2
Sector II	84.95	X	0.51	=	43.2
Sector III	101.15	X	0.51	=	51.6
Sector IV	51.10	X	0.51	=	26.0
Sector V	13.91	X	0.51	=	7.0

Para obtener la cantidad de médicos necesarios, debemos considerar que cada médico especialista puede atender siete consultas en las dos horas de atención, por lo que dividiremos los resultados por sector anteriores entre las siete consultas:

Sector	I	68.2	÷	7	=	9.74
Sector	II	43.2	÷	7	=	6.17
Sector	III	51.6	÷	7	=	7.37
Sector	IV	26.0	÷	7	=	3.71
Sector	V	7.0	÷	7	=	1.00

Cerrando los resultados anteriores al número entero más próximo tenemos:

Sector	I	10 Médicos No Familiares
Sector	II	6 Médicos No Familiares
Sector	III	7 Médicos No Familiares
Sector	IV	4 Médicos No Familiares
Sector	V	1 Médico No Familiar.

3.4 BENEFICIOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO.

Con los datos resultantes, podemos elaborar una comparación de datos actuales y propuestos, tal y como se muestra en el cuadro No. 13.

Cuadro No. 13. Comparativo entre situación actual y propuesta

SECTOR	SITUACION ACTUAL		SITUACION PROPUUESTA	
	MED.NO FAMILIAR	CONSUL. DIARIAS	MED.NO FAMILIAR	CONSUL. DIARIAS
I	8	56	10	70
II	5	35	6	42
III	8	49	7	49
IV	5	28	4	28
V	2	7	1	7
SUMA	28	175	28	196

Como puede observarse mediante la redistribución de médicos no familiares se incrementa la productividad de consultas otorgadas sin aumentar la fuerza de trabajo total contratada.

El incremento de consultas diarias es de 21, evitando con ello el diferimiento de la atención solicitada por los derechohabientes por demanda no satisfecha.

Asimismo se elimina el requerimiento ficticio de tres médicos no familiares para la atención de consultas diferidas.

Por otro lado, se mejora la imagen de la institución al proporcionar una atención más cierta y oportuna ante la demanda de servicios.

C A P I T U L O I V

C O N C L U S I O N E S

Conclusiones.

Para una institución de seguridad social en donde la prestación médica es la principal función que realiza, el concepto de productividad significa la relación que existe entre el volumen de servicios prestados o personas atendidas y la cantidad de recursos destinados a ello.

En muchos casos, cuando la oferta y demanda de servicios no ha sido bien calculada, la sobrecarga de demanda que generalmente se presenta, es absorbida por unidades que fueron planeadas para demandas menores, ocasionando todos los problemas que esta omisión implica.

Por ello es necesario contar con un sistema de información que permita conocer analizar y evaluar el aprovechamiento actual de los recursos; por lo tanto las mejores condiciones de planeación arquitectónica, de adquisición de equipos e instrumentos que faciliten y aceleren las actividades con la consecuente elevación de productividad, repercutirá en el sentido de disminuir la asignación de fuerza de trabajo.

Hasta ahora se ha tratado del empleo de técnicas para aumentar la productividad sin mencionar las inversiones de capital en instalaciones y equipo.

Partimos del supuesto que sería posible elevar la productividad utilizando los recursos existentes. Casi siempre es posible aumentarla considerablemente invirtiendo capital para mejorar las instalaciones y el equipo; siendo éste uno de los medios más eficaces de aumentar la productividad al implantar nuevos procedimientos y modernizar la maquinaria y equipo.

Sin embargo esta evolución generalmente exige fuertes desembolsos de capital y puede traducirse en una salida desventajosa de divisas si el equipo y maquinaria no son de producción nacional, lo cual enmarcándola en el contexto actual de crisis económica por la cual atraviesa el país, obstaculiza los esfuerzos destinados a incrementar las oportunidades de empleo.

En cambio la aplicación de técnicas tendientes a elevar la productividad, enfoca el problema mediante el análisis sistemático de las operaciones, procedimientos y métodos de trabajo existentes con objeto de mejorar su eficacia. Por lo tanto el estudio y desarrollo de técnicas que busquen incrementar la productividad contribuyen a aumentar ésta recurriendo poco o nada a inversiones suplementarias de capital.

Ahora bien, el incremento en la productividad no implica una disminución en la calidad del servicio que se preste, por el contrario, la optimización del binomio calidad-costo se localiza precisamente en los más altos índices de productividad.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA:

Arias Galicia Fernando. Administración de Recursos Humanos.
Ed. Trillas, 1980. México.

Earbabosa Kubli Agustín. Análisis de la Naturaleza y Propiedades de
los Indicadores de la Seguridad Social.
Seguridad Social, Tomo II Núm. 131-132, Ed. C.I.E.S.S. 1981. México.

Barquín Calderón Manuel. Dirección de Hospitales.
Ed. Interamericana 1979. México.

Contrato Colectivo de Trabajo I.M.S.S. - S.N.T.S.S. 1983-1985.
Jefatura de Publicaciones, I.M.S.S. 1984. México.

García Paz José Fabián. Las Funciones Administrativas en el I.M.S.S.
Tesis Profesional E.S.C.A. 1976.

Instructivo para el Desarrollo de Trabajos de Descripciones de Puestos.
Colección de Organización y Métodos del I.M.S.S. Serie Instructivos.
Subdirección General Administrativa. Jefatura de Servicios de Organiza-
ción y Métodos. Departamento de Publicaciones del I.M.S.S.
1982. México.

Introducción al Estudio del Trabajo.
Oficina Internacional del Trabajo. 1980. Suiza.

Lang Theodore. Manual del Contador de Costos.
Ed. UTEHA . 1973. México.

Ley Federal del Trabajo.
Ed. Libros Económicos . 1977.

Manual de Organización del I.M.S.S.

Subdirección General Administrativa. Jefatura de Planeación y Organización de Recursos Humanos. Ed. Jefatura de Publicaciones, I.M.S.S. 1984. México.

Massie Joseph L. Bases Esenciales de la Administración.
Ed. Diana 1981. México.

Morrissey George L. Administración por Objetivos y Resultados.
Ed. Fondo Educativo Interamericano 1976. Colombia.

Reyes Ponce Agustín. Administración de Empresas 1a. Parte.
Ed. LIMUSA. 1974. México.

Reyes Ponce Agustín. Administración de Empresas 2a. Parte.
Ed. LIMUSA. 1974. México.

Reyes Ponce Agustín. Administración de Personal 1a. Parte.
Ed. LIMUSA. 1983. México.

Reyes Ponce Agustín. Administración de Personal 2a. Parte.
Ed. LIMUSA. 1983. México.

Rodil Urrego Florencio y Mendoza Trejo Francisco. Lecturas sobre Organización.
Ed. Trillas. 1975. México.

Spiegel Murray R. Estadística. Serie Schaum.
Ed. McGraw-Hill. 1970. México.