



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION

PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL I. M. S. S.

Seminario de Investigación Administrativa

QUE PARA OBIENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS
P R E S E N T A

Yolanda Escudero Bustos

ASESOR: M. B. A. FRANCISCO MENDOZA TREJO
MEXICO, D. F. 1977

8664

A MIS PADRES :

SR. PEDRO ESCUDERO SOLIS

SRA. TEODOLA BUSTOS DE ESCUDERO

A MI ESPOSO :

ARQ. RUBEN MENA REJON

I N D I C E

a.

PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

	Pag.
ANTECEDENTES	1
INTRODUCCION	14
CAPITULO I	19
DETERMINACION DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS	19
1.1. - Concepto de Índice en el I.M.S.S.	19
1.2. - Población Usuaría de Servicios Médicos.	25
1.3. - Índice para la dotación de fuerza de trabajo.	26
1.4. - Indicadores para el otorgamiento de personal en las unidades médicas.	
CAPITULO II	
PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS	29
11.1. - Sistema de Información Estadística .	29
11.2. - Cálculo de la población usuaria de servicios.	30
11.3. - Índice de demanda de Servicio Médico.	31.

11.4.- Indicadores para el cálculo de necesidades de personal.

CAPITULO III	34
LA PRODUCTIVIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS	34
111.1. - Introducción.	34
III .2.- Como se puede incrementar cuantitativamente la productividad.	34
III .3.- Necesidad de aumentar la productividad.	35
III.4.- Mejorar la productividad.	37
III .5.- Fórmula para mejorar la productividad.	37
III. 6.- Técnica.	38
III .7.- Recursos balanceados.	39
III .8.- Humanismo	40
CAPITULO IV	42
PROCEDIMIENTO PARA MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS - EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.	42
IV. 1. - Introducción.	42
IV. 2.- Composición del costo de la atención médica.	44

	c.
IV. 3.- Productividad de los servicios médicos.	47
IV.-3.1.- Características de los sistemas de información.	49
IV.-3.2.- Objetivos de la evaluación a distintos niveles.	50
IV. 4.- Evaluación y control.	51
IV. 5.- Algunas técnicas para incrementar la productividad de los servicios médicos.	53
IV. 6.- Apéndice de indicadores básicos.	55
 CAPITULO V	 57
ANALISIS DE LOS FACTORES RELEVANTES QUE DETERMINAN EL COSTO DE LA - - - ATENCION MEDICA Y SU CONTROL ADMINISTRATIVO.	57
V. 1.- Desarrollo del sector salud.	57
V. 1.1.- La salud y la seguridad social.	57
V. 1.2.- Consideraciones sobre el enfoque social	60
V. 2.- Análisis de los costos. Importancia de las políticas administrativas.	65
V. 2.1.- Instalaciones.	66
V. 2.2.- Personal.	69
V. 2.3.- Factores psicosociales del personal.	71

V.2.4. - Consumo de materiales.	73
V.2.5. - Composición de la población	74
V.2.6. - Técnicas operacionales.	75
V.2.7. - Atención médica planificada	76
V.2.8. - Docencia e Investigación	77
CAPITULO VI	79
ESTRUCTURA DE LA JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE PERSONAL.	79
VI.1. - Introducción	79
VI.2. - Departamento de Planeación y Dotación de Recursos humanos	81
VI.2.1. - Objetivo.	81
VI.2.2. - Funciones Generales	
VI.2.3. - Organigrama	
VI.2.4. - Funciones de la Oficina.	82
VI.3. - Selección de Recursos Humanos.	87
VI.3.1. - Objetivos	87
VI.3.2. - Políticas	87

VI.3.	Funciones Generales	92
VI.4.	Desarrollo de Personal	92
VI.4.1. -	Funciones Generales	92
VI.4.2.	Objetivos.	95
VI.4.3.	Capacitación Promocional	96
VI.4.3.2.	Políticas	
VI.4.3.3.	Objetivos	101
	CONCLUSIONES	102
	BIBLIOGRAFIA	106

A N T E C E D E N T E S

ANTECEDENTES Y BASES JURIDICAS DEL SEGURO SOCIAL

"Dad al obrero el derecho de trabajar mientras este sano, aseguradle la atención necesaria cuando este enfermo, aseguradle su mantenimiento cuando este viejo... si haceis ésto... creo que los caballeros del programa social-demócrata esgrimirán sus reclamos en vano" .

Del canciller alemán y precursor de la Seguridad Social Otto -
Von Bismarck.

Desde que el hombre surgió sobre la tierra, tuvo que solventar una serie de necesidades que se fueron presentando, su desarrollo mental le fue llevando a resolver esas necesidades más elementales que en un principio fueron comer, -
protegerse del frío y de las bestias superiores a él. En aquel entonces, el hombre solitario afrontaba esas necesidades en forma independiente, y la primera organización del trabajo se logra en la pareja familiar.

De esta manera, en un proceso de evolución y revolución social económica y política, el hombre buscó medios y formas de protección individual y -

social que pone en práctica y luego supera encontrando nuevos métodos.

Con la revolución Industrial en los siglos XIX y XX, se transformó el mundo de una "Sociedad Agrícola" relativamente sencilla, a una altamente industrializada que efectivamente aporta posibilidades para elevar los niveles de vida y el índice de bienestar social, también trae nuevas formas de operación surgiendo una nueva clase social que se caracteriza por obtener sus ingresos de lo único que posee, su fuerza de trabajo.

De esta manera, para ayudar a la clase social, se crean los sistemas de Seguridad Social bajo la adaptación de sistemas técnicos.

Ahora bien, partiendo de lo general que es la Seguridad Social, definimos lo que debemos entender por ésto.

Para ponernos de acuerdo sobre el sentido exacto de la palabra, Sir William Beveridge la define, como "el mantenimiento de los ingresos necesarios para la subsistencia y en un sentido más amplio, afirmaba que la meta del plan de Seguridad Social es hacer innecesaria la indigencia en cualquier circunstancia.

Es claro que los viejos conceptos sobre los Seguros Sociales han sido abandonados. El concepto de Seguridad Social se va definiendo más claramente con un contenido más amplio a fin de que puedan cubrirse mayores riesgos o eventualidades.

Actualmente se entiende por Seguridad Social el conjunto de factores que tienen por objeto crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de las generaciones activas, preparar el camino a las generaciones venideras y sostener en digna posición aquellas eliminadas de la vida productiva.

Durante el período comprendido entre 1830 y 1871, las huelgas y los movimientos obreros revolucionarios surgieron. La revolución de 1871 en Francia, fué la más importante, pues dentro de ella se formó un gobierno revolucionario conocido con el nombre de La Comuna de Paris. En el transcurso de este movimiento se crearon una infinidad de organizaciones, numerosos pensadores y estudiosos empezaron a lanzar sus opiniones y a tomar partido, fue así como aparecieron las teorías de los socialistas utópicos, de los anarquistas y de los marxistas. Podría decirse que esta lucha se daba en dos niveles: por medio de una corriente revo

lucionaria y por otro, la lucha reformista. Frente a esta situación, el estado tuvo que aceptar algunas de las peticiones hechas por los obreros y de esta manera, se dictaron las primeras leyes de aseguramiento.

Los Seguros Sociales en su concepción moderna, se originaron en Alemania en las postrimerías del siglo pasado. Primero, con la Ley del seguro obligatorio de enfermedades del 15 de junio de 1883; después, con la ley del seguro de accidentes de trabajo de los obreros y empleados de las empresas industriales el 16 de julio de 1884, y finalmente, con la ley del seguro obligatorio de invalidez y vejez el 3 de junio de 1889. En estas leyes, se configuraron los Seguros Sociales, creandose y organizandose bajo la inscripción del Seguro Privado, pero adquiriendo su carácter social en su aplicación obligatoria con base en mandatos de la ley.

Las transformaciones sociales, los cambios, en suma la revolución permanente que se vive, no tiene sino un propósito: conquistar el mayor grado de bienestar para el ser humano, en una sociedad en la que los problemas que implica el crecimiento demográfico, las grandes concentraciones humanas y el desarrollo económico e industrial de las naciones, no permiten esperanzas ni aplazamientos en

su solución.

Como una de las instituciones que forman parte de la Seguridad Social; está el Seguro Social, que de acuerdo a la definición del profesor Emil Shombayn (autor técnico de la ley del Seguro Social), es la parte de la política social que se dirige a la protección en contra de las consecuencias económicas, sociales y de salud, de fenómenos más o menos casuales que no pueden ser cubiertos por los ingresos regulares dentro del presupuesto ordinario de un determinado trabajador, Fenómeno que con base en los datos estadísticos pueden ser medidos para una colectividad de personas amenazadas por los mismos riesgos, siempre que esa colectividad sea lo suficientemente numerosa y obligada por la ley.

El Seguro Social es un sistema destinado a defender la economía familiar del trabajador, protegiendo su salario lo pone a cubierta de las disminuciones o supresiones que pueda sufrir, debido a la multitud de riesgos a que se encuentra constantemente expuesto, tanto en el desempeño de sus labores como fuera de ellas. En su forma objetiva, el riesgo profesional se crea debido al manejo de un equipo mecánico o por las condiciones del medio en que el trabajador actúa, si tales

amenazas se realizan causando accidentes de enfermedades, el seguro viene a reparar sus daños evitando así la destrucción de la base económica de la familia.

La Seguridad Social, expresión más perfeccionada del ideal de solidaridad social, no fué un invento ni una idea que brotó de la nada y se aplicó de inmediato. Es el producto elaborado de una serie de ideas del hombre. Teóricamente el proceso histórico que nos llevó a la Seguridad Social fué el siguiente:

- 1.) La Caridad
- 2.) La Mutualidad
- 3.) Seguro Privado
- 4.) La Asistencia Social
- 5.) El Seguro Social.

Es necesario profundizar sobre la historia de México para citar los antecedentes más importantes durante las distintas épocas que dieron el origen a la Seguridad Social en el país.

En la época Prehispánica, es característica la caridad practicada

por el monarca Azteca y los hombres poderosos.

Durante la época Hispánica, las leyes de Indias, (legislación de la Corona Española), protegían al pueblo conquistado en esta época y las caracterizan la caridad cristiana practicada por algunos piadosos y religiosos españoles que protegían al indio.

La obra de Don Vasco de Quiroga, rebasa la simple caridad cristiana, para convertirse en un programa de asistencia social de la Seguridad Social. Su máxima obra, fueron los Hospitales-pueblo, entre otras muchas cosas.

En la época Independiente, Don Miguel Hidalgo y Costilla y Don José Ma. Morelos y Pavón incluyen en sus manifestaciones de la Nación Mexicana, conceptos que tendían a aplicar un régimen jurídico para la Seguridad Social, y es hasta la época de la reforma que se vuelve a hablar al respecto.

En la constitución de 1857, encontramos como garantía constitucional la libertad del trabajo, de aprovechamiento y la prohibición de la esclavitud. No hay cambio substancial, se sigue el camino tradicional de los constituyentes libe-

rales de la época.

En las leyes de Reforma, el Presidente Benito Juárez incluye la secularización de los hospitales de la iglesia. A esta época corresponde el máximo de la asistencia social.

Durante la época de Maximiliano de Habsburgo, Emperador del Imperio Mexicano, dicta su ley de protección a las clases menesterosas, y la ley sobre trabajadores que incluye disposiciones tendientes a dar protección a los explota—dos. Legislación que por la Guerra Civil no se lleva a la práctica.

Las condiciones específicas del país no eran distintas a las europeas, la miseria y la ignorancia constituían el denominador común entre los obreros, y la inquietud era cada día más evidente, esta situación dió origen a un descontento general que conforme fue pasando el tiempo, se intensificaba y se hacían más difíciles las relaciones obrero-patronales, por ésto, podemos afirmar que las instituciones de Seguridad Social surgen en México como en todo el mundo con las normas laborales dentro de un esquema económico de tipo capitalista.

Las primeras mutualidades aparecen alrededor de 1850 y el único grupo obrero organizado nacionalmente, aparece en 1871 con el nombre de Gran -
Círculo de Obreros de México, pero a partir de 1890 las organizaciones obreras desaparecen.

Para 1904 se promulga la ley de accidentes de trabajo en el Estado de México y para 1906 se instituye en el Estado de Nuevo León.

Sin duda alguna que el antecedente más importante de la revolución de 1910, lo constituyen las luchas obreras, cuyas aspiraciones fueron plasmadas en el programa del Partido Liberal Mexicano de 1906, durante este período, la actividad política de los integrantes del periódico, dió origen a la formación de clubes liberales, de los cuales el más importante fue el "Ponciano Arriaga" de San Luis Potosí, en esos momentos se veía la necesidad de volver a la legalidad de la Constitución de 1857, y de oponer al partido científico, el partido liberal. La junta liberal giró una circular que fue publicada el 1º de julio de 1906. De los puntos que contenía el programa, los principales se referían a los reglamentos de trabajo del salario y de las condiciones específicas del trabajador. Del total de los postulados, algunos

fueron tomados para la Constitución de 1917.

Las luchas continuaban y se forman dos corrientes políticas, la integrada por los Generales Venustiano Carranza y Alvaro Obregón, y la de los Generales Emiliano Zapata y Francisco Villa, finalmente triunfan las primeras y el constitucionalismo es implantado, poniendo en vigor la Constitución firmada en Queretaro en 1917; sin embargo, los obreros participan hasta 1915 en forma organizada firmando un pacto en la Casa del Obrero Mundial, en el que se comprometen a apoyar al General Venustiano Carranza contra los Generales Emiliano Zapata y Francisco Villa.

En el mensaje que dirige el General Venustiano Carranza al Congreso Constituyente en 1906, se utiliza por primera vez el término de Seguridad Social, y al redactarse la Constitución de 1917 aparece el artículo 123, en el cual, se legislará en materia de Seguro Social.

Los diputados constituyentes, partidarios del reformismo, logran que se introduzca en el texto constitucional una serie de derechos sociales no contenidos hasta el momento, lo que da origen al texto del artículo 123 en la fracción XXIX que expresaba,

"Se considera de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros confines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para infundir e inculcar la previsión popular".

El primer intento de implantar el Seguro Social en México, lo realiza en 1921 el General Alvaro Obregón, enviando al Congreso Federal un proyecto de la ley al respecto, este proyecto previó un tipo de seguro voluntario.

La vaguedad de la redacción de la fracción XXIX del artículo 123, de origen a múltiples interpretaciones, hasta que en 1929 por mandato del Lic. Emilio Portes Gil se reforma y el 6 de septiembre de 1929 es modificada, considerándose de utilidad pública la expedición de la ley del Seguro Social, y en ella comprendería los seguros de invalidez, vejez, cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y de accidentes. Esta reforma significaría un cambio de sistemas trascendentales, pues permitirá al legislador, establecer el Seguro Social con carácter obligatorio, lo que constituiría un considerable progreso.

En 1934 el Presidente de la República, General Lázaro Cárdenas turna al Congreso de la Unión otro proyecto de Seguros Sociales, que prevía el cubrimiento de los riesgos de enfermedades profesionales, vejez e invalidez, y por desocpación involuntaria. Al tomar posesión de la Presidencia de la República, el General Manuel Avila Camacho, solemniza el compromiso.

En la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, se crea el Departamento de Seguros Sociales, el cual formula un anteproyecto de ley que es estudiado por una comisión especial, creada por el poder Ejecutivo Federal en decreto - publicado en el Diario Oficial del 2 de junio de 1941, con ligeras variantes con respecto al anteproyecto. Se formula la iniciativa que el presidente de la República dirigió al Congreso, la cual, fué aprobada tras los trámites legales, convirtiéndose en ley por decreto del 3 de diciembre de 1942, pero no fué sino hasta el año de 1944 - cuando entró en vigor,

A partir del año de 1944, la evolución de los conceptos sobre - Seguridad Social, han estado relacionados directamente con el crecimiento económico del país y con las necesidades de la población trabajadora; los regímenes de Seguri-

dad Social se fundamentan en bases filosóficas, sociales y políticas de valor universal, en cálculos matemáticos y actuariales, en compromisos derivados de resoluciones internacionales, pero también es cierto que las necesidades de cada una de las colectividades nacionales son las que han venido configurando prestaciones en especie, en dinero o servicios sociales específicos, a las necesidades de la población de un país que definen y caracterizan los distintos sistemas de Seguridad Social.

De ahí, que el régimen de Seguridad Social Mexicano tenga características propias que lo diferencien de otros países, y metas diversas que alcanzar en bien de la comunidad.

El Seguro Social, se constituyó para garantizar el Derecho Humano o de la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El Seguro Social obligatorio no tiene afán de lucro porque es un servicio en bien de la Comunidad Nacional.

INTRODUCCION

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

Es el Instituto Mexicano del Seguro Social un hallazgo y una realización esenciales de la Revolución Mexicana, es testimonio de lo que instituciones tripartitas pueden realizar dentro de la libertad-con espíritu de colaboración en los países que no quieren caer en regímenes dictatoriales. Representa además, lo que se puede hacer cuando los egresados de nuestras instituciones de alta cultura (profesionales y técnicos), sean encaminados a realizar tareas de servicio Social.

Con base en la ley de 1973, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha podido extender la seguridad social manteniendo estabilidad financiera, incrementar prestaciones y aproximarse cada vez más a las necesidades de nuestro pueblo. Se deja claramente establecido que el avance efectuado por el Instituto en el sexenio encuentra su punto de partida en las reformas a la ley de 1970 y en la ley de 1973.

Para equilibrar el aspecto social del desarrollo con el aspecto económico, un instrumento fundamental por su carácter redistributivo, sectorial y geográfico, es el Seguro Social.

En solidaridad social y a través de esquemas modificados de incorporación, se ha podido brindar un poco de seguridad social a millones de mexicanos que, dentro de las normas tradicionales permanecerían olvidados. Se ha logrado dinamismo en los ingresos y en las prestaciones. Se ha ampliado el ámbito de protección para los derechohabientes; se crearon nuevas prestaciones atendiendo a ciertas demandas como ha ocurrido en guarderías, medicina preventiva, programas de planeación familiar, servicios complementarios al campo y programas de capacitación para trabajadores urbanos y rurales.

Todo ello sostenido en un aumento ininterrumpido en el número de derechohabientes, un impulso definitivo para progresos cualitativos en la medicina social y mejora en lo estrictamente instrumental, las técnicas del Instituto y sus medios de acción.

Se ha incrementado la población asegurada en zonas subdesarrolladas, ya sea con todos los derechos o con algunos de ellos. Claramente se ve esto en diversos estados de la república tales como Yucatán con los henequeneros; en Oaxaca, Puebla y Guerrero con los trabajadores de la palma; en Tabasco con los fi-

deicomisarios del Plan Chontalpa; en Nayarit con los tabacaleros; en Coahuila y Durango con los ejidatarios de la Comarca Lagunera; con los cafeticultores en diversas entidades del país y los ejidatarios de las explotaciones forestales en la Sierra Tarahumara de Chihuahua; con los productores de cera candelilla de varios estados.

Sin hipérbole de ninguna especie, podemos decir que se encontró una solución nacional para un problema nacional que es, por así decirlo, una de las reglas universales de la seguridad social; se halló una salida para lo que en apariencia resultaba un callejón sin salida. De acuerdo con nuestra reforma agraria, se iniciaron los primeros intentos de seguridad social en el campo en 1954; se dieron pasos importantes en 1959 y 1960, y se logró una marcha rápida a partir de 1970.

La Seguridad Social en una economía mixta es un delicado mecanismo que hay que cuidar y que constantemente debe revisarse.

Para algunos existe una contradicción entre expansión económica y expansión de la Seguridad Social. Para nosotros una extensa y sana Seguridad Social contribuye a una saludable expansión económica, al preservar y cuidar el mayor

capital de una sociedad; el capital humano.

Nuestra democracia exige más eficacia y ser cada vez más social, acercándose a que todos los mexicanos alcancen igualdad de posibilidades para tener acceso a la salud, a la vivienda, al ingreso remunerador, al bienestar, a la libertad y a la cultura. De esta manera se contribuye a hacer más grandes a los mexicanos, dominando la necesidad y difundiendo la cultura, que, con palabras ajenas, es la marcha del hombre hacia el hombre.

La aspiración de ofrecer salud en la amplia acepción que hoy tiene, refiriéndose a que no sólo es la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar bio-psico-social del individuo, sólo pueden cumplirla instituciones de Seguridad Social con un marco profundamente humanístico que considere la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Todo esto se llevará a cabo mediante una adecuada planeación de los recursos.

Una fase de primordial importancia es la planeación de los recursos humanos de una institución, la determinación de la necesidad que existe en un

momento y en una área de responsabilidad específica. (De acuerdo a la naturaleza de las funciones que se hayan asignado a la institución y considerando el volumen de actividades que deben atender, será indispensable conocer el número y especialidad de los trabajadores que se requieren para laborar en ella).

El Instituto necesita un trabajador adecuado a sus principios y a su filosofía, convencido de que sus objetivos personales puede lograrlos, dentro de la institución a través del trabajo que desempeña, sus principios deben identificarse con los de la institución a la que sirve.

Considerando la magnitud de los servicios de personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, es necesario el establecimiento de un mecanismo que permita conocer anticipadamente las necesidades de fuerza de trabajo para las distintas dependencias del Instituto, con el objeto de estimar su costo, organizar los procesos de reclutamiento, selección, capacitación de personal y principalmente, dotar oportunamente de los recursos humanos requeridos para el correcto funcionamiento de cada dependencia.

CAPITULO I

DETERMINACION DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS

1.1. Concepto de Índice en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo a la naturaleza de las funciones que se hayan asignado a la institución y considerando el volumen de actividades que debe atender, será indispensable conocer el número y especialidad de los trabajadores que se requieren para laborar en ella.

Básicamente deben considerarse dos puntos:

Conocer la naturaleza de las actividades a realizar, es decir, - saber de que pasos, movimientos o secuencias consta; investigar cual es el tiempo promedio o estandar en que se realiza cada una de estas etapas y de esta manera poder asignar un tiempo para realización de cada actividad. En relación al primero de los puntos mencionados, es de suponer en general, que no se presente de un momento a otro una variación muy grande en los tiempos estandar de realización de las actividades; sin embargo, siempre será posible introducir conceptos de productividad, es de-

cir, dentro de las prevenciones de los tiempos de realización de las tareas; podrán considerarse efectos por cambios de tecnología, por mejora en los sistemas de trabajo, etc.

Por lo respecta al segundo punto, será necesario efectuar predicciones sobre el número y frecuencia probables de las operaciones a realizar, ya sea corto, mediano, o a largo plazo; habrá que analizar cual de los métodos que usa la inferencia estadística conviene más de acuerdo a la información de que se disponga y a las características de la misma.

Los primeros estudios relacionados con la eficiencia del trabajo manual se deben a F.W. Taylor a fines del siglo pasado, quien para lograr este objetivo tomo tiempo aplicando factores de descanso, mejorando, herramienta y condición de trabajo.

Su método de estudio consta, de las siguientes etapas:

- a) Dividir los distintos factores que intervienen en la producción de una empresa, empleando experimentos, investigaciones, procesos de análisis de operaciones y estu—

dios de tiempos.

- b) Con base en los estudios anteriores, fija normas o cantidades estandar con los cuales medir las condiciones actuales de la empresa. Con este principio se establecen estandares o índice de mano de obra, de inventario etc.
- c) Conociendo los índices, establecer un control que permita comparar sus rendimientos o situaciones actuales con estandares, y medir o tomar las medidas más indicadas para ajustar las condiciones actuales con las condiciones estandares. Franck Gilbreth y su esposa Lillian, quienes se dieron a conocer ampliamente a travez de su libro "Más barato por Docena" fueron contemporaneos de Taylor y pioneros también en el campo de los estudios de tiempos y movimientos. Gilbreth, estaba convencido de que había una mejor manera de llevar a cabo cada movimiento teórico necesario para realizar un trabajo.

Pensó que los estudios demostrarían como cada paso o proceso, debía ser realizado con la mayor economía de movimiento y por lo tanto en el menor tiempo posible. Gilbreth diseñó nuevas herramientas, y distribución de los materiales de trabajo para lograr mayor eficiencia.

La información estadística de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, permiten conocer la demanda de servicios que hace la población derechohabiente y la carga de trabajo que consecuentemente recae sobre los recursos humanos de la Institución. El análisis comparativo corresponde a cifras de varios años, el cual permite conocer la tendencia de la demanda de los servicios médicos con base en la cual se puede calcular el volúmen de éstos en los próximos años.

El origen de todos estos datos, se encuentra en los reportes mensuales preparados por cada unidad médica y concentrados posteriormente por la sección estadística de cada Delegación y finalmente centralizados en el Departamento de Estadística de la Jefatura de Servicios Técnicos. La recopilación de esta información así como la determinación de Índices de Demanda, ha sido llevado a cabo por el Departamento de Planificación y Dotación de Recursos Humanos de la Jefatura de Servi

cios de Personal, de acuerdo con los criterios establecidos conjuntamente con las Jefaturas operativas de Servicios Médicos. La población derechohabiente utilizada para de terminar estos índices se ha denominado "población usuaria" y corresponde a la suma de la población adscrita a médico familiar más una estimación de eventuales temporales y estacionales. Esta estimación se realizó en base a la demanda de consulta que generan los derechohabientes, considerando que cada 5 consultas anuales, equivalen a un derechohabiente.

Es indispensable este tipo de información para la evaluación -
cuantitativa de los servicios médicos prestados al mismo tiempo la constante revisión de la estadística, permitirá que se corrijan los errores, lo que propiciara información confiable para la toma de decisiones sobre bases cuantitativas.

Se entiende por índice, la relación de proporción que existe entre el número de elementos de dos conjuntos. Considerando por ejemplo los siguientes conjuntos: Total de derechohabientes en un año particular. Número de consultas otorgadas en un año. Número de recetas expedidas en el mismo período.

Es posible utilizando la definición que se ha dado, construir los

siguientes índices:

Consultas otorgadas en promedio a cada derechohabiente.

Recetas expedidas en promedio a cada derechohabiente, en cuanto que estiman un promedio el número de servicios anuales que recibe un derechohabiente por esa razón. A los índices ejemplificados se les da el nombre de Índice de Demanda.

Existen otros índices que no son resultado de la relación de cifras observadas, sino que proviene de estudios de tiempo y movimientos, de estudios de evaluación médica, etc... por ejemplo:

Un empleado de farmacia puede surtir en un turno de 6,5 hrs. 150 recetas.

Un promedio por médico familiar de 4 consultas por hora, es el adecuado para una buena atención médica etc.

De la población usuaria de servicios médicos se obtienen índices

de demanda, de los cuales los más interesantes son los relacionados al volumen de servicios médicos con población usuaria de los mismos. Se obtiene así, un promedio de servicios.

La población que hace uso de los servicios médicos, es importante porque en función de ella, se debe planear la capacidad de servicios de las unidades del Instituto.

En el momento en que una empresa avisa al Instituto que un empleado inicia o reinicia sus labores en la misma, el trabajador junto con sus beneficiarios quedan adscritos a la unidad médica que les corresponde según su domicilio, pero no se hará adscripción a médico hasta que así lo solicite a su unidad médica.

1.2. Población Usuaria de Servicios Médicos.

Los adscritos a médico familiar son usuarios de servicios médicos.

Existe cierto tipo de trabajadores que no prestan sus servicios en forma permanente en una empresa, o a un patrón determinado y sólo en las épo-

cas en que tienen trabajo pueden recibir servicios médicos. Este número de trabajadores no están adscritos a unidades médicas y su número no se conoce con exactitud, por lo que se les estima a partir del número de servicios que se les otorgan. Por lo tanto, los derechohabientes usuarios están integrados por los adscritos a médico familiar y por la población de derechohabientes eventuales o estacionales. Es posible obtener el volumen de servicios médicos otorgados en un período dado para así calcular índices de demanda de servicios médicos.

1.3. Índices para Dotación de Fuerza de Trabajo.

Estos índices son de importancia, debido a que conjugan en ellos la realidad del volumen y demanda de servicios médicos, con los estándares aceptados por el área médica.

Veamos dos ejemplos: se hace cargo de la atención de tipo no especializado que seguirá un grupo de derechohabientes.

Laboratorio Clínico

Radiodiagnostico

Dental

Archivo Clínico

Farmacia

Medicina Física

Comunicaciones Eléctricas

Recepción de Trabajo Social

Traslado de enfermos

Transportes

Servicios que integran la hospitalización refiriéndose a plazas -

por cama,

Medicina especializada

Anatomía Patológica

Medicina Nuclear

Anestesiología

Almacén

Banco de Sangre

Alimentación

Fisiología Cardiopulmonar

Enfermería

Aparatos electrónicos

Intendencia

Lavandería

En las clínicas que no tienen hospitalización se referirán todos los servicios o plazas por 100 derechohabientes usuarios.

En los hospitales de especialidad se referirán todos los servicios o plazas por cama.

C A P I T U L O I I

PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

II. 1. Sistema de Información Estadística.

La planeación de recursos humanos constituye apenas una parte de la administración de recursos humanos y tiene por objeto tratar de conocer anticipadamente las necesidades de fuerza de trabajo en una región, localidad, o bien en una unidad de servicios médicos, este conocimiento anticipado de las necesidades de recursos humanos permite poner en marcha mecanismos de reclutamiento, selección, y desarrollo de recursos humanos de tal manera que, en todo momento se disponga de la fuerza de trabajo necesaria para la realización de todas las labores que se desarrollan dentro de una unidad de servicio médico.

Evidentemente, la fuerza de trabajo necesaria para una unidad médica, esta en función de la población que calcula, hace uso de sus servicios y de la demanda que ésta haga de dichos servicios. De aquí se desprende que los cálculos de fuerza de trabajo necesaria están en función de la información disponible sobre la población usuaria de cada unidad del volumen de servicios que otorga (consultas en las diferentes especialidades, recetas, intervenciones quirúrgicas, etc.) y so-

bre datos que reflejan movilidad de la región. En otras palabras, podemos afirmar que, no existirá una correcta planeación de recursos humanos sin que se cuente primero con un eficiente sistema de información estadística.

II.2. Cálculo de la Población usuaria de servicios.

La carencia de una justa interrelación entre las dimensiones de las unidades médicas clinico-hospitalarias y de la demanda de servicios que genera la población que se encuentra bajo su zona de influencia, propicia el desaprovechamiento del personal e instalaciones de las unidades. Frecuentemente se observan unidades cuyas dimensiones serían suficientes, para atender la demanda generada por la doble o triple de la población que realmente hace uso de sus servicios.

Por el contrario, puede suceder que la capacidad de atención de una unidad médica sea para la mitad o un tercio de la población que realmente acude a sus servicios. En uno y otro caso tendríamos, respectivamente, una unidad sobrada de capacidad o saturación en sus servicios.

Es por esta razón que el sistema de información estadística de-

be prestar especial atención al cálculo de la población usuaria de servicios, pues de ese dato depende en gran medida el personal, que se destine para la atención de las unidades.

II.3. Indicadores para el cálculo de necesidades de personal.

Es ya clásico, dentro de la terminología utilizada en las Instituciones Públicas de Salud, el empleo de la palabra índice o indicador para expresar el procedimiento seguido en la planeación y dotación de los recursos humanos. Es común, también, que con frecuencia se den significados diferentes a esa palabra.

Un indicador para el cálculo de necesidades de personal, es una llave que, conocida la carga de trabajo de una unidad médica, población usuaria, número de servicios otorgados, número de camas a atender, metros cuadrados a limpiar etc., permite decidir acerca de la fuerza de trabajadores necesaria para desahogar esa carga de trabajo. Por ejemplo, se asignará un médico general por cada 2,400 usuarios, un odontólogo de 4 hrs. por cada 16,000 usuarios, un auxiliar de limpieza por cada 650 m², de superficie susceptible de ser limpiada o una asistente social por cada 3 o 4 consultorios, etc., claramente estos índices deberán tomar en

cuenta para ser aplicados, las características propias del funcionamiento de cada tipo de unidad, ya que las unidades médicas son diferentes en cuanto a servicios y personal que las integran, dentro de una misma Institución o de una Institución a otra.

El problema matemático del cálculo de esos indicadores para determinación de necesidades de personal realmente no es muy importante en sí, más bien, es conveniente estar de acuerdo en los factores que deben intervenir para su cálculo. Un sistema que nos debe guiar en cuanto se refiere a esto, es el siguiente: a mayor número de factores utilizados en el cálculo de un indicador, mayor será su precisión, pero a menor número de factores, menor será su precisión, para su aplicación y cálculo será más sencillo. Es conveniente, por lo tanto que se llegue a un punto intermedio en que no se comprometa la precisión del indicador, pero se conserve la facilidad de su aplicación.

Nivel socio-económico de la población usuaria adscrita en la zona de influencia de la unidad médica, dispersión o concentración de la población alrededor de la unidad, niveles de movilidad, patrones culturales de la región, existencias de otros servicios médicos dentro del área de influencia, existencia de ciclos

económicos de la región etc.

Debe quedar claro que los índices para dotación de fuerza de trabajo no son estáticos, continuamente deben revisarse y actualizarse de acuerdo a las circunstancias cambiantes de la región, localidad, o área de influencia de la unidad médica.

Finalizando a este tema, podemos decir que en la medida que se disponga de mejor información estadística de los servicios de salud de una comunidad, será posible estimar más precisamente los requerimientos de fuerza de trabajo para cumplir con las metas señaladas y al mismo tiempo evaluar los logros obtenidos.

C A P I T U L O III

LA PRODUCTIVIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

III.1. Introducción

El índice de productividad desde un punto de vista cuantitativo, debe lograrse sin menospreciar el aspecto de calidad y sabemos, que la meta de to da institución de cambiar el índice de productividad y de calidad del servicio, ésto es lo que se conoce como eficiencia. Un ejemplo de un indicador de productividad de recursos humanos es la comparación que existe, entre el volúmen de consultas otorgadas y las horas médico controladas para el uso de dichas consultas. La productividad puede ser alta o baja.

Productividad es la relación simple que existe entre el volú—
men de producción de servicios y de los recursos aplicados para la producción de -
los mismos. Para representar esta relación se una la siguiente fórmula:

$$P = \frac{\text{Volúmen de producción}}{\text{recursos humanos}}$$

III.2. Como se puede incrementar cuantitativamente la produc-

tividad.

Para incrementar cuantitativamente la productividad, se tiene -
cuatro diferentes alternativas que son:

- a). Incrementar el volúmen de producción, con el mismo vo
lúmen de recursos aplicados.
- b). Disminuyendo los recursos aplicados y logrando el mis-
mo volúmen de producción.
- c). Aumentando el volúmen de producción y disminuyendo -
los recursos aplicados simultáneamente.
- d). Incrementando ambos factores en distinta proporción.

III. 3. Necesidad de aumentar la productividad.

Los países en vías de desarrollo requieren fórmulas que increme
nten constantemente su productividad a fin de lograr la ansiada meta de desarro-
llo económico.

En instituciones como el Seguro Social, en donde se atiende -
cubrir bajo el régimen de seguridad social, a un porcentaje cada vez mayor de la -
población de nuestro país, podemos observar estas situaciones:

- a). La población derechohabiente va creciendo a un ritmo -
tal, que a la vuelta de 10 años, deberá duplicarse,
- b). Los recursos que la institución recibe tanto de cuota -
obrero patronal, como la participación estatal, están di
rectamente relacionados con la capacidad económica y -
los egresos de los trabajadores asegurados,
- c). El incremento de derechohabiente, deberá irse cubrien-
do mediante el incremento en la productividad general -
del sistema, de otra forma, los recursos que proporcio
nalmente podrán destinarse a cada derechohabiente irán
en disminución, y de esta manera la población estará -
cada vez más desamparada,

III. 4. Para mejorar la Productividad,

Para mejorar la productividad es necesario conocer en primer lugar la productividad actual del sistema. Esto se hace mediante un proceso básico de evolución a través de la investigación. Debe contarse con un parámetro ideal contra el cual comparar la realidad.

Este proceso consiste en determinar índices estándares ideales de actuaciones, después de contemplar la posibilidad de rendimiento de los recursos tanto en un aspecto cuantitativo como cualitativo.

Hay que actuar en busca del ideal, este proceso de acción corresponde precisamente a la tarea de administración de recursos.

III. 5. Fórmula para mejorar la Productividad,

Para mejorar la productividad de los recursos humanos, se recomienda una fórmula que consiste en mejorar la técnica mediante el aprovechamiento de sus avances; dar la atención debida, al mecanismo y a las relaciones, que de él se desprenden y por último actuar con entusiasmo. Considerar el entusiasmo -

como un estado de ánimo constante que al mejorar en cada uno de los que tenemos personal responsable pueda servir de modelo y contagie optimismo en el desarrollo de la labor cotidiana.

III.6. Técnica.

Por lo que respecta al mejoramiento de la técnica que ayuda - al incremento en la productividad de los recursos humanos, podemos mencionar 4 - factores esenciales:

- a). Seleccionar y preparar al personal a todos los niveles, para la adecuada selección de recursos humanos, es indispensable desempeñar acciones de capacidad y desarrollo del personal, tendientes a lograr que su tarea sea - gratificante y no enajenante.
- b). Revisar y mejorar los procedimientos de trabajo. La - experiencia acumulada en la prestación de servicios, ne cesariamente pone a los directivos en condiciones de -

revisar sus procedimientos de trabajo con el fin de me -
jorar los actuales y evitar que se repitan lamentables -
errores.

- c). Proporcionar los elementos necesarios para el trabajo. Todos los individuos podran mejorar sus resultados si encuentran a su alcance todos los elementos que requieran para trabajar eficientemente.
- d). Investigación de innovación. La investigación elimina - el miedo al cambio. Por tanto, facilita la innovación - que asegura un avance continuado. El continuar las cosas sin intentar nuevos procedimientos, equivale a es— tancarse irremediabilmente.

III.7. Recursos Balanceados.

Los recursos humanos que manejan las unidades para la pres-
tación de servicios médicos, deben estar balanceados en tal forma que los servicios

se presten adecuadamente.

Si en una clínica se cuenta con personal médico, de enfermería, archivo, intendencia, farmacia, medicina preventiva, etc., para dar servicio a 100,000 derechohabientes, pero el personal de asistentes sociales sólo tiene capacidad para atender 50,000 derechohabientes de acuerdo con los índices de productividad establecidos, el resultado será que la productividad se reduce al nivel del elemento de menor rendimiento o de más bajos recursos, por ésto es que se necesitan recursos balanceados.

III. 8. Humanismo.

El individuo busca en el trabajo, esa realización que le proporcionará una satisfacción total en busca de mayor productividad, se pueden clasificar según Maslow en factores de higiene y factores motivacionales.

Entre los factores de higiene, tenemos, el salario justo y remunerador, la supervisión que el individuo necesita para sentirse seguro de su realización en el trabajo, dentro del mismo trabajo, también requiere el individuo de -

seguridad, prestigio de condiciones adecuadas, de trabajo, de políticas administrativas acordes con sus convicciones personales, de buenas relaciones interpersonales etc.

Dentro de los factores motivacionales, se clasifican: el gusto que el individuo tenga por el trabajo, la sensación de progreso, el reconocimiento a su labor por parte de sus compañeros y principalmente por parte de sus superiores la posibilidad de desarrollo dentro de la empresa o institución para la que trabaja; la posibilidad de logro y el logro mismo, la responsabilidad compartida que le sea delegada, etc.

Las instituciones de Seguridad Social dan una atención especial a la racionalización de recursos.

La parte más importante de los recursos que maneja una institución de seguridad social es la que se destina al pago de personal. En el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1972, el 54% de los gastos correspondieron a sueldos y remuneraciones de personal.

C A P I T U L O I V

PROCEDIMIENTOS PARA MEJORAR LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

IV.1. Introducción.

En la problemática que confrontan las instituciones americanas de seguridad social, destaca el siempre creciente volúmen y costo de las prestaciones de salud, en especie y en dinero, para cumplir con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos de trabajo. Por esta razón han sido múltiples las investigaciones emprendidas, tanto con perspectivas nacionales como, internacionales, y en varias ocasiones se ha considerado conveniente incluir estudios en relación con este tema.

En la última de las nueve reuniones de conferencia Interamericana de Seguridad Social, efectuada en Quito, en agosto de 1971; con el tema "Sistemas de Información y evaluación de la productividad en el cuidado y promoción de la Salud en el ámbito de la Seguridad Social", las consideraciones más importantes son:

- 1.) Que la conveniente organización técnico administrativa - es de interés prioritario, teniendo en cuenta que es necesario propiciar la mayor productividad y promoción - de la salud a través de una mejor utilización, racionali zación de los servicios médicos en las Instituciones de Seguridad Social.
- 2.) Que las instituciones para mejor utilización de sus re-- cursos deban adoptar normas técnicas y procedimientos adecuados de información para la planeación, operación y evaluación que lleven a una administración eficiente, - para la prestación de servicios médicos de la más alta calidad a un costo razonable.
- 3.) Es necesaria la exigencia administrativa de un control - organizado y permanente de la eficiencia y rentabilidad médico social de los recursos disponibles.

- 4.) Aplicar políticas institucionales de racionalización en el aprovechamiento de recursos, como también las apropiadas para mejorar la productividad.

Proseguir en forma sistemática los estudios de evaluación de la productividad en el cuidado y promoción de la salud.

IV.2. Composición del costo de la atención médica.

El lograr en la población un estado de salud total, se refiere, no sólo a la ausencia de enfermedad, sino al completo bienestar bio-psico-social, del individuo, es meta a la que aspiran las instituciones de seguridad social. Para alcanzar esa meta se deben conocer los factores, que de una manera u otra tienen, algún efecto en el rendimiento de los recursos.

La prestación médica tiende a encarecerse, tanto por los diversos factores que intervienen en la producción y distribución, de la asistencia, como por la evolución de otros agentes externos a las instituciones, cuya influencia en el costo de los servicios de salud es evidente. Los elementos que determinan

el costo de producción y distribución de los servicios de salud, son múltiples y de diverso origen.

Una clasificación simplista de los factores de costo de la atención médica en razón de la procedencia externa ó interna de la población, podemos afirmar que el uso de recursos está influida externamente por la demanda de servicios, la epidemiología regional, el nivel cultural de la población y otras características demográficas y sociales.

La demanda de servicios que genera la población derechohabiente está en razón directa a sus necesidades y para que los recursos institucionales sean adecuadamente aprovechados, habrán de distribuirse tomándolas muy en cuenta. La carencia de una justa interrelación entre las dimensiones de médicos que genera la población que se encuentra bajo su zona de influencia, propicia la elevación de los costos de la atención médica. La demanda de servicios de salud se eleva considerablemente, en poblaciones muy jóvenes ó en aquellas que se nota un envejecimiento de la población, se observa también una tendencia al aumento en los consumos médicos. Se ha conocido por medio de muestras, que los estratos de po

blación que corresponde a los niveles inferiores de ingresos, generan una mayor demanda de la prestación médica.

Una unidad con zona de influencia débil registrará unos costos mayores comparativamente con otra unidad de las mismas características, pero con una población económicamente superior. Un factor importante de la demanda de servicios se encuentra dado por el grado de concentración o dispersión de la población - derechohabiente, esto provoca costos diferentes a los que se supone debería tener en condiciones normales.

El costo inicial de servicio médico está integrado por todas - aquellas partidas del gasto necesarias para iniciar los servicios, siendo los renglo- nes más relevantes; la inversión en terreno, construcción y equipamiento; el costo - de operación, es atribuido al funcionamiento cotidiano; si el costo de inversión es sig- nificativo, el costo de operación es determinante en el equilibrio financiero de cual- - quier institución.

Es normal que en instituciones de seguridad social, en donde se

presten servicios directos de atención médica el gasto de personal ocupe el primer lugar, dentro de los costos de operación. Se calcula en un 60%.

Aproximadamente el 20% del costo de operación de una unidad-clínico-hospitalaria corresponde al consumo de materiales principalmente, medicamentos y los materiales de curación que juntos representan el 85% del costo total de los consumos en que incurre una unidad de atención médica; otro factor que genera aumento en el costo de la atención médica son los tratamientos más efectivos y nuevos materiales de curación. Con el consiguiente aumento de precios en la adquisición y en el costo de los tratamientos. Es considerable el costo de las labores de investigación que incluye remuneración al personal especializado.

IV.3.- Productividad del servicio médico.

Para poder hablar de la productividad de los servicios médicos, es indispensable conocer el significado de "productividad", se entiende por productividad la relación simple que los recursos utilizados para la producción de los mismos (sueldos, salarios, inversión en las instalaciones, etc.) entre el volumen de produc--

ción (consultas, recetas, estudios radiológicos, etc.).

Otro factor que interviene en el cálculo de la producción es el nivel de calidad de la producción, es decir, es posible que se registre un aumento en producción para un nivel dado de recursos, pero motivando a su vez un descenso en la calidad de la misma.

Es indispensable contar con un sistema que permita conocer, la productividad a todos los niveles. Este sistema debe proporcionar información estadística de servicios prestados; costo de los servicios, volumen de personal involucrado en la prestación médica, población que utiliza los servicios etc. El conocimiento de ésta información permite interrelacionar los datos necesarios para la elaboración de los indicadores de la productividad.

Un sistema de información es el conjunto de elementos y procedimientos íntimamente relacionados que tienen como propósito manejar datos y elaborar reportes que permitan tomar decisiones adecuadas para el logro de los objetivos de una organización.

IV.3.1. Característica de los sistemas de Información.

- a) Oportuna
- b) Confiable
- c) Relevante (Información necesaria para tomar una decisión particular o para conocer una situación específica.

La información cuantitativa procedente de los servicios médicos debe procesarse de la siguiente manera:

- a) Captación diaria y reciente de datos.
- b) Concentración y cálculo mensual de los datos principales.
- c) Supervisión del informe mensual por la Dirección de la unidad.
- d) Revisión de los informes mensuales a las respectivas Jefaturas de Servicios Médicos Regionales para la evaluación de unidades y regiones.
- e) Concentración a la dirección Nacional de Servicios Médicos para la evaluación institucional.

Los sistemas de información para la promoción y el cuidado - de la salud, se desenvuelven en terrenos variados: biosociales, clínicos, científicos y administrativos.

IV.3.2. - Objetivos de la evaluación a distintos niveles.

- a) Proporcionar estimaciones con fiables para pedir los progresos, desviaciones y logros en metas intermedias o finales.
- b) Pedir el grado de eficiencia con que se imparten los servicios, su calidad y el rendimiento del personal que los otorga.
- c) Lograr, justificar o modificar los requerimientos humanos y - materiales.
- d) Señalar las necesidades convenientes de recursos humanos y - materiales.
- e) Orientar convenientemente los trabajos periódicos de autoeva-
luación a cargo del personal actuante.
- f) Fundamentar técnicamente los informes sobre los resultados -

obtenidos.

- g) Preveer con suficiente aproximación las situaciones futuras en base a la proyección de las tendencias pretéritas.
- h) Proporcionar el plan general de servicios médicos, elementos válidos para la modificación o innovación necesaria.
- l) Señalar los requerimientos de adiestramiento de personal que tenga deficiencia para realizar adecuadamente las funciones establecidas.

Una vez fijados estos objetivos, será conveniente que se asignen metas cuantitativas, efectos a lograr, costos y tiempos para alcanzar esas metas, de tal manera que se pase de objetivos concretos,

IV. 4. - Evaluación y Control.

La planeación de los servicios médicos debe estar sustentada, en estándares de alguna manera pro-establecida, los cuales, lógicamente, en gran medida deben ser el resultado de la experiencia acumulada en la operación de acuerdo

a las características de cada uno en particular. La planeación se ve, materializada en los proyectos de las unidades, los cuales serán adecuadamente elaborados con el apoyo y sustentación que dan los índices de demanda de servicios.

El crecimiento que en ocasiones deben sufrir las unidades médicas, obliga a preveer en forma racional el desdoblamiento de muchos servicios y sólo una planeación adecuada permitirá más ampliaciones y costos de inversiones moderados, con mínimas molestias a la población derechohabiente y al personal.

En la operación, la información de los servicios otorgados en cada unidad, ayuda a los distintos niveles de autoridad a evaluar si se están cumpliendo los niveles de servicios deseados, si es necesario revisar y cambiar prácticas que no están reduciendo los efectos previstos, si los recursos humanos y materiales con que cuenta la unidad guardan adecuadamente relación con los servicios impartidos.

IV. 5. - Algunas técnicas para incrementar la productividad de -
los servicios médicos.

a) Sobre recursos humanos.

El recurso más valioso con que cuentan las instituciones lo constituyen los empleados, al hacerlos depositarios de las acciones que deben realizarse para alcanzar nuevas metas de seguridad social.

Los siguientes puntos incrementan la productividad de los recursos humanos.

Establecer un adecuado equilibrio entre la fuerza de trabajo y la carga de trabajo.

Promover la preparación del personal de salud debidamente.

Dotar de nueva fuerza de trabajo.

Pagar oportunamente la justa remuneración por sus servicios.

Impulsar los naturales sentimientos de solidaridad de los trabajadores hacia los derechohabientes.

Humanizar las relaciones laborales.

Cinco elementos para el mejoramiento de la técnica de la productividad.

- 1.- Revisar y mejorar los procedimientos de trabajo.
- 2.- Revisar y mejorar al personal en todos los niveles.
- 3.- Proporcionar los elementos necesarios para el trabajo.
- 4.- Investigación e innovación.
- 5.- Recursos balanceados.

El individuo busca en el trabajo la autorrealización que le proporciona una satisfacción total.

Los factores que llevan al hombre hacia una satisfacción total en busca de la mayor productividad se clasifican según Maslow en factores de Higiene y Motivacionales.

IV.6. - Apendice de Indicadores Básicos.

Recomendaciones aprobadas sobre programas de investigación y economía médica y su influencia en la administración de los servicios de salud.

Los programas médicos arquitectónicos de unidades médicas, deberán ser el producto de acciones multidisciplinarias que contemplen el costo de operación de ellas.

Establecer índices de fuerza de trabajo y promover la formación a través de las instituciones docentes y de seguridad social, de personal a fin de que se les deleguen actividades específicas.

Estructurar cuadros básicos de medicamentos, con el correspondiente control de calidad, así como las guías de diagnóstico, terapéuticas que favorecen la elección de las mejores alternativas para el beneficio de asegurados y beneficiarios.

Establecer acciones conducentes a implementar sistemas de-

captación, procesamientos y análisis de datos óptimos y veraces, que permitan la -
preparación de presupuestos por unidad médica y la producción de presupuestos por
unidad, los costos unitarios básicos de estancias hospitalaria y consulta médica y -
los correspondientes costos unitarios detallados,

Se considera importante la prestación farmacéutica en los ré
gímenes de seguridad social.

El establecimiento de procedimientos adecuados de selección-
de personal, programas de formación y capacitación que permiten una evaluación -
de los recursos, intervienen en la interpretación de la productividad.

C A P I T U L O V

ANALISIS DE LOS FACTORES RELEVANTES QUE DETERMINAN
EL COSTO DE LA ATENCION MEDICA Y SU CONTROL ADMINISTRATIVO

V.I. Desarrollo del Sector Salud.

V.I.1. La Salud y la Seguridad Social.

El ejercicio de la medicina, con el apoyo de los recursos que estas leyes ponen a su disposición, permite aspirar y de hecho ejercer, una medicina integral en beneficio de la población amparada, atenta no sólo a reparar el daño ocasionado por la enfermedad, sino a brindarle una existencia con menor número de angustias y mayores oportunidades, para la plena integración, desarrollo y autorealización del individuo.

En algunas instituciones se cuenta con un sistema de atención médica que cubre todas las necesidades, aún las de mayor especialización, y prestaciones económicas y sociales que permiten mantener el equilibrio económico de los hogares en situaciones de incapacidad y utilizar convenientemente el tiempo libre, para el desarrollo de vocaciones, sano esparcimiento y elevación cultural . Los derechohabientes tienen - -

acceso a todo ello y debemos inducirlos a hacer uso conveniente de cada una de tales prestaciones en beneficio personal, familiar y comunitario.

Las Instituciones de Seguridad Social deben comprender claramente que para elevar el nivel de la atención médica a que tienen derecho sus asegurados y beneficiarios, no basta que una ley avanzada lo considere en sus postulados, sino que los servidores de la salud, cualesquiera que sea entienda que la preservación de salud, restauración del daño por enfermedad y reintegración social en condiciones óptimas, representan un amplio complejo de acciones preventivas, asistenciales, rehabilitatorias de prestaciones económicas, educacionales, de elevación cultural, utilización del tiempo libre, instrucción sobre el manejo del presupuesto, etc., y que la aplicación fraccionada de estos conceptos produce beneficios restringidos, encarece los servicios e impide encauzar a una organización con identificación de objetivos y conciencia de grupo.

Lograr esta conciencia que es necesario ejercer una medicina Integral, es decir aprovechar consistentemente, en forma permanente, todos los recursos institucionales en cada contacto del personal con sus derechohabientes, ha sido motivo de acciones continuadas en todos los campos de la atención médica.

El médico no debe actuar como consultante aislado. Debe aprovechar la ocasión para adentrarse en la variada problemática del consultante; en su estructura familiar y comunitaria, en hacerle aceptar los beneficios de la Medicina preventiva para él y sus convivientes, en aprovechar las amplias instalaciones de recreación y aprendizaje como medio de mejorar la salud mental familiar, alejándola de los peligros reales del medio ambiente, de cuidar el equilibrio emocional y financiero de su hogar; etc; no estará ejerciendo sino una parte de la medicina integral.

Pero el médico, aún con determinación para actuar de esta forma, requiere de un trabajo en equipo y por lo tanto de que concepto de Medicina Integral sea compartido por la estructura misma en todos sus elementos.

Si cada trabajador del equipo de salud, en cada acción propia de su campo, aprovechara la ocasión para educar a sus derechohabientes para que acepten y soliciten los beneficios directos e indirectos que la organización pone a su disposición a través de la atención médica Integral, el nivel de ella se superaría como lo esta haciendo, mediante este infatigable afán.

En resumen los conceptos básicos sobre seguridad social han sufrido modificaciones substanciales en los últimos lustros e incluyen dentro de su contexto la ga-

ranza de asistencia médica integral para la población amparada. Las estadísticas reflejan claramente el crecimiento progresivo de la población a servir y de ellas pueden desprenderse hechos fundamentales: que el ritmo de crecimiento ha sido variable lo mismo que su campo de aplicación existiendo, sin embargo, una tendencia muy marcada a la cobertura de todo el núcleo familiar y a la extensión de la seguridad social a categorías de trabajadores no asalariados cuando el estado financiero lo permita. Desde el punto de vista médico, la tendencia es hacia la atención integral, incluyendo los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

V.1.2. Consideraciones sobre el enfoque social.

Para garantizar que las aspiraciones de la Seguridad Social se cumplan en un nivel de eficiencia que permita la reducción de algunos problemas de salud y el control adecuado de otros, así como contemplar vigilantes la aparición de los que por condiciones naturales vayan surgiendo, es necesario, aplicar recursos y técnicas sobre: las propias unidades de servicio, población que tiene a su cuidado y el personal encargado de prestar sus servicios, debe conocer técnicas de atención masiva y por lo tanto vaya adquiriendo esta perspectiva de salud comunitaria.

En algunos casos, el personal de transición que se incorpora a la Seguridad Social, dura décadas para dejar paso a nuevas generaciones modeladas de forma diferente. Esta sustitución debe ser planificada desde los altos niveles operativos, en virtud de sus diferentes funciones y con objeto de hacer posible la coordinación indispensable, ya que la planificación integral del sector salud, a pesar de ser deseable no es una meta que pueda concebirse a corto plazo por lo que la coordinación intra y extra institucional, ocupan el objetivo inmediato a lograr.

La planificación de la capacitación del personal de las unidades, incluye a :

- Dirección
- Administración
- Atención médica general familiar
- Atención médica especializada
- Servicios paramédicos.
- Servicios auxiliares de diagnóstico.

Además, es conveniente que el cuerpo normativo asesor y evaluador

sea orientado específicamente en el campo de la planificación de la salud.

Las unidades de atención médica mayores, deberán ser dirigidas por médicos de formación profesional, saliendo del tradicional concepto de que sea un prestigiado clínico o cirujano; esto conduce a un manejo fuera de la técnica moderna que exige el conocimiento de factores antropológicos sociológicos, económicos, de programación de la atención médica y de interpretación de factores del personal.

El campo de la administración en las unidades mayores requieren del binomio director-administrador. Las técnicas administrativas, como en el caso de las directivas; no pueden ser relegadas, aplicarlas adecuadamente es la única forma de que los limitados recursos sean mejor aprovechados, dándoles flexibilidad y convertibilidad.

A medida que los servicios médicos amplían su capacidad de atención a derechohabientes y los recursos tienden a la falta de especialización, el costo de la atención se eleva y más aún si el sistema, como es de desearse, permite que cualquier paciente tenga acceso a los diferentes niveles, desde el primario hasta la alta cirugía con las pruebas de gabinete y laboratorio que en la actualidad se usan. No parece razonable

que unidades cuyo costo directo de atención médica llega a millones de dólares por año, - sean dirigidas por equipos sin preparación y formación adecuada.

Al descender del nivel directivo encontramos a la planta de médicos, que responsables de la unidad familiar, considerada como núcleo epidemiológico, se encuentra ante la necesidad de dirigir las acciones médicas individuales, relacionarlas con el - medio biofísico y proyectarlas en función de la comunidad; es tan amplia y significativa su labor, que el médico necesita también aprender a delegar tareas que tradicionalmente ha realizado, a personal auxiliar paramédico, con el fin de dedicar el mayor tiempo a las - acciones selectivas y trascendentes. No debe olvidarse a los auxiliares y técnicos que - son capaces de realizar en equipo, trascendentes labores con alto tecnicismo y eficacia.

Con solo recordar a técnicos de laboratorio, enfermería preventiva, clínica de campo, codificadores, etc., encontramos una gama inmensa de elementos que, preparados de acuerdo a sus actividades específicas, resultan indispensables por su eficiencia en una medicina que a menudo sofisticamos, encareciéndola al resistirnos a transferirles responsabilidades que serán mejor realizadas y a cuyos ejecutores debemos darles el crédito y reconocimiento que merecen, integrando de esta forma equipos de salud

multidisciplinarios con objetivos institucionales.

Si todo lo anterior, en relación al personal idóneo fuera factible - deben establecerse procedimientos que normen las acciones de esos personajes, dotándoles de guías, manuales y procedimientos que afirmen el sistema elegido y conduzcan uniformemente la institución, con criterios generales sin anular la inquietud y creatividad que puede ser canalizada por medio de la investigación, a su vez sustentada en una evaluación retroalimentadora.

Construir una unidad de servicios, darle el personal adecuado procurando una funcionalidad óptima y dejarlo laborar sin un programa técnicamente diseñado - que permita valorar los logros en salud sobre su población a servir, es algo inadmisibles.

Cada unidad de servicios, tiene la obligación de elaborar un programa básico de salud que tiene dos objetivos precisos.

Planificar la atención en forma sencilla comprensible para la gran - masa de médicos generales familiares, a fin de ubicar sus acciones en grandes rubros, y

Ofrecer al personal una verdadera dimensión social, darle una pers-

pectiva comunitaria de salud, señalarle la significación de sus acciones en los resultados de salud esperados y sacarlos de ese anonimato deteriorante de una actividad rutinaria, tabulada exclusivamente en forma numérica.

Si la conciencia del personal integrante del equipo de salud fuera sacada de tal manera que ellos encontraran en los Programas Básicos de Salud una nueva y legítima aspiración de práctica superior de la atención médica y les incitara a considerar lo importante de su participación en la conservación de la salud comunitaria proyectando sus acciones al hogar, y participando como promotor en medidas de gobierno para la mejora económica y social, se habrá logrado un cambio sustancial que mejorará en mayor grado las metas específicas de salud.

Finalmente la tecnología a emplear debe ser acorde con los recursos, estructura, prioridades de atención y cobertura de servicios.

V.2. Análisis de los Costos. Importancia de las Políticas Administrativas .

El enfoque integral de la medicina social, nos lleva necesariamente a

una cuidadosa planeación de la relación que debe guardar el universo total a cubrir y los recursos disponibles para ello.

Las políticas administrativas que se apliquen, estarán invariablemente sustentadas por criterios de racionalización que aseguren el mejor aprovechamiento de los elementos disponibles.

Los principales elementos del costo en la producción y distribución de servicios de salud, son los generados por la inversión destinada a la edificación de instalaciones y a la adquisición de equipos, pagos de personal, los consumos de materiales, la tecnología médica usada, las técnicas operacionales, los factores psicosociales del personal y la atención médica planificada.

V.2.1. Instalaciones

Frecuentemente se observan unidades clínico-hospitalarias cuyas dimensiones serían suficientes para atender la demanda generada por dos y más veces la población que se encuentra bajo su zona de influencia, dando origen a excesivos costos de inversión más los generados posteriormente por la operación y mantenimiento.

Si bien la subutilización de instalaciones es causa de elevación en los

costos de la atención médica, igualmente inciden las instalaciones insuficientes, que son generalmente sometidas a continuas adaptaciones, con los consiguientes problemas de funcionalidad que dificultan y encarecen su operación.

Las políticas administrativas que se adopten en materia de la planeación de instalaciones, deben estar basadas en la participación multidisciplinaria de las técnicas y experiencias de directores médicos, de unidades de planeación del sistema integral de atención histórica, la estadística necesaria y la retroalimentación que sustenta la actualización de sus normas los puntos de vista de proyectistas, diseñadores, constructores y técnicos en la conservación de inmuebles.

La planeación de instalaciones es un trabajo de gran complejidad si se reconoce la cantidad de factores que deben tenerse en cuenta para la optimización de resultados.

La importancia de la adecuada planeación de una unidad no está solamente en función al contenido de ella misma sino a la parte que forma dentro de la estructura de la red de instalaciones destinadas a la prestación médico social de un sistema. Ninguna institución de seguridad social puede pretender que en cualquier localidad existan

todas las instalaciones que pueda requerir un derechohabiente en demanda de atención médica.

Esta situación establece la necesidad de estructurar un sistema regionalizado de atención médica en el que el tipo de unidad que se establezca en cada población deberá estar acorde con el volumen de la población derechohabiente que se adscriba directamente y la suma de la población de localidades cercanas que no cuenten con el nivel de atención que esta unidad ofrece y por lo mismo deriven a ella en demanda de servicios.

La determinación de la instalación requerida en cada caso se encontrará mediante el estudio de niveles de atención médica que deba darse en cada región en base a los programas básicos de salud previamente definidos; el análisis de su población derechohabiente, sus índices de incremento, sus índices de demanda, las vías de comunicación y los tiempos de traslado.

Conforme va disminuyendo la frecuencia con que la población demanda otros servicios de mayor especialidad, la ubicación de las unidades se hará en poblaciones de mayor concentración y deberán proporcionar los servicios primarios a la población, de niveles superiores de acuerdo con los recursos físicos y humanos con que se le

haya dotado a esa misma población y a las otras pequeñas, en donde solo pudieron recibir el primer nivel de atención.

En esta forma se escalonarán los servicios hasta llegar a las unidades máximas de concentración en donde se localizarán centros médicos que atiendan los más altos niveles de especialidad.

Esto no es fácil de lograr. El crecimiento institucional no planificado, obedece a múltiples factores, desde los políticos hasta las legítimas aspiraciones individuales que hacen crecer una unidad o un servicio en función de capacidades individuales y no a esquemas de atención.

V.2.2. Personal

En instituciones de Seguridad Social en donde se prestan servicios directos de atención médica, el gasto de personal ocupa indiscutiblemente el primer lugar dentro de los costos de operación.

La predicción del crecimiento de población en base a las tendencias conocidas de crecimiento natural y a los programas de incorporación de nuevos núcleos de

población al sistema de seguridad social, para que en base a ello, predeterminar el personal necesario de cada categoría y orientar los esfuerzos de enseñanza y capacitación precisamente hacia la satisfacción de las necesidades previstas.

La evaluación de los resultados obtenidos por la fuerza de trabajo, aunado al interés por lograr un mejor aprovechamiento del recurso más importante con que cuentan las instituciones de seguridad social, marcarán las rutas de acción hacia procedimientos más tecnificados.

Se va haciendo indispensable la utilización de indicadores para la dotación de fuerza de trabajo a las unidades de atención médica. Surgidos del estudio científico de la productividad del individuo y de su actitud hacia la labor que ha sido llamado a desempeñar.

El manejo de estas técnicas propicia la uniformidad de criterios que debe esperarse en la dotación de personal al creciente número de unidades que forman parte del sistema el equilibrio entre la fuerza de trabajo representada por el personal y la carga de trabajo compuesta por el volumen de servicios a otorgar o el número de derechohabientes a proteger.

Ver anexo pag. 105 A. de los costos de una unidad.

V. 2.3. Factores Psicosociales del personal.

Es un hecho cotidiano, observar que procedimientos bien diseñados - carecen de la agilidad y eficiencia necesarias para desarrollar las tareas previstas y que el estudio de pasos y movimientos señalan interferencias graves devidas al desprecio entre sí de las labores de los diferentes componentes del grupo de trabajo.

El personal de las unidades de servicio es un componente al que debemos poner atención especial dadas sus grandes complejidades en cuanto a extracción, - capacitación, motivación, angustias y frustraciones causadas por el desarrollo social en que se vive. Hacer que individuos dedicados a tan variadas tareas con remuneraciones - y aspiraciones individuales diferentes, converjan hacia objetivos institucionales de alto - valor humano como lo es la salud, parece una labor imposible de llevar a cabo. Sin embargo la medicina aún dentro del desarrollo moderno de aparente deshumanización conser va en los trabajadores cuando menos en el núcleo central, la identificación con el dolor y la satisfacción de ver la salud restaurada. Quizá deban seguir siendo ellos el eje para - que fomentemos el respeto mutuo para nuestras actividades; el reconocimiento del valor -

de ellas cuando son bien desarrolladas y las costosas interferencias que causan la irresponsabilidad en un ciclo que puede romperse por actos que se juzgan intrascendentes. Estas fallas del personal son ostensibles, se perciben reiteradamente, casi nunca se han valorado, pero son capaces de anular grandes esfuerzos económicos en la instalación de unidades físicamente adecuadas con equipo costoso y funcional, que nunca llegan a adquirir ni la eficiencia deseada ni el prestigio que motive a la población derechohabiente a aceptar y colaborar positivamente en los programas de salud que se pongan en práctica. El poder señalar costos a estas graves irregularidades es difícil precisarlo, pero basta considerar las horas médico perdidas por no contar oportunamente con sus expedientes, las citas no cumplidas por estas mismas causas, la falta de acciones preventivas por no dar mensajes educativos; el diferimiento de altas por defecto de trámite administrativo, las consultas inútiles por no contar con los exámenes indicados, la indiferencia del médico suplente ante una responsabilidad transitoria, el diferimiento de citas sin una causa justificada, etc. Por ello, el proceso educativo planificado hacia el reconocimiento de las ventajas del trabajo en equipo y del respeto y valoración de las actividades de los otros componentes del grupo, debe ser considerado como una parte del extraordinario valor. Con la prudencia que estas mismas técnicas de integración y desarrollo organizacional aconsejan se deberá ir modelando al personal encargado de las acciones, concebidas como un ci

clo y no como una actividad aislada. Excelentes instalaciones, procedimientos, normas y guías correctamente diseñadas, programas de salud congruentes con la realidad económica y social, no operarán adecuadamente si el personal no está involucrado en un cambio conceptual de integración y desarrollo.

V.2.4. Consumo de materiales.

El consumo de materiales, es otro de los elementos al que deben orientarse las políticas administrativas, que garanticen su razonable utilización, partiendo de la acción primaria del conocimiento anticipado de los recursos monetarios que la institución pueda destinar a la adquisición de este tipo de bienes para definir posteriormente su racional distribución.

El procedimiento que se considere más adecuado para la distribución de recursos, consiste en concretar las acciones o programas de salud a desarrollar en un período determinado, asignando según su magnitud y su prioridad, los recursos de que de ba disponer, sin soslayar los beneficios que se pretenden conseguir. A esta herramienta de la administración se le llama "presupuesto por programa"

El desarrollo de los programa básicos de salud, debe constar con un

panorama claro en cuanto a : la población que va a servir, las principales causas de enfermedad y mortalidad que van a atacar en función a su vulnerabilidad y a los recursos disponibles, los elementos físicos con que cuentan como es la estructura de unidades regionalizadas y los equipos para cada nivel de atención, la estructura administrativa del sistema que llena las funciones de planeación, dirección, coordinación y supervisión del programa y que va de las autoridades máximas institucionales a las autoridades de cada unidad, la estructura técnica que la apoya representada por instructivos, manuales, procedimientos, guías diagnóstico terapéuticas, los recursos humanos y su capacidad de ser más productivos en la medida que las técnicas de desarrollo organizacional logren la autorrealización del individuo.

V.2.5. Composición de la población

En estudios realizados, se ha podido comprobar que la demanda de servicios de salud, se eleva considerablemente en niños menores de 5 años y en adultos de más de 60 años.

Un elemento también digno de tomarse en cuenta, es el constituido por el nivel socio-económico y cultural de la población. Este factor tiene resultados tanto contradictorios dependiendo del sistema de seguridad social que opere en un país y -

el grado de desarrollo en que se encuentre.

En cambio en países como el nuestro en donde se inicia el proceso de incorporación al régimen de seguridad social de población con un bajo nivel cultural y de estratos socio-económicos bajos, se observa una clara tendencia a generar una mayor demanda de servicios médico-asistenciales en comparación con aquellos núcleos de población que dentro del mismo sistema ocupan las capas económicas y culturalmente más desarrolladas. En este caso la demanda de estos núcleos de población no es captada por la seguridad social sino por la medicina privada.

V.2.6 Técnicas operacionales.

Los recursos humanos, físicos y de equipo, requieren de un sistema de trabajo que conjunte en forma adecuada a las actividades con las que debe darse atención a los usuarios, desde el momento de su adscripción y durante el lapso de su atención médica como un ciclo continuo, hasta en tanto por causas diversas no sea ya un sujeto de aseguramiento. Este sistema, que en varios países se maneja con el nombre de Sistema Médico Familiar. También fueron, tomadas en consideración tendencias de la medicina, de tal forma que se tuviera al núcleo familiar y no al individuo como eje de las acciones de salud.

La seguridad Social para cumplir con su cometido requiere estructurar sistemas de trabajo que permitan a cada trabajador de la salud hacer uso en beneficio de los derechohabientes, de todos y cada uno de sus recursos médicos, sociales y económicos, organizándolos adecuadamente para el mejor logro del bienestar social de los asegurados y beneficiarios.

La revisión constante de las técnicas operacionales en sectores clave de la atención médica, conducen al mejoramiento progresivo de la atención y esto es un proceso de revisión permanente.

Señalaremos que para realizar esta importante face, las instituciones deben preparar al personal especializado que pueda contribuir a estos estudios, análisis de sistemas antropólogos, sociólogos, matemáticos, expertos en modelos operacionales, epidemiométricos, etc.

V.2.7. Atención Médica Planificada

Adaptar la funcionalidad de las unidades de servicio incluyendo su personal, a las características y necesidades de la población a servir es un imperativo.

El proceso de planificación requiere de una fase previa de investi-

gación socio-médica, que identifique las condiciones de la población incluyendo los antecedentes, éxito y frustraciones de la atención médica con objeto de asegurar la aceptación de los programas, participación activa y continuidad hasta lograr resultados positivos que hagan declinar la problemática médico social. Estos estudios constituyen sin duda, el primer paso para el establecimiento de los Programas Básicos de Salud.

Si bien en ningún régimen de seguridad social latinoamericano tiene planificada su atención médica, ya se han realizado intentos importantes al respecto, al considerarse que constituye el único procedimiento de vigilar el logro de objetivos de salud y de medir el costo, beneficio de las acciones.

Estos programas en términos concretos señalan acciones específicas en el campo de la prevención de enfermedades transmisibles: el control de las enfermedades crónicas, el descubrimiento oportuno de las enfermedades en población aparentemente sana, y promoción de la salud al través de un proceso educativo que cubre las principales prioridades encontradas.

V.2.8. Docencia e Investigación

La investigación se orienta en la mayoría de los países hacia el cam-

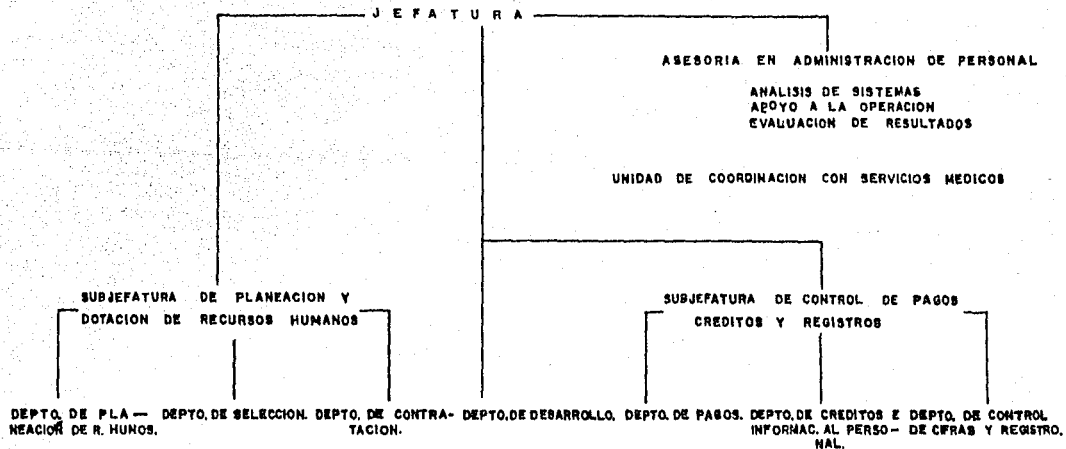
po clínico, como apoyo a la resolución de problemas cotidianos. Muy pocos tienen Investigación Básica y de salud pública, que requiere integrar grupos de alto nivel técnico con instalaciones costosas. El desarrollo de la investigación básica debe estar en íntima relación con las unidades de servicio, vinculada a la problemática de salud relevante y lo mismo deberá suceder con cualesquiera otro tipo que se desarrolle.

Un último factor que indudablemente genera una tendencia alcista en el costo de la prestación médica, es el progreso que cada día se registra en la medicina en todos los aspectos.

De la misma manera que logra el abatimiento de los índices de mortalidad infantil y aumenta la esperanza de vida en el adulto, también desarrolla técnicas más sofisticadas para el tratamiento de algunos padecimientos.

La elevación general en los costos de la atención médica no solamente es imputable a la baja de valor adquisitivo de las monedas de los países, lo que se demuestra por los crecimientos observados en los costos calculados a precios constantes. En el Instituto, por ejemplo, a un crecimiento anual de 10 % en la población derechohabiente, corresponde un crecimiento del 13 % en el consumo de unidades de medicamentos observándose fenómenos semejantes en la adquisición de materiales de curación de laboratorio y materiales de radiodiagnóstico.

C A P I T U L O VI



CRITERIOS PARA LA DOTACION DE FZA. DE TRABAJO.	RECLUTAMIENTO Y RECEPCION.	CONTROL TRAMITE DE INGRESO.	ORIENTACION AL PNAL. PARA SU INTEGRACION INSTITUCIONAL.	CONTROL DE ASISTENCIAS Y SUZ. TITUCIONES, GUARDIAS, ETC.	CREDITOS A CORTO PLAZO.	CORTO PLAZO. DEL TRABAJADOR HISTORICO PERSONAL
PRESUPUESTO DE PERSONAL.	CALIF. DE CANDATOS.	CONTROL VIGENCIAS DE TRABADORES EN NOMINA DE PAGO.	CAPACITACION TECNICA Y PRONOCIONAL.	AREA 1	CREDITOS A LARGO PLAZO.	REGISTRO PARA INFORMES DE LA ADMON. DE PNAL.
ESTUDIOS PARA LA OPTIMIZACION DE FZA. DE TRABAJO.	ADMON. DE BOLSA DE TRABAJO CON PARTICIPAC. SNTSS.	AREA 1 AREA 2 AREA 3	LAB. DE R. HUMAS.	AREA 2	SERVVS. ADMVOS.	CONTROL DEL SIST. ELECTRONICO DE LA ADMON. DE PNAL.
EVALUACION Y DICTAMEN DE SOLICITUDES DE PERSONAL.	IDUCCION PNAL. DE NVO. INGRESO	CONTROL DE NOMINA JUVILADOS Y PENS.	VALORACION DE MERITOS AL PNAL.	CONTROL DEL PAGO DE PRESTAC. ADICIONALES.	ACLARACIONES E INFORMAC. AL PNAL.	
PLANEAC. DE R. H.			CAPACITACION PARA EL TRABAJO EN COORDINAC. CON LOS DEPTOS DEL SISTEMA	CONTROL DE HORARIOS Y VACS.	PAGOS POR RECIBO.	

ESTRUCTURA DE LA JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE PERSONAL.

VI.1. - Introducción.

Organización del área de Personal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Fiel reflejo del esfuerzo institucional de alcanzar las metas que le han sido fijadas, es el crecimiento del personal que contribuye a esa labor con trabajo personal.

Es fácil deducir que este fuerte crecimiento del personal del instituto le ha impuesto la necesidad imperiosa de establecer normas que permitan preveer su futuro crecimiento. Por lo tanto se requiere una adecuada selección de personal. Agilizar los procedimientos de contratación, pagos créditos, registros de personal y, desarrollar técnica y humanamente a su personal.

El armónico desarrollo de todas estas áreas, constituye el principal objetivo de la administración de recursos humanos y es a la luz de estos

conceptos como debe entenderse la estructura orgánica de la Jefatura de Servicios de Personal.

El departamento de Planeación de Recursos Humanos tiene la característica particular de ser el encargado de accionar el mecanismo que pone en marcha al resto de los departamentos; pues una vez que determina el número de nuevas plazas que es necesario crear, el Departamento de Selección busca los candidatos más capacitados para ocuparlas; el Departamento de Contratación formaliza la relación laboral con el Instituto, el Departamento de Pagos cuida de retribuir correctamente los servicios prestados, el Departamento de Créditos e Información al Personal se encarga de proporcionar financiamiento a corto y a largo plazo y de aclarar al trabajador todas sus dudas que le surjan en cuanto a sus percepciones, deducción o en general su situación laboral; el Departamento de Recursos coordina el registro individual e histórico de las incidencias del trabajador que sean útiles para la administración de recursos humanos, el Departamento de Desarrollo orienta al personal de nuevo ingreso para su integración institucional, lo ca-

pacita técnicamente promueve la superación personal de los trabajadores y valora sus méritos en el desempeño de su trabajo.

VI. 2. - Departamento de Planeación y Dotación de Recursos -
Humanos.

VI. 2. 1. - Objetivo.

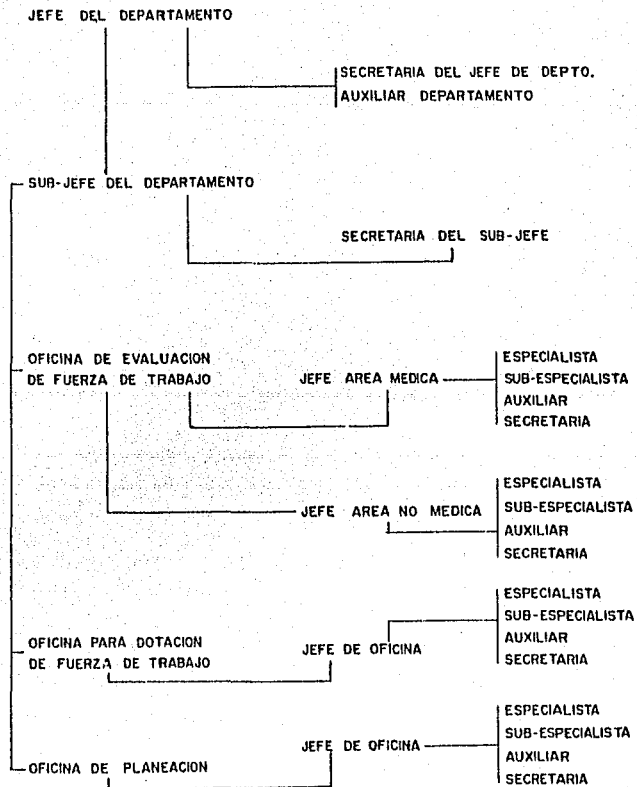
Determinar anticipadamente las necesidades de fuerza de trabajo con el fin de coadyuvar en logro de una oportuna adecuada y racional dotación del factor humano, acorde a la capacidad financiera Institucional.

VI. 2. 2. - Funciones Generales.

Predeterminación del gasto de Servicios de Personal para cada año, en base al crecimiento autorizado de personal.

Proyección de las necesidades de recursos humanos en el Instituto a mediano plazo.

**ESTRUCTURA ORGANICA DEPARTAMENTO DE
PLANEACION Y DOTACION DE RECURSOS HUMANOS**



Recopilación de las necesidades de recursos humanos en el - -
Instituto a mediano plazo.

Recopilación de criterios Institucionales para Dotación de Fuer
za de Trabajo.

Estudio y revisión de los criterios existentes.

Promoción para la elaboración de criterios en las áreas que -
requieran de ellos.

Evaluación de solicitudes de ampliaciones temporales de planti
lla y modificaciones permanentes.

Información a las dependencias y autoridades superiores sobre
el ejercicio de las plazas autorizadas.

VI.2.4.- Funciones de las Oficinas.

a) Oficina de Evaluación de Fuerza de Trabajo.

1.- Recibir de las distintas dependencias sus solicitudes con rela-

ción a modificaciones temporales y definitivas de plantilla.

- 2.- Determinar el costo de cada solicitud.
- 3.- Analizar su justificación desde los siguientes aspectos.
 - a) Solicitud en base a un programa previamente autorizado por la superioridad.
 - b) Procedencia conforme a los criterios para dotación de fuerza de trabajo en vigor.
 - c) Estudio especial de casos para los que no existe presupuesto aprobado ni criterio definido.
- 4.- Emitir oponión sobre cada una de las solicitudes.
- 5.- Someter a aprobación superior las solicitudes que se hayan estimado procedentes y comunicar a las autoridades aquellas que se hayan justificado improcedentes, detallando la causa.
- 6.- Registrar el efecto Financiero de las solicitudes que hayan sido aprobadas, comunicándolas a la Oficina de Planeación-

para afectación del presupuesto.

7. - Información a las Dependencias interesadas.
 - b) Oficina de Criterios para Dotación de Fuerza de Trabajo.
1. - Obtener debidamente actualizado un Inventario Nacional de Criterios Institucionales, para dotación de fuerza de Trabajo.
 2. - Estudiar los criterios existentes para la Dotación de fuerza de trabajo.
 - a) Programar las áreas sujetas a estudio.
 - b) Solicitar la participación de los Especialistas que se encuentren directamente en contacto con el Servicio sujeto a estudio.
 - c) Solicitar autorización superior del programa.
 - d) Formar un equipo mixto para el desarrollo del estudio.
 - e) Obtener la aprobación de las autoridades competentes, con respecto a la proposición surgida del estudio realizado.

f) Incorporar al nuevo Criterio al Inventario Nacional.

3.- Promover la elaboración de Criterios para Dotación de Fuerza de Trabajo en aquellas áreas que carezcan de ellos. Se seguirá un procedimiento semejante al detallado en el punto anterior.

c) Oficina de Planeación

1.- Proyección de necesidades de Fuerza de Trabajo.

a) Determinar en base al crecimiento de población - derechohabiente, los crecimientos de personal de los cinco años siguientes a aquel en que se realiza el estudio.

b) Analizar dicha información al grado de detalle que se requiera.

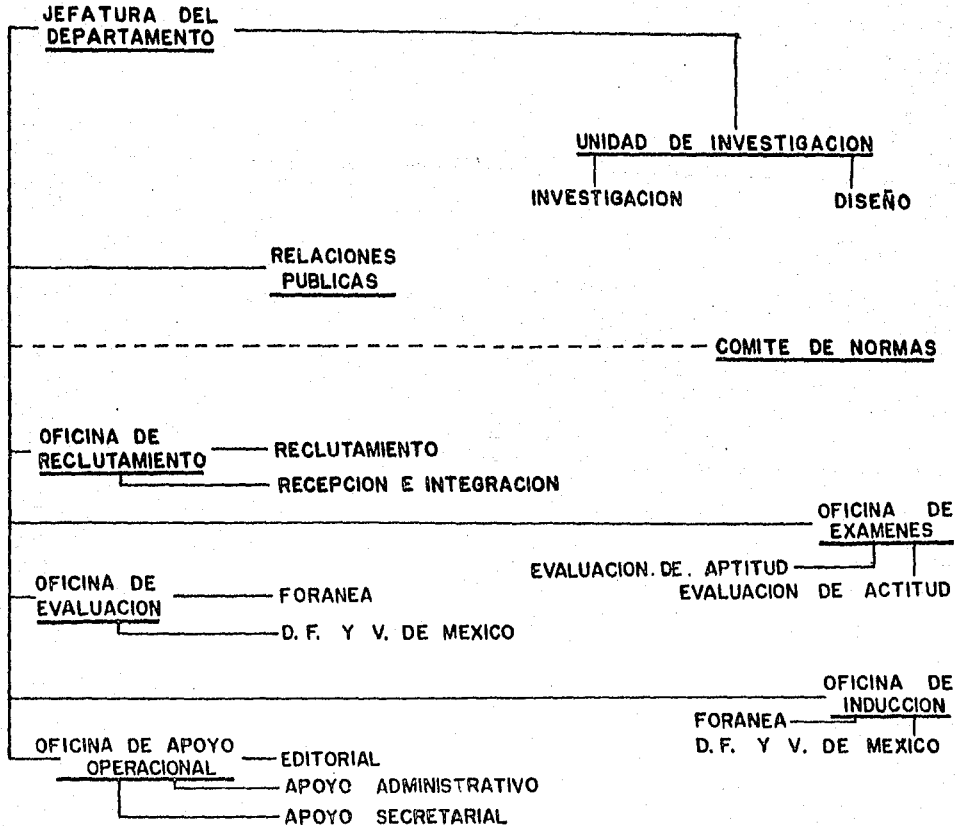
c) Informar a las autoridades que puedan utilizar el resultado de estos estudios, para la más oportuna preparación del factor humano especializado que requiera la Institución.

- d) Estimar en base a la proyección de necesidades de fuerza de trabajo, el efecto financiero del capítulo de servicios de personal a mediano plazo.

2.- Estimación del Gasto Anual de Servicios de Personal.

- a) Preparar a la primera quincena de diciembre de cada año, la estimación del Gasto de Servicios de personal para el siguiente período anual, en base a las asignaciones de crecimiento de personal autorizado por la Dirección General de cada Dependencia.
- b) Informar a las distintas dependencias sobre el gasto de personal que le ha sido autorizado por la Dirección General.
- c) Analizar cuatrimestralmente la medida en que cada Dependencia ha venido haciendo uso del Presupuesto que le fué autorizado.
- d) Informar el resultado de dicho análisis a las Dependencias interesadas y autoridades superiores.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



- 3.- Información Financiera Institucional sobre el Gasto de Servicios de Personal.

VI.3.- Selección de Recursos Humanos.

VI.3.1 Objetivos

La creación y elaboración de instrumentos, técnicas normas y procedimientos de selección de recursos humanos. El reclutamiento de esto y la adecuada selección, la inducción de su personal a su puesto respectivo y el establecimiento de normas y procedimientos de selección, en el Distrito Federal y - delegaciones foráneas.

VI.3.2. Políticas

De Planeación

- 1.- Deberá presentarse para aprobación de las autoridades superiores, los planes, proyectos y presupuestos anuales.
- 2.- De acuerdo con las necesidades y los recursos económicos autorizados, se deberán adoptar continuamente técnicas y sistemas, equipos modernos eficientes para prestar los servicios a cargo de la unidad de planeación.

- 3.- Todo el personal que solicite ingresar al Instituto, será evaluado con las normas y procedimientos de selección establecidos por este departamento.
- 4.- Los instrumentos de evaluación serán los que permitan identificar a los aspirantes más capacitados.
- 5.- La evaluación de la salud, será realizada de acuerdo a las normas de medicina del trabajo que determine la Subdirección General Médica.

De organización

- 1.- Las jerarquías, funciones y facultades para esta unidad serán las que se establezcan en los reglamentos y en los manuales de administración aprobados.
- 2.- Los procedimientos para la tramitación de solicitudes de ingreso al Instituto Mexicano del Seguro Social, deberán ser simples, eficientes y expeditos.
- 3.- La dirección y el desarrollo del programa de selección de recursos humanos en las delegaciones foráneas, será responsabilidad del Delegado Estatal o Regional, de

acuerdo con las normas y procedimientos que emanen de éste departamento y que se adecuarán y ajustarán a las necesidades, recursos y problemas económicos y sociales de la región.

- 4.- La organización, los sistemas y los procedimientos establecidos estarán sujetos a revisión constante, para su adecuación, agilización y reducción de costo.
- 5.- En las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social se cuenta con una medida específica para el proceso selectivo de los recursos humanos.

De Integración

- 1.- La integración de los recursos necesarios para el desarrollo de los programas de trabajo del departamento y sus órganos, deberá estar de acuerdo con los planes y proyectos aprobados.
- 2.- El personal que integre los distintos órganos del departamento, deberá estar técnicamente preparado y reunir los requisitos señalados en la descripción del puesto.

De Dirección

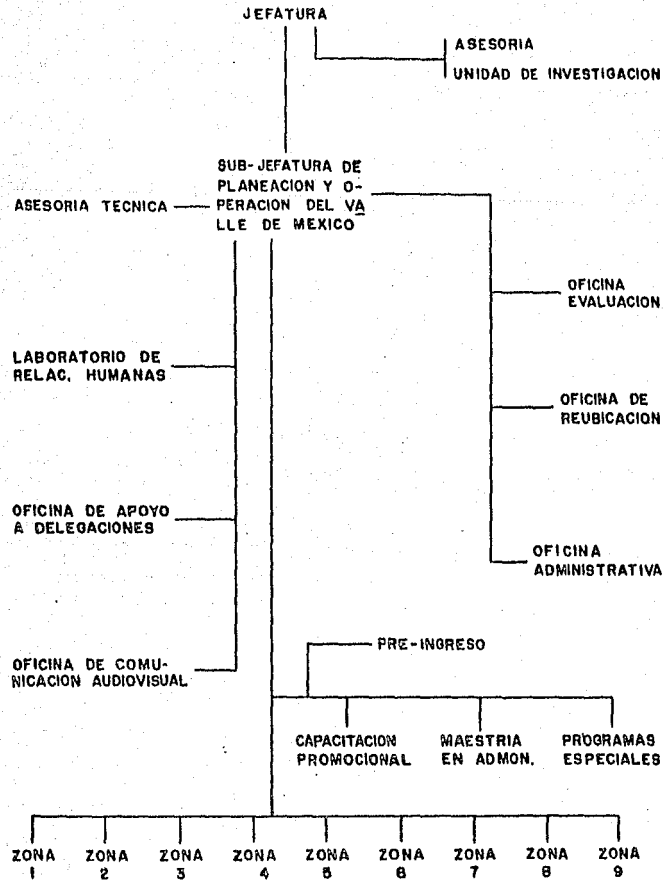
- 1.- La selección de los recursos humanos estará determinada por los artículos del Contrato Colectivo en vigor, sus reglamentos y los contenidos acordados por las autoridades.
- 2.- Los recursos humanos, materiales y financieros, deberán encausarse al cumplimiento de las metas fijadas en el programa aprobado.
- 3.- La selección de recursos humanos se hará procurando obtener los costos más bajos posibles, sin afectar la calidad de la misma.
- 4.- Las actividades de la unidad, deberán regirse por los principios de las adecuadas relaciones humanas.
- 5.- Deberá mantenerse un programa de desarrollo de personal, de selección, tanto en el Distrito Federal como en las delegaciones foráneas tendientes a formar empleados más eficientes.
- 6.- Se deberán establecer los sistemas de coordinación y supervisión internos de los órganos del departamento y los necesarios con las diversas dependencias del Instituto, que permite una secuencia de operación lógica y eficiente.

- 7.- El proceso de inducción al puesto será normado, implantado y evaluado por éste departamento.

De Control

- 1.- Para controlar las operaciones y lograr obtener información oportuna y confiable en detalle suficiente el registro de las mismas deberá hacerse de acuerdo con los sistemas autorizados.
- 2.- Deberá tenerse un sistema de control eficiente para mantener actualizada permanentemente las fuentes de información.
- 3.- Deberá existir una supervisión y asesoramiento a las delegaciones foráneas en aspectos de selección y de inducción que será llevado a cabo con personal de este departamento.
- 4.- Se deberá hacer periódicamente una evaluación en todo el sistema de los resultados de la operación con el fin de detectar oportunamente las desviaciones y corregir las deficiencias.
- 5.- La información que se suministra a los superiores debe ser confiable, clara, suficiente y oportuna a un costo de operación adecuado.

DESARROLLO DE PERSONAL



- 6.- Las fuentes de reclutamiento utilizadas, serán las adecuadas a la calidad de recursos humanos que se desea seleccionar.

VI.3.- Funciones Generales

Crear, elaborar e implantar para todo el sistema, instrumentos técnicos, normas y procedimientos de selección del personal de nuevo ingreso del área administrativa, médica y paramédica. Reclutar al personal aspirante a las categorías de pie de rama, autónomas y de confianza del área administrativa; evaluar además los conocimientos, la disposición al trabajo y la salud de los aspirantes reclutados; verificar el cumplimiento de normas y procedimientos de reclutamiento, selección e inducción de recursos humanos, aplicados en el Distrito Federal y en las delegaciones foráneas. Crear, elaborar e implantar las normas y procedimientos de inducción, que realicen las dependencias del Instituto Mexicano del Seguro Social. Registrar y controlar a los candidatos de confianza aprobados.

VI.4.- Desarrollo de Personal

VI.4.I. Funciones Generales

El Instituto necesita un trabajador adecuado a sus principios y a su filosofía, un trabajador convencido de que sus objetivos personales puede lograrlos dentro de la institución a través del trabajo que desempeña, que jamás an-

teponga sus intereses personales al derecho de los demás, que su realización - consista en saber que es útil a sus semejantes, que se esfuerza para superar cada día la calidad humana de sus acciones, un trabajador en fin cuyos principios se - identifiquen plenamente con los de la institución a la que sirve.

La necesidad de adecuar los recursos humanos a los fines institucionales, es preocupación de las autoridades, quienes han asignado las tareas que le han sido encomendadas al Departamento de Desarrollo de Personal y a otras Dependencias (Subdirección General Médica, Departamento de Control) que realiza acciones similares con el mismo propósito.

Las actividades de este Departamento están encaminadas a cumplir con los objetivos que le ha señalado la Dirección General, estos son :

- a.) Impulsar los sentimientos naturales de solidaridad de los trabajadores del Instituto hacia la población derechohabiente, más allá del cumplimiento frío de reglamentos e instructivos.
- b.) Humanizar las relaciones laborales, destacando el supremo valor del hombre por encima de los recursos materiales y alcanzar, como una realidad el trato respetuoso y de equidad hacia todos los trabajadores.

La finalidad última de los Programas de Desarrollo de Personal es lograr que el trabajo que realizan los empleados del Instituto, sea para ellos humanamente gratificante y no enajenante, que logren en el desempeño de sus actividades su autorealización enalteciéndolos e impulsándolos a prestar servicios de la más alta calidad a la población.

- a) Dotar de la nueva fuerza de trabajo que el vigoroso crecimiento de la institución demande, invariablemente por el principio de selección a la mejor calificada.

De esta manera, el Programa de Capacitación y Desarrollo de personal queda enmarcado dentro de las políticas generales establecidas por la Dirección General en lo referente a la administración de recursos humanos y busca, así mismo el cumplimiento de los objetivos generales señalados a este respecto.

En resumen: los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro social (jefes y subordinados), deben abogar por su capacitación mediante una racionalización de sus propias labores. De este modo participan activamente, real y concientemente en "enriquecer el trabajo, y por tanto, obtendrán la satisfacción personal.

Las autoridades del Instituto, concientes de la necesidad de patentizar el reconocimiento institucional a los trabajadores que cotidiana y anónimamente sirven con eficiencia, espíritu de superación y responsabilidad a la población derechohabiente, han acordado el establecimiento de un sistema que valore los méritos de los empleados, para satisfacer el anhelo de saber que los esfuerzos individuales realizados de la institución son plenamente aquilatados.

La creación del sistema fué el resultado de la coordinación de esfuerzos e inquietudes de Instituto y Sindicato, quienes para tal efecto, formaron una comisión que se encarga de estudiar las bases sobre las cuales se sustenta dicho sistema. Cupo a la Jefatura de Servicios de Personal la satisfacción de formar parte del grupo que diseñó e hizo realidad tan ansiado proyecto, del que se esperaba una verdadera satisfacción y motivación de todos los trabajadores.

VI.4.2.- Objetivos

- 1.- Rescatar la individualidad de cada trabajador
- 2.- Mejorar la comunicación entre jefe y trabajador
- 3.- Vigorizar la convivencia de equipo de trabajo
- 4.- Elevar el nivel de satisfacción de los trabajadores
- 5.- Mejorar la calidad de los servicios

VI. 5. - Capacitación Promocional

Considerando el crecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y el desarrollo que ha alcanzado en sus recursos humanos y técnico-administrativo en todos sus servicios y de acuerdo a lo que establece C.C.I.T. (Cláusula 115), se ha considerado establecer permanentemente programas de capacitación -- orientadas a fortalecer los conocimientos básicos de personal del Instituto, hacia las áreas operativas y por categorías, que facilitan el óptimo otorgamiento de los servicios y prestaciones hacia la población derechohabiente, los usuarios y los propios trabajadores que aspiran a su promoción institucional como manifestación de superación y desarrollo personal.

La capacitación normativo-operativa que proporciona el trabajador, los conocimientos generales y específicos que son necesarios para ocupar categorías mejor remuneradas a través de una evaluación de su aprovechamiento.

VI.5.1. - Políticas

- a) El desarrollo de los cursos se efectúa previo conocimiento y autorización del jefe del Departamento de Desarrollo de personal y del jefe de la dependencia para la que se haya elaborado el curso.

- b) Los cursos promocionales se imparten fuera de la jornada de trabajo.
- c) Pueden participar los trabajadores del Instituto que cubran los requisitos que el Contrato Colectivo de Trabajo establece según su categoría, al igual que los puestos de confianza.
- d) La coordinación de estos cursos esta bajo la responsabilidad del encargado de Desarrollo de Personal de cada delegación. Tratandose del valle de México el responsable es la Unidad de Capacitación Promocional.
- e) La enseñanza de las materias técnicas estará a cargo de los representantes de cada una de las áreas, a que el encargado del área designe.
- f) El Departamento de Desarrollo de Personal, proporcionará a los instructores, cursos de capacitación sobre técnicas didácticas modernas.

- g) Los programas de los cursos promocionales, serán elaborados por el Departamento de Personal en coordinación con el S. N. T. S. S.
- h) Los programas de los cursos promocionales de cambio de rama, se realizarán en coordinación con el S. N. T. S. S.
- i) El departamento de Personal, hará la evaluación correspondiente a cada curso promocional de categorías de confianza.
- j) En los casos de categorías de confianzas, se entegrarán los resultados de la evaluación a los titulares de las diferentes áreas ó en su lugar a la persona a quienes designen.
- k) Los resultados de los cursos promocionales se darán a conocer en la forma siguiente:
 - 1.) Cambio de rama: a travez de la bolsa de trabajo, tanto administrativa como paramédica.
 - 2.) Categorías de confianza: a travez de la Jefatura -

donde se generan dichas plazas.

- l) Estos cursos se llevan a cabo en base a la información que se obtiene a través del Departamento de Dotación de Recursos Humanos, sobre el programa respectivo en cada área para la creación de nuevas plazas.
- m) Los recursos de capacitación en categorías escalafonarias serán fuera de la jornada de trabajo.
- n) Participan los de categorías escalafonarias que reúnan los requisitos establecidos por el C. C. T. y que estén registrados en la Comisión Nacional Mixta de escalafón.
- ñ) Los cursos para categorías escalafonarias serán únicamente de capacitación para el trabajo, quedan bajo la responsabilidad de la Comisión Nacional Mixta de escalafón la evaluación correspondiente.
- o) Los cursos de capacitación en categorías escalafonarias

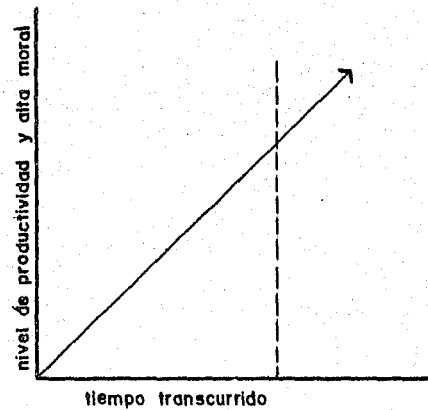
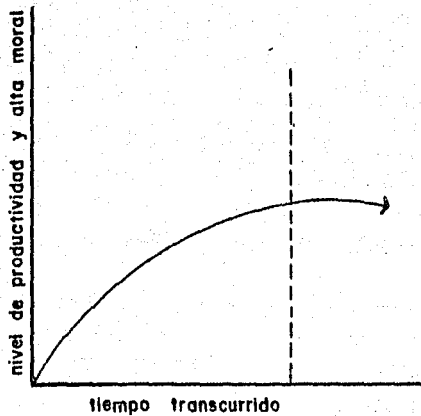
narias se realizarán en base a la información que dé la comisión Mixta de escalafón de las - plazas que han sido puestas a disposición de dicha comisión.

- p.) Los cursos de Actualización son dentro de la jorada de trabajo. Estos se realizarán a petición de las áreas que lo soliciten.
- q.) Podrán participar todos los empleados del área operativa que requiera actualización.
- r.) Los cursos de Desarrollo se impartirán dentro o fuera de las jornadas de trabajo, de acuerdo a las necesidades de área que lo solicite.
- s.) La actualización y modificación de los programas de cursos, tanto promocionales, de categorías - escalafonarias y de actualización, estará a cargo del departamento de Desarrollo de Personal; en coordinación y bajo supervisión del área técnica correspondiente.

VI.5.2. - Objetivos

1. Detectar a través de la evaluación personal en los programas de capacitación, la fuente de recursos humanos que puedan en un momento dado, ser desarrollados dentro de la propia institución.
2. Aprovechar los recursos humanos con que cuenta la institución dándoles prioridad sobre los aspirantes de nuevo ingreso.
3. Proporcionar a la Bolsa de Trabajo, tanto administrativa, como paramédica, candidatos capacitados y evaluados técnicamente para facilitar el proceso selectivo.
4. - Capacitar en forma óptima a los aspirantes a ocupar plaza esca lafonaría, cambio de rama y confianza.
5. Establecer un vínculo de apoyo con los trabajadores, para facilitar su ascenso a plazas de confianza a través de programas de capacitación Promocional, que reducen en crear una conciencia de Desarrollo Institucional.

REPRESENTACION GRAFICA DEL DESARROLLO DE INSTITUCIONES QUE OPERAN
UNA CON PROGRAMAS DE CAPACITACION Y OTRA QUE NO



A- EMPRESAS SIN CAPACITACION

B- EMPRESAS CON PROGRAMAS DE CAPACITACION PERMANENTES, SISTEMATICOS Y FILOSOFICOS

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

Consideramos que la sola formación de sistemas y procedimientos, en una institución no es el desarrollo. Una Institución avanza cuando evoluciona la mentalidad de su elemento humano. Planear no es tan solo administrar o prever con anticipación la fuerza de trabajo, sino es alentar las energías de sus empleados y buscar los caminos que lo hagan progresar en lo moral, en lo cultural y en lo social.

Hemos observado que los sistemas establecidos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y específicamente en el Departamento de Planeación y Dotación de Recursos Humanos, están perfectamente trazados en lo que respecta a su teoría y filosofía, pero consideramos que existen ciertas fallas ya llevados a la práctica; - ejemplificación de algunos casos.

Para cada unidad se establece una plantilla; con el supuesto de - que exista una vacante de médico familiar (porque esté de vacaciones el titular, en curso o cualquier otro motivo) creemos que las autoridades competentes deben supervisar - este asunto puesto que es de suma importancia se supla de inmediato para no ocasionar que las decenas de derechohabientes, que acuden a solicitar consulta se queden sin ella; y solo por negligencia del cuerpo directivo o administrativo de una unidad, considere-- moslo como negligencia pero la verdad es que existen otros intereses que todos noso-- tros comprenderemos y por ende no es necesario mencionar.

Otro aspecto en lo referente a la tarea directiva o gerencial; en algunos casos es dura y en otros blanda, observamos que los extremos en ningún momento redituarán los objetivos deseados, la teoría de la mano dura, nos ocasionará -- fuerzas contrarias (antagonismo, reducción de la productividad, etc.) También existen dificultades con el régimen de mano blanda, conduce con frecuencia a la abdicación de la dirección se espera constantemente más y más pero rindiendo los empleados lo mínimo.

Se debe fomentar la cooperación para alcanzar los objetivos de la organización; como recurriendo a las distintas filosofías como la de Maslow que hasta cierto punto se lleva a cabo, pero no recurrir a filosofías como la tradicional que radica en la idea de la necesidad de que haya docilidad en los empleados; hablando con franqueza no nos parece que los empleados vayan a hacer lo que se ordene o indique.

Es necesario que se adopte una actitud ligeramente distinta, ya no considerar a los empleados como un bien o comodidad si se sostiene que la responsabilidad de las autoridades es conseguir la cooperación de los empleados, crear las condiciones necesarias para que voluntariamente y con gusto trabajen en pro de los objetivos organizacionales.

Quizá esto tenga cierto aire de idealismo, de meta irreal. Sin em-

bargo si se lograra que la mayoría de los que trabajan en la institución lo hiciesen para alcanzar los objetivos de la misma.

Es importante que al subordinado se le brinde oportunidad de - - ayudar a la solución de problemas difíciles pero interesantísimos, como los que surgen a diario, tiene ante sí un verdadero desafío, pero también una profunda complacencia.

El superior que después de proporcionar seguridad a sus subordinados los invita a aceptar este desafío y a afanarse en unión con él por disfrutar esta - satisfacción casi siempre se encontrará sorprendido ante lo fructífero de los resultados.

Una buena manera para detectar las fallas en un empleado es hacerle ver de buena manera sus fallas y como debe corregirlas, ya que su error no solo perjudica a él, sino que también a su institución y por lo tanto a las otras personas con las que labora.

Considerando que la administración moderna tiene como base la - comunicación en cualquiera de sus formas. La buena comunicación logrará cada vez - más la eficiente administración en cualquier organización, pues la armoniosa marcha de sus empleados está en función de la información que posean acerca de los motivos que - los mueven como tales, ya que quienes no estén enterados de las causas del grupo, ten--

deran a marginarse y a ejercer cierta desorientación en los demás. La comunicación ha sido también factor de desintegración en los grupos cuando esta se desvirtúa y pierde sus verdaderos objetivos, no es posible el desarrollo humano individual si permanecemos mental, social y físicamente aislados.

040304252200

CLINICA NUM 3

LA JOYA

CONCEPTO	ACUMULADO ANUAL PESOS	GASTO MINIMO PESOS	PRESUPUESTO ANUAL PESOS	DIFERENCIA PESOS
PERCEPCIONES NORMALES				
SUELDO CONFIANZA				
SUELDO BASE	465,000.00	631,000.00	742,000.00	111,000.00-
OTRAS CONTRATAIONES				
PECANIOS				
JORNADA DISCONTINUA	40,000.00	59,000.00	44,000.00	15,000.00
SOBRESUELDO CLAUSULA 86'	10,000.00	20,000.00	20,000.00	
INSALUBRIDAD NO MEDICA				
ZONA AISLADA				
ALTO COSTO DE VIDA				
MEJICO SERVICIO URGENCIAS				
CIRUJANO SUCCEDENTOMAXILAR				
AYUD. DE CUENTA	40,000.00	53,000.00	56,000.00	5,000.00-
INSALUBRIDAD MEDICA				
AGUINALDO		234,000.00	247,000.00	8,000.00-
VALES DE GASTOS	4,000.00	5,000.00	6,000.00	1,000.00-
*** TOTAL ***	593,000.00	1,007,000.00	1,117,000.00	110,000.00-
PERCEPCIONES EXTRAORDINARIAS				
SUELDO TEMPORAL	74,000.00	99,000.00	91,000.00	48,000.00 **
SUSTITUCIONES	169,000.00	247,000.00	184,000.00	63,000.00 **
INTEGRACION A PLAZA SUPERIOR				
COMPENSACION				
GUARDIAS	14,000.00	26,000.00	23,000.00	3,000.00
COBLE TURNO	24,000.00	32,000.00	12,000.00	20,000.00 **
TIEMPO EXTRAORDINARIO	3,000.00	4,000.00		4,000.00
PAGO DE VACACIONES	7,000.00	9,000.00	11,000.00	2,000.00-
*** TOTAL ***	312,000.00	417,000.00	281,000.00	136,000.00 **
OTRAS PERCEPCIONES				
JUBILADOS				
RECORDOS				
COMPENSACION POR CONVENIO				
ANTIQUEDAD	25,000.00	35,000.00	25,000.00	10,000.00
PAGO SUPLETORIO GUARDERIA			3,000.00	3,000.00-
PASAJES				
PRIMA VACACIONAL	12,000.00	16,000.00	15,000.00	1,000.00
PRIMA DOMINICAL	4,000.00	5,000.00	13,000.00	8,000.00-
40 DIAS SUELDO (CLAUSULA 99)				
ESTIMULOS ASISTY PUNTUAL	23,000.00	29,000.00	16,000.00	13,000.00
ESTIMULO EFICIENCIA	6,000.00	16,000.00	13,000.00	3,000.00
DEVOLUCIONES				
*** TOTAL ***	70,000.00	101,000.00	85,000.00	16,000.00
TOTAL PERCEPCIONES	963,000.00	1,525,000.00	1,463,000.00	42,000.00
DEDUCCIONES	3,000.00	12,000.00	10,000.00	2,000.00
* LIQUIDO *	974,000.00	1,513,000.00	1,473,000.00	40,000.00
* CONTRATACION *				
CONF	365	TEMP	0700	ELCARIUS
* PLAZAS OCUPADAS *	10	(FOM)		JUBIL
				ELCARIOS
				SUSTIT
				7
				(FOM)

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

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Informe del Director General del Instituto, Lic. Carlos Galvez Betancourt, a la Asamblea General. (diciembre 1973).
- 2.- Ponencia del departamento de desarrollo, durante las jornadas médicas regionales, - presentada en diciembre de 1974, en Mérida Yucatán.
- 3.- Documento del departamento de desarrollo de personal, donde se establecen los programas y los procedimientos de trabajo a junio de 1973.
- 4.- Procedimientos para mejorar la productividad de los servicios médicos en las instituciones de seguridad social, elaborada por la Comisión Regional Americana, Médico - Social 1974.
- 5.- Índice de demanda de servicios médicos 1969-1973 (4° Edición)
- 6.- Novena conferencia Interamericana de seguridad social, Quito, Ecuador agosto 1971.

- 7.- Manual del departamento de selección de recursos humanos. Marzo de 1975.
- 8.- Curso para administradores de unidades de atención médica, jefatura de servicios de personal. 1975.
- 9.- Administración de recursos humanos, Fernando Arias Galicia.
- 10.- Motivación y mando, Douglas Mc. Gregory.
- 11.- Como motivar a la gente, Jack H. Mc. Qualg.
- 12.- Teorías motivacionales, Maslow y Herber.
- 13.- Tesis mexicana de seguridad social, Dr. Ignacio Morones Prieto. 1970.